

**Rapport annuel 2006 du G.B.S.  
Dr Marc MOENS, Secrétaire général**

**REGLEMENTER  
JUSQU'A CE QUE MORT S'ENSUIVE**

**Bibliothèque royale – Bruxelles  
03.02.2007**

## SOMMAIRE

I.	Volet administratif en bref.....	1
II.	Représentation .....	2
III.	Le contexte politique .....	2
	1. Des lois et des décrets à profusion.....	2
	2. Le Nord et le Sud se parlent mais ne s'écoutent pas.....	5
	3. Le gouvernement fédéral vacille mais ne tombe pas.....	8
	4. Politisation accrue de la médecine.....	10
	5. La politique en matière de médicaments ou des (gué)guerres de tous genres.....	12
	1. Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux .....	12
	2. Bataille à propos de kiwis trop mûrs .....	14
	3. Tensions entre les médecins et les pharmaciens.....	18
	4. Agence fédérale des médicaments et des produits de santé .....	22
	5. Des économies, des réglementations et des budgets jusqu'à ce que mort s'ensuive.....	23
	6. Euthanasie.....	27
IV.	Les élections médicales.....	29
V.	L'accord médico-mutualiste.....	32
	1. L'accord du 20.12.2005 est accepté partout malgré le nouveau appel au boycott du SVH .....	32
	2. Budget.....	37
	3. Trajectoires de soins .....	43
	4. Les bons de réduction .....	44
	5. Guerre froide à propos de suppléments .....	45
	6. Accréditation.....	48
VI.	Procédures juridiques.....	50
	1. Les actions introduites par le GBS en 2006.....	51
	1. L'oncologie médicale .....	51
	2. Le budget des moyens financiers des hôpitaux .....	51
	2. Arrêts ou désistement de recours .....	51
	1 "et en gériatrie" .....	51
	2. Economies dans la médecine physique.....	52
	3. La médecine nucléaire – redevance annuelle appelée par la AFCN à charge des laboratoires in vivo .....	52
	4. L'ergospirométrie .....	52

5. Echographie mono- et bidimensionnelle transthoracale (460412-460423).....	53
VII. Numerus clausus.....	53
VIII. A vol d'oiseau.....	55
1. Pédiatrie.....	55
2. Psychiatrie.....	56
3. Ophtalmologie.....	58
4. Autres dossiers.....	58
1. Soins d'urgence et médecine aiguë.....	58
2. Cardiologie.....	59
3. Oncologie.....	59
IX. CONCLUSION.....	60
ANNEXE : Audition de la Commission du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille – Parlement flamand, 28.03.2006. Remarques du Dr Marc MOENS.....	61

## I. VOLET ADMINISTRATIF EN BREF

2006 a été une année éprouvante pour l'organisation du GBS. Les circonstances ont fait que nous avons dû nous passer de notre directeur, Jos VAN DEN NIEUWENHOF, pendant une bonne partie de l'année. Ses multiples tâches ont dû être reprises et réorientées au pied levé par Fanny VANDAMME, notre directrice adjointe. Elle y est parvenue avec brio notamment grâce à l'engagement de toute l'équipe. Entre-temps, nous sommes très heureux que Jos soit à nouveau parmi nous mais il souhaiterait prendre les choses plus calmement dans le futur.

Le GBS a organisé le 04.02.2006, avant notre Assemblée statutaire générale, un symposium au sujet du « Financement des soins de santé » qui a rencontré un vif succès. Ce thème a été un chef de file durant toute l'année 2006, car beaucoup d'autres organisations ont voulu aborder ce sujet difficile lors de toutes sortes de journées d'étude et de débats. Depuis, le comité exécutif s'est réuni 33 fois et le comité directeur à 7 reprises. Conformément à la tradition, le comité exécutif prend pratiquement chaque semaine – sauf durant les périodes de vacances – le pouls de tout ce qui se passe dans le monde politico-médical. Il est le lieu où les comités directeurs sont préparés et le point de départ des interventions en direction de l'extérieur, de manière prospective quand c'est possible et de manière rétro-active quand on ne peut pas faire autrement.

La préparation de la Conférence MS7 à Bruxelles sur le "Financement de la Médecine Spécialisée" du 10 au 14 novembre 2006 a pris beaucoup de temps. Nos invités originaires de 6 pays [la Belgique (avec notamment le Dr Catherine FONCK, ministre de la Santé publique de la Communauté française), le Canada (Québec), la France, l'Italie, les Pays-Bas et la Suisse ainsi que des responsables de l'UEMS, l'Union européenne des médecins spécialistes) se sont déclarés particulièrement satisfaits de l'organisation, tant au niveau du contenu que de l'encadrement socio-culturel. A tel point que le lieu du rendez-vous a d'ores et déjà été fixé pour les années 2007 (Paris, probablement en novembre), 2008 (Rome) et 2009 (la Suisse) pour prolonger les débats et s'efforcer d'avoir du poids sur la réglementation européenne (et canadienne).

Durant cette même période, le GBS a publié huit numéros classiques du "Le Médecin Spécialiste", un numéro spécial sur l'accréditation (novembre 2006) et treize éditions de l' "e-spécialiste" sur le website du GBS [www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org). Sur son website, le GBS suit également les nombreuses modifications de la nomenclature (17 en 2006 contre 13 en 2005) et publie chaque mois toutes les formations continues agréées dans le cadre de l'accréditation.

Last but not least, signalons la collaboration avec l'*Europese Hogeschool Brussel* (EHSAL) pour mettre sur pied un cours indépendant "Algemeen management voor geneesheren-specialisten" durant l'année académique 2006-2007. Le cours (en néerlandais) a débuté le 06.10.2006 et se poursuit jusqu'au 11.05.2007.

## **II. REPRÉSENTATION**

Outre la collaboration avec EHSAL qui a commencé au début 2006, le GBS entretient également de bons contacts avec plusieurs autres organisations. Le soussigné signale à cette occasion qu'il n'était pas toujours tout à fait clair s'il prenait part aux réunions en tant que secrétaire général du GBS ou en sa qualité de président de l'ABSyM. Il s'agit alors de réunions où les deux organisations étaient invitées.

II.1. A la fin juin 2006, il a été convenu avec l'ABSyM qu'une personne de liaison pour chacune des deux organisations participerait aussi bien aux conseils d'administration (ABSyM) ou comités directeurs (GBS) qu'aux comités de direction (quasi) hebdomadaires (ABSyM) ou comités exécutifs (GBS).

De juillet 2006 à son décès totalement inopiné le 07.09.2006, le Dr Louis CORBEEL a rempli cette fonction pour l'ABSyM auprès du GBS. Le Dr Eddy MAES remplit cette fonction au nom du GBS auprès de l'ABSyM. Le Dr Jean-Paul LEONARD a aujourd'hui repris la fonction de Louis CORBEEL.

II.2. Il existe depuis un certain temps une concertation structurée concernant les questions hospitalières entre le GBS, l'ABSyM et le VVI. En 2006, tous les "dossiers brûlants" ont été débattus les 16.02, 20.04, 13.06, 21.11.2006 et 23.01.2007 au cours d'un lunch dans les bâtiments de la VVI en présence notamment du président de la VVI, Guido VAN OEVELEN, et (jusqu'au 31.12.2006) de la directrice générale de la VVI, le Dr Carine BOONEN.

II.3. Le 26.09.2006, le GBS a pris une part active aux célébrations à l'occasion du 125<sup>e</sup> anniversaire de l'Hôpital de Jolimont.

II.4. Le GBS fait partie des membres fondateurs associés très étroitement à la mise sur pied d'une plate-forme déontologique commune pour les médecins, les pharmaciens et l'industrie le 23.05.2006 : Mdeon.

Le trésorier du GBS, le Dr Bernard MAILLET, a été élu vice-président.

II.5. Le 22.11.2006, le Prof. Jacques GRUWEZ et le soussigné figuraient parmi les invités au 40<sup>e</sup> anniversaire de Pharma.be à Bruxelles.

II.6. Le 05.12.2006, le Dr Bernard MAILLET entre autres s'est joint à la manifestation de protestation devant les portes de l'INAMI, au 211 de l'avenue de Tervuren à 1150 Bruxelles, et y a tenu un discours. Le GBS entendait manifester son rejet de la surréglementation en progression dans les soins de santé en général et contre la folie administrative dans le domaine de la politique des médicaments en particulier (cf. point III.5.5.).

## **III. LE CONTEXTE POLITIQUE**

### **III.1. Des lois et des décrets à profusion**

Je partage une passion avec le journaliste du "De Standaard" Guy TEGENBOS : suivre le Moniteur belge et y découvrir tout ce qui touche à la santé publique et aux

affaires sociales. Depuis quelques années, je donne dans mon rapport annuel du GBS l'évolution de la soif de publier. Le tableau 1 montre que 2006 a été l'année la plus productive à une exception près (2004) depuis que nous suivons l'évolution (et depuis toujours) : 76.486 pages, soit quasiment 1/3 de plus qu'en 2005.

#### Nombre de pages du Moniteur belge

Année	Nombre de pages	Croissance par rapport à l'année précédente (%)	Augmentation cumulative 1989 = 100
1989	21.634		100,0
1990	24.732	+ 14,3	114,3
1991	30.176	+ 8,8	139,5
1992	28.212	- 6,5	130,4
1993	29.614	+ 5,0	136,9
1994	32.922	+ 11,2	152,2
1995	37.458	+ 13,8	173,1
1996	32.701	- 12,7	151,2
1997	35.508	+ 8,6	164,1
1998	42.444	+ 19,5	196,2
1999	50.560	+ 19,1	233,7
2000	43.680	- 13,6	201,9
2001	45.768	+ 5,1	211,6
2002	59.196	+ 29,3	273,6
2003	62.806	+ 6,1	290,3
2004	87.430	+ 39,2	404,1
2005	57.756	- 33,9	267,0
2006	76.486	+ 32,4	353,5

Tableau 1

On découvre parfois des choses surprenantes ou amusantes. Ainsi, fait assez surprenant, un arrêté ministériel du 10 octobre 1979 du ministre des Finances (fédéral) de l'époque, Gaston GEENS (°10.06.1931 – °05.06.2002), a été publié dans le Moniteur belge du 15.12.2006 – éd. 2. L'A.M. a été publié pas moins de 27 ans après la signature et plus de 4 ans après le décès du ministre. Un fonctionnaire des Finances ou de la Justice, responsable de la publication au Moniteur, a probablement vidé ses tiroirs à l'occasion de son départ à la retraite. En effet, 6 autres décisions remontant (loin) au siècle dernier (de 1979 à 1996) ont également été publiées le 15.12.2006.

Le secrétaire d'Etat à la Simplification administrative, Vincent VAN QUICKENBORNE, perçoit pourtant une amélioration. Les charges administratives ont été réduites de 25 % depuis 2003 mais cela ne se traduit pas par une baisse du nombre de pages au Moniteur. "En regels afschaffen vergt ook wetten. De afschaffing van het wetboek der zegelrechten, waarop ik trots ben, besloeg 100 pagina's Staatsblad" <sup>(1)</sup> (nous traduisons : "Et supprimer des règles requiert également des lois. La suppression du Code des droits de timbre, dont je suis fier, a nécessité 100 pages au Moniteur.").

Il ne faut pas s'étonner si surtout les "lois-programmes" et les "lois portant des dispositions diverses" qui reviennent chaque année sont une source d'agacement. On peut mettre de tout dans ces lois "poubelle" qui sont publiées juste avant les

<sup>1</sup> Vincent VAN QUICKENBORNE dans « Beleid ziet al kentering ». Guy TEGENBOS. De Standaard. 02.01.2007.

vacances d'été (fin juillet) et juste avant les congés de fin d'année (fin décembre). Le jour des Saints Innocents (28.12.2006), 202 pages de loi ont été publiées au Moniteur belge (éd. 3) : 2 lois-programmes et 2 lois portant des dispositions diverses, toutes les quatre datées du 27.12.2006. Nous énumérons quelques-uns des éléments concernant notre secteur :

- Loi-programme I (pp. 75178 à 75262)
  - Création du "Fonds pour l'avenir des soins de santé" (p. 75196)
  - Création du "Fonds amiante" (pp. 75196-75200)
  - Modification de la réglementation Contraception des jeunes/maximum à facturer/malades chroniques (p. 75215)
  - Statut OMNIO (pp. 75215-75217)
  - Règlement à l'amiable (transaction) des factures à ristourne biologie clinique portant sur la période 1989-1992 (p. 75217)
  - Remboursement des frais de déplacement des parents d'un enfant atteint d'un cancer
  - Frais d'administration des mutuelles
  - Création de l'aide soignant (pp. 75219-75221)
  - Réglementation détaillée concernant les médicaments (pp. 75221-75229)
  - Subsidés aux sociétés scientifiques de médecine générale (p. 75229)
  - Financement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (pp. 75229-75230)
  - Financement des coupoles représentatives de patients (p. 75230)
  - Nature des relations de travail, mieux connu sous le nom de "loi sur les faux indépendants" (pp. 75249-75255)
- Loi portant des dispositions diverses I (pp. 75266-75344)
  - E-government : création de "BeHealth" comme service d'Etat à gestion séparée (p. 75266)
  - Modifications de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments (pp. 75313-75318)
  - Modification de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (p. 75318). L'art. 268 complète l'article 2 de la loi sur les hôpitaux par : "Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général."
- Loi portant des dispositions diverses II (pp. 75345 à 75370)
  - Création de chambres de première instance et de chambres de recours auprès du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI (p. 75370)

Lors de l'examen, le 18.12.2006, du projet de loi portant des dispositions diverses I à la Chambre belge des représentants <sup>(2)</sup>, l'opposition a fait remarquer par l'entremise du CD&V Luc GOUTRY que c'était du travail bâclé et que l'on concoctait une législation "virtuelle". En effet, on était déjà en train de modifier la "Loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé" qui n'était même pas encore publiée au Moniteur <sup>(3)</sup>. L'examen des articles 43 à 47 de cette loi est encore d'actualité dans le contexte de l'accord médico-mutualiste 2006-2007 et de la réglementation sur les suppléments (cf. point V.5.).

---

<sup>2</sup> Chambre – 5e session de la 51e législature. Doc. 51 2760/034

<sup>3</sup> Cette loi a été publiée le 22.12.2006 au Moniteur belge (pp. 73782 à 73014)

Il est amusant de constater que la vice-premier ministre et ministre du Budget Freya VANDEN BOSSCHE a encore cosigné, le 28.12.2006, la Loi contenant le budget des Voies et Moyens de l'année budgétaire 2007 <sup>(4)</sup> et l'A.R. du 28.12.2006 modifiant certaines dispositions légales et réglementaires suite à la reprise par l'Etat belge des obligations de pensions de la SNCB Holding <sup>(5)</sup>.

A la suite de quoi elle a rejoint, telle un tsunami, la cascade de Kathu à Phuket (Thaïlande) pour se marier le 29.12.2006 avec son ancien collaborateur de cabinet (également) gantois Dennis VAN DE WEGHE. Pour ensuite revenir car, le 02.01.2007, elle était assise à côté de Guy VERHOFSTADT pour assister en qualité de membre du conseil communal à la réunion d'installation du nouveau conseil communal de Gand. La surprenante campagne pour les élections communales du 08.10.2006 avec l'affiche équivoque sur laquelle, sur un banc dans le parc de la citadelle à Gand, VANDEN BOSSCHE sourit à VERHOFSTADT en lui disant "t is goe geweest hé, Guy" et celui-ci répond : "zeg dat wel ... nog ne keer, Freya" n'a pas été renouvelée durant la lune de miel de Freya. Le slogan avait fonctionné en octobre 2006. La coalition violette a conservé sa majorité à Gand. En ira-t-il de même le 10.06.2007 pour la Belgique?

### III.2. Le Nord et le Sud se parlent mais ne s'écoutent pas

En pleine morte saison, le ministre-président flamand, Yves LETERME, provoque d'importants remous au sein du ménage belge. Dans une interview accordée au journal français "Libération" <sup>(6)</sup>, il explique que si les francophones ne se sont pas adaptés au néerlandais dans les communes à facilités, c'est parce qu'ils n'en ont pas la capacité intellectuelle <sup>(7)</sup>.

L'explication donnée après coup par LETERME dans les médias belges comme quoi il s'agissait d'une plaisanterie, était d'un niveau d'humour comparable à celui de la déclaration d'indépendance fictive de la Flandre sur "La Une" de la RTBF le mercredi 13.12.2006. Les plaisanteries de ce genre semblent on ne peut plus sérieuses.

Avec les régions de soins, la ministre flamande du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille Inge VERVOTTE entend développer les soins de santé à partir de la première ligne. Son approche de fonctionnaire se heurte à un certain nombre de cercles de généralistes <sup>(8)</sup>. Au niveau fédéral, le ministre DEMOTTE travaille avec des bassins de soins où les hôpitaux occupent une place prépondérante. Au sein du Conseil flamand de la santé, le Prof. Dr Lieven ANNEMANS, économiste de la santé à l'UGent et président, ainsi que le Prof. Dr Jan DEMAESENEER (UGent), généraliste et président de la cellule politique de la santé, appellent à une poursuite de la défédéralisation des soins de santé. La non-scission des soins de santé a pour

<sup>4</sup> Moniteur belge du 29.12.2006 – Ed. 7 (pp. 76310 à 76350)

<sup>5</sup> Moniteur belge du 29.12.2006 – Ed. 8 (pp. 76468 à 76470)

<sup>6</sup> «D'un Etat unitaire à un Etat fédéral». Yves LETERME interviewé par Jean QUATREMER. Libération.fr, vendredi 18 août 2006.

<sup>7</sup> La fameuse citation : « Cela étant, au départ, l'idée était que beaucoup de francophones allaient s'adapter à la nouvelle réalité linguistique. Mais apparemment les francophones ne sont pas en état intellectuel d'apprendre le néerlandais, d'où la prolongation de ce statut d'exception. »

<sup>8</sup> «Zorgregio's : huiswerk overdoen, vraagt VELO» (Vlaams Eerstelijns-overleg). Artsenkrant. 21.04.2006.



conséquence, selon DEMAESENEER, que les Flamands sont en moins bonne santé <sup>(9)</sup>. Selon lui, les autorités fédérales freinent le développement des soins de première ligne en Flandre.

VERVOTTE et DEMOTTE ne cessent de se chamailler à propos de campagnes de prévention, qui sont une matière communautaire mais où DEMOTTE intervient régulièrement par un financement fédéral de l'INAMI (moyens de contraception gratuits pour les jeunes, dépistage du cancer, vaccinations, etc.) ou intervient tout simplement car il s'agit de sujets qui tiennent à cœur au ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique (alimentation saine, campagne antitabac) <sup>(10)</sup>.

Lors de la conférence de presse du 22.06.2006 <sup>(11)</sup>, les deux professeurs gantois ont également pris des positions politiques. Les soins de santé pourraient éventuellement être financés par un impôt sur la fortune. La place du médecin spécialiste est complètement marginalisée. Dans leur présentation (dia 14), ANNEMANS et DEMAESENEER octroient à l'agent de quartier et à l'éducateur de rue un accès plus direct aux données médicales gérées par le généraliste sur un mode "interdisciplinaire" avec le pharmacien et l'infirmier, que l'accès réservé au médecin spécialiste.

Nous avons un beau prototype de non-collaboration avec le développement au niveau fédéral de BeHealth – un site portail sur lequel les prestataires de soins peuvent trouver des informations utiles sans que cela ne devienne un Big Brother avec le stockage des données de santé de tous les Belges – et la création simultanée du système d'information santé (G.I.S. – Gezondheidsinformatiesysteem) mais cette fois au niveau de la Communauté flamande. J'ai eu beau insister auprès du "Groupe Vision" de BeHealth et au cours d'entretiens avec des dirigeants politiques et jusqu'au Parlement flamand <sup>(12)</sup>, rien n'y a fait. Le "G.I.S." a été publié tel quel <sup>(13)</sup> avec toutes ses obligations dictatoriales. L'autorité flamande imposera aux médecins flamands ce qui doit se trouver dans leurs dossiers (art. 7). Si le dispensateur de soins veut continuer à bénéficier de l'un ou l'autre avantage financier de l'autorité flamande, il doit adhérer au G.I.S. (art. 2). Même si l'exposé des motifs a démontré noir sur blanc à propos de l'article 41 et suivants qu'il est parfaitement possible d'avoir accès de manière abusive à d'importantes quantités d'informations concernant la santé de personnes identifiables, aucune modification n'a été apportée au texte du décret. Des soucis en perspective! La relecture des documents sept mois après la publication me fait penser, maintenant plus encore qu'en mars 2006, à des régimes totalitaires du siècle dernier à propos desquels les baby boomers comme moi ont juste entendu parler ou lu.

Je joins en annexe au présent rapport la conclusion générale de mon analyse du Décret telle qu'elle a été transmise au Parlement flamand le 28.03.2006, sans aucune suite. Et nous attendons avec impatience un nouveau décret (ou loi, car le ministre DEMOTTE est également très intéressé par la question) sur "Le devoir

---

<sup>9</sup> «Vlamingen minder gezond zonder staatshervorming». De Standaard. 23.06.2006.

<sup>10</sup> «VERVOTTE en DEMOTTE weer in de clinch». De Standaard. 23.06.2006.

<sup>11</sup> <http://www.wvc.vlaanderen.be/vgr/pdf/pers/presentatie220606.pdf>

<sup>12</sup> Mme Ingrid DREEZEN, juriste du VAS, a présenté mon analyse structurée de ce qui était encore à l'époque le "Projet de décret du gouvernement flamand relatif au système d'information santé" (07.10.2005 Doc. parl., Parlement flamand 2005-2006 N° 531/1) lors de l'audition de la Commission Bien-être, Santé publique et Famille le 28.03.2006.

<sup>13</sup> Autorité flamande. 10 juin 2006. Décret relatif au système d'information santé (M.B. du 07/09/2006)

d'être en bonne santé", inspiré de la mission que le ministre de la Propagande du Reich, Joseph GOEBBELS, avait confiée à la jeunesse hitlérienne (<sup>14</sup>).

Une manifestation du manque de communication entre nos ministres de la Santé ressort de l'exemple suivant. Le 19 mai, les autorités fédérales publient, aussi bien par le biais de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire que sur le website du SPF Santé publique, une mise en garde contre l'intoxication au plomb dont ont été victimes deux personnes ayant suivi une thérapie "Ayurveda" (<sup>15</sup>). La mise en garde a été reprise dans plusieurs journaux (<sup>16</sup>). Assez étonnamment, la ministre flamande Inge VERVOTTE a déclaré publiquement quelque 10 jours plus tard qu'elle était une adepte de la médecine ayurvédique (<sup>17</sup>). Montrant son thé aux herbes, elle fait encore savoir à Peter-Jan BOGAERT et Walter PAULI qui l'interviewent que cela a déjà aidé des personnes atteintes d'un cancer. Et s'ils ne la croient pas, ils peuvent toujours s'informer auprès de l'Organisation mondiale de la santé. Il est heureux pour elle qu'elle ne se procure manifestement pas son thé aux herbes chez le "guérisseur" indien à cause duquel plusieurs jeunes femmes ont été atteintes d'une terrible maladie et deux d'entre elles y ont presque succombé.

Et dès que les soins de santé belge seront scindés, nous en aurons fini avec les débats sur la reconnaissance de l'oncologie et/ou de l'oncologie médicale (cf. VIII.4.3.). La ministre flamande abandonnera tout simplement la question à la médecine naturelle et aux "bare foot doctors" de l'Organisation mondiale de la santé ! Nous conseillons à la ministre de quand même d'abord lire un peu de la littérature critique à l'égard de ces rapports. "Dat bewijst dat de WGO geïnfiltreerd is door missionarissen van de alternatieve geneeswijzen" (nous traduisons : "Ceci montre que l'OMS est infiltrée par des missionnaires des médecines alternatives"), pense le Dr Wim BETZ, professeur de médecine générale à la V.U.B. et président du SKEPP (Studiekring voor Kritische Evaluatie van Pseudowetenschap en het Paranormale) (<sup>18</sup>).

Une enquête réalisée par l'hebdomadaire "Le Généraliste" – "De Huisarts" auprès de 1.257 généralistes belges montre que 66% des généralistes flamands sont favorables à la scission de la sécurité sociale et à l'organisation séparée de la politique de la santé. 19,8% sont contre et 14,2% ne répondent pas ou n'ont pas d'opinion (<sup>19</sup>). En Belgique francophone, 79% sont contre la scission et 11,5% seulement y sont favorables. 7,5% ne répondent pas ou n'ont pas d'opinion (<sup>20</sup>). Il est regrettable que celui qui conçoit les titres dans le journal "De Tijd" commette une erreur en assimilant les "généralistes" aux "médecins" (<sup>21</sup>). Il serait intéressant de savoir ce qu'en pensent les spécialistes. Lorsque j'observe l'approche tatillonne, strictement administrative et quasi calviniste de la Communauté flamande et que je mets en vis-à-vis l'opinion du médecin (généraliste) flamand moyen qui se plaint du

---

<sup>14</sup> «Gij hebt de plicht gezond te zijn». Luc BONNEUX. De Standaard. 28.01.2006.

<sup>15</sup> «Saturnisme suite à l'ingestion de capsules à base d'herbes». 19.05.2006; [http://www.favv-afsc.fgov.be/home/press/communiques\\_fr.asp](http://www.favv-afsc.fgov.be/home/press/communiques_fr.asp)

<sup>16</sup> «Ne consommez pas les gélules du magé !». La Dernière Heure. 20.05.2006.

<sup>17</sup> Inge VERVOTTE, ministre flamande du Bien-être. "Ik voel me nu goed op mijn plaats als minister". De Morgen. 30.05.2006.

<sup>18</sup> «WGO-rapport onder vuur». De Huisarts. N° 748. 1 septembre 2005.

<sup>19</sup> «Vlaamse huisartsen willen splitsing». De Huisarts. N° 799. 28.09.2006.

<sup>20</sup> «Brise-lames francophone». Le Généraliste. N° 799. 28.09.2006.

<sup>21</sup> «Tweederde Vlaamse artsen vraagt splitsing ». De Tijd. 28.09.2006.

manque d'autonomie dans l'exercice de sa profession et de l'ingérence des autorités fédérales, je suis bien forcé de constater que je sous-estime grandement le degré de masochisme du généraliste flamand moyen et sa propension à l'autoflagellation.

### III.3. Le gouvernement fédéral vacille mais ne tombe pas

Des dissensions au sein du Gouvernement sont une des causes du retard pris pour l'élaboration du budget 2007. Et par conséquent également du budget de l'INAMI de sorte que plus aucun débat n'était possible au Comité de l'assurance de l'INAMI. La cause? Des discussions houleuses à la fin du mois de septembre 2006 entre le VLD et le PS concernant la politique en matière d'exécution des peines de la ministre de la Justice, Laurette ONKELINX. La chute du cabinet violet était pratiquement chose faite, juste avant les élections communales du 08.10.2006 <sup>(22)</sup>. Mais le survivant Guy VERHOFSTADT a à nouveau réussi un tour de passe-passe, le budget a été soumis et le gouvernement gouverne. Tandis que, pendant ce temps-là, 15 des 28 détenus qui se sont échappés le 20.08.2006 de la prison de ma ville natale, Termonde, courent toujours.

Des spéculations concernant le gouvernement qui sera formé à l'issue des élections du 10.06.2007 circulaient déjà des mois auparavant. Le sénateur VLD Patrick VAN KRUNKELSVEN a présagé la fin prochaine de la coalition violette dès avril 2006 et il n'en était pas mécontent. L'ambiance n'y est plus, a-t-il déclaré <sup>(23)</sup>. Il espère une tripartite en 2007 et il est d'avis qu'une autre coalition devra de toute façon être constituée. A ce moment-là, le VLD n'était pas encore en chute libre et le sénateur ostendais et ex-judoka Jean-Marie DEDECKER n'avait pas encore été jeté hors du parti. Cette exclusion n'a eu lieu que le 11.10.2006. Mais le généraliste caméléon VAN KRUNKELSVEN changera peut-être encore bientôt de couleur (politique). Issu de la Volksunie, il fait partie, selon les libéraux bleu foncé du réservoir à idées "Nova Civitas", des "linkse dissidenten die in de partij (=VLD) ongemoeid worden gelaten!" (nous traduisons : "dissidents de gauche qui sont laissés en paix dans le parti [= le VLD] " <sup>(24)</sup>). Deux membres éminents de la commission des Affaires sociales du Sénat sont décrits comme suit par des (à présent ex-) collègues du parti du VLD : le sénateur VAN KRUNKELSVEN, "groen in het hart, maar blauw om den brode" (trad. : "vert de cœur mais bleu par nécessité") et la présidente de la commission Annemie VAN DE CASTEELE, "Spirit in het hart, maar blauw per ongeluk" (trad. : "Spirit de cœur mais bleu par accident").

Si, en Flandre, l'année politique 2006 est surtout assombrie par les chamailleries au sein du VLD, en Wallonie par contre, c'est principalement le fait des scandales politiques au PS, plus particulièrement dans la région de Charleroi. En Communauté française, le MR peut s'en servir car il a été rejeté dans l'opposition tandis qu'au niveau fédéral, le MR a fourni entre autres le ministre des Finances et vice-premier ministre Didier REYNDERS. Même si le ministre DEMOTTE le nie, on murmure qu'un préaccord existerait pour les élections 2007 entre le Parti socialiste et le

<sup>22</sup> «Dit heeft geen zin meer». Bart Sturtewagen. De Standaard. 27.09.2006.

<sup>23</sup> «Patrick VAN KRUNKELSVEN. VLD-senator 'stopt er liever mee' als hij te veel toegevingen moet doen». Het maandaginterview. De Morgen. 10.04.2006.

<sup>24</sup> Motion Novo Civitas sections Gand et Anvers concernant l'éviction de Hugo COVELIERS de la tête de la fraction VLD (14.12.2003).

Mouvement réformateur <sup>(25)</sup>. Pour ce qui est des "affaires", DEMOTTE n'admet pas qu'on en fasse un méli-mélo. Il est d'avis que les affaires ont été corrigées au niveau politique et sont dans les mains de la justice <sup>(26)</sup>.

Le partenaire MR de la coalition fédérale s'interroge et formule des remarques concernant le PS. Dans son "interview de rentrée" extrêmement précoce <sup>(27)</sup>, Didier REYNDERS se demande ce que la Wallonie a réalisé avec tout l'argent que la Communauté française a reçu dans le cadre de la précédente réforme de l'Etat. Le sénateur MR et médecin Alain DESTEXHE n'est pas impressionné par le plan Marshall wallon qui a été lancé en 2005 <sup>(28)</sup>. La critique que l'ancien secrétaire général de Médecins sans frontières international émet à l'encontre des gestionnaires des intercommunales en général ("je moet niets kunnen") (trad. : "il ne faut rien savoir faire") vaut naturellement également pour les gestionnaires d'hôpitaux, même s'il ne les nomme pas. Il craint que l'impact sur les intercommunales ne cesse de s'accroître. Egalement dans les hôpitaux? DESTEXHE est d'avis que la Wallonie a surtout besoin d'un plan Marshall pour l'administration. Nos confrères (hospitaliers) francophones ne pourront qu'en tirer un bénéfice. "Ik weet niet of de mentaliteit van de Walen het probleem is. Het is de politieke en syndicale cultuur die fout zit. Die cultuur wiegt de mensen in slaap" (trad. : "Je ne sais pas si c'est la mentalité des Wallons qui est le problème. C'est la culture politique et syndicale qui est à mettre en cause. Cette culture berce les gens et les maintient endormis" ), a déclaré DESTEXHE.

Du côté de la gauche, son avis est partagé par Maître Marc UYTENDAELE, l'époux de la vice-premier ministre PS et ministre de la Justice Laurette ONKELINX <sup>(29)</sup>. UYTENDAELE décrit l'ancien bourgmestre et membre du conseil communal (2000-2006) de Charleroi Jean-Claude VAN CAUWENBERGHE comme le pivot des scandales dans la région. "Van Cau n'est pas le Gorbatchev du socialisme à Charleroi, il y est le Louis XIV."

La réception pour le Nouvel An du 24.01.2007, offerte par la famille royale au palais aux "corps constitués" de Belgique, a constitué une véritable primeur. Le premier ministre Guy VERHOFSTADT y a volé la vedette et a éclipsé le discours du Roi Albert II sur le 50<sup>e</sup> anniversaire de l'Europe avec son speech de campagne électorale consacrée à une nouvelle réforme de l'Etat <sup>(30)</sup>. Il ne fallait pas manquer d'audace pour lancer la confrontation électorale avec Yves LETERME, son rival CD&V pour le poste de premier ministre le 10.06.2007, sous les yeux d'Albert II de Belgique. Mais en Flandre tandis que Guy VERHOFSTADT et Yves LETERME se préparent pour le duel électoral entre majorité et opposition, Johan VANDE LANOTTE s'apprête à faire office de troisième homme dans la compétition pour le poste de premier ministre <sup>(31)</sup>.

Le président du PS Elio DI RUPO, candidat francophone au poste de premier ministre, a qualifié le discours du premier ministre VERHOFSTADT d'"affaire

---

<sup>25</sup> «'Gauche-droite, ça continue'. Rudy DEMOTTE justifie les polémiques entre PS et MR». Le Soir. 09.12.2006.

<sup>26</sup> «Les affaires, Charleroi, la Wallonie : 'Pas d'amalgames'». Le Soir. 09.12.2006.

<sup>27</sup> «REYNDERS cherche toujours Mr Marshall». Le Soir. 03.08.2006.

<sup>28</sup> «Er is niets veranderd in Wallonië». De Standaard. 28.08.2006.

<sup>29</sup> «Dossier 2006. Quand politique et droit s'emmêlent». Marc UYTENDAELE, Anne FEYT. Editions Luc Pire.

<sup>30</sup> «Indispensable réforme de l'Etat.» Le Soir. 25.01.2007.

<sup>31</sup> "De derde hond in het kegelspel." De Standaard. 28.12.2006.

regrettable". Il n'est pas d'accord avec l'analyse de VERHOFSTADT pour qui il y a actuellement une lutte entre le séparatisme (flamand) et l'immobilisme (francophone)<sup>(32)</sup>. Le PS s'est dit choqué par les déclarations personnelles du premier ministre qui s'efforce de trouver une "troisième voie" entre les deux positions supposées<sup>(33)</sup>. Mais le président du MR, vice-premier ministre et ministre des Finances, Didier REYNDEERS, est d'accord avec le discours de son confrère libéral<sup>(34)</sup>. En vue des élections du 10.06.2007, celui-ci envisage d'ailleurs une offensive de charme en Flandre. Il estime qu'un premier ministre belge francophone doit pouvoir être possible et qu'il est meilleur bilingue qu'Elio DI RUPO<sup>(35)</sup>.

Cinq candidats au poste de premier ministre pour le 10.06.2007. Quatre sont issus de la majorité : deux libéraux VERHOFSTADT (VLD) et REYNDEERS (MR) et deux socialistes VANDE LANOTTE (SP.A) et DI RUPO (P.S). Face à eux un candidat de l'opposition : LETERME (CD&V).

Si nous résumons d'une manière très générale et très sommaire la position du SP.A. (contre les suppléments, limitation de liberté en matière de diagnostic et de thérapie) et du CD&V (contre les suppléments et contre l'accès direct aux spécialistes) et que nous y ajoutons l'hospitalocentrisme du PS, tous les médecins belges doivent bien se rendre à l'évidence que ces élections sont d'une importance capitale pour l'exercice d'une profession libérale indépendante.

A la question de savoir qui doit devenir le premier ministre après juin 2007, Rudy DEMOTTE a répondu le 29.04.2006 *"que si les socialistes sont dans le gouvernement et qu'ils sont plus importants que les libéraux ou les chrétiens-démocrates, le premier ministre sera socialiste. S'il s'agira d'un membre du PS ou du SP.A dépendra de qui a le plus de sièges au parlement. Si c'est le PS, cela ne fait pas de doute pour lui que le premier ministre sera DI RUPO"*.<sup>(36)</sup>

#### **III.4. Politisation accrue de la médecine**

Le département belge des Affaires sociales est aux mains des socialistes sans discontinuer depuis octobre 1988. Je n'ai jamais rien connu d'autre depuis que j'occupe le poste de secrétaire général du GBS : BUSQUIN, MOUREAUX, DE GALAN, VANDENBROUCKE, DEMOTTE. Le département de la Santé publique est également aux mains des socialistes depuis 19 ans.

Depuis la loi du 15 février 1993 portant réforme de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité<sup>(37)</sup>, l'hégémonie de la politique s'est renforcée d'année en année. En Flandre surtout, les socialistes sont d'avis que les médecins doivent se soumettre aux décisions de leur président de parti et s'incliner.

---

<sup>32</sup> "PS 'not amused' over de communautaire uitspraken van premier VERHOFSTADT." De Standaard. 25.01.2007.

<sup>33</sup> "Guy VERHOFSTADT contredit le Roi". La Capitale. 25.01.2007.

<sup>34</sup> "Le PS n'apprécie pas le discours non concerté du Premier." La Libre Belgique. 25.01.2007.

<sup>35</sup> "Nu ook Didier REYNDEERS kandidaat om premier te worden." De Morgen. 16.01.2007.

<sup>36</sup> "Ik ben geen Sinterklaas, maar ook geen Zwarte Piet." Interview/Rudy Demotte (PS), ministre de la Santé publique. De Standaard. 29.04.2006.

<sup>37</sup> M.B. du 06.03.1993. Appelée du nom de son promoteur «Loi (Philippe) Moureaux», ministre des Affaires sociales de l'époque.

A l'occasion de la célébration du 1<sup>er</sup> mai 2006, Johan VANDE LANOTTE, qui était à l'époque depuis peu président du parti du SP.A., a amorcé une guerre sainte contre les suppléments dans les hôpitaux. Il a confondu volontairement le paiement du montant de rattrapage en compensation des années de sous-financement des hôpitaux dans le passé (100 millions d'euros, étalés sur 3 ans via le budget des moyens financiers de l'hôpital) avec la demande d'honoraires propres des médecins hospitaliers. Si cela dépendait de VANDE LANOTTE, toute forme de supplément serait interdite. Pourtant, le fait que les médecins n'ayant pas adhéré à l'accord médico-mutualiste ou les médecins certes conventionnés mais soignant des patients avec des exigences particulières (comme le séjour dans une chambre individuelle) puissent demander des honoraires propres, constitue une des pierres angulaires du système de soins de santé belge très social et accessible.

Par ses propos, VANDE LANOTTE a fait enrager les gestionnaires d'hôpitaux catholiques et les médecins (et plus particulièrement les pédiatres) (cf. point V.5.)<sup>(38)</sup>.

Au cours d'un débat avec le Dr Luc BONNEUX et moi-même à Ostende<sup>(39)</sup>, VANDE LANOTTE est resté sourd aux explications sur le rôle des "suppléments" dans le système des conventions. Il a également défendu sa politique en tant que ministre du Budget. Il continue à soutenir que le remboursement d'un médicament peut être bloqué pour des raisons strictement budgétaires, même si tous les organes compétents se sont déjà exprimés en faveur de celui-ci. Pour VANDE LANOTTE, la liberté thérapeutique du médecin n'est acceptable que tant que le budget le permet. Après, le ministre du Budget décide manifestement lui-même, sans le moindre contrôle. Comme deux tiers des dépenses concernent la dernière année de vie, VANDE LANOTTE a demandé à haute voix ce que nous autorisons encore à la fin de la vie<sup>(40)</sup>. Il a suggéré que le Centre d'expertise devrait peut-être sonder dans le futur la faisabilité éthique des mesures d'efficacité des coûts. Une affaire insoluble car chaque patient a son individualité propre et unique. En guise d'illustration le cas du Dr Michel E. DE BAKEY, réputé mondialement et l'"inventeur" de l'intervention de De Bakey pour la dissection aortique de type II. A l'âge de 97 ans, il a été victime d'un anévrisme aortique de "son" type et opéré malgré son âge très avancé. Un an plus tard, il raconte son histoire dans le New York Times<sup>(41)</sup>. Par conséquent, le patient lambda n'existe pas. Pas plus que le citoyen "moyen". "The average human has one breast and one testicle"<sup>(42)</sup>.

Entre-temps, le ministre DEMOTTE permet à ses collaborateurs et à ses conseillers de continuer à élaborer des réglementations avec entrain, peut-être avec de bonnes intentions mais avec une fin funeste en cardiologie ou avec de moins bonnes

---

<sup>38</sup> «Over de gezondheid van mensen en de kosten van de gezondheidszorg voer je een debat. Een opbod op een feest hoort niet». (trad. : "Concernant la santé des gens et le coût des soins de santé, il faut un débat. Une surenchère à une fête n'est pas acceptable.") Joost LONCIN dans Het Volk. 02.05.2006

<sup>39</sup> «De geneeskunde tussen patiënt en overheid». Société belge d'éthique et de morale médicale. 08.09.2006.

<sup>40</sup> «Zorgsysteem blijft betaalbaar met 3% groeinorm». Artsenkrant. N° 1776. 15.09.2006.

<sup>41</sup> «The man on the table was 97, but he devised the surgery». The New York Times. December 25, 2006.

<sup>42</sup> Des McHALE, Prof. de mathématiques à l'University College, Cork, Irlande et humoriste.

intentions comme en oncologie et concernant l'agrément de lits universitaires dans les hôpitaux bruxellois car ces décisions donnent trop l'impression de "les copains (et les copines) d'abord".

Mais le ministre n'a jamais été aussi loin qu'avec la promulgation des critères d'agrément pour les généralistes <sup>(43)</sup>. A l'article 10, 1°, nous lisons que le ministre fixe lui-même le contenu des soins que le généraliste peut dispenser tandis que le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes avait recommandé de confier cette tâche aux Académies royales de médecine.

Il convient également de remarquer que le Cartel a soutenu inconditionnellement le projet d'A.M., y compris l'exclusion de facto par l'art. 10, 1° de toute forme de pratiques alternatives. Le Cartel n'a atteint son seuil électoral de 1.500 membres que parce que, d'une part, le ministre DEMOTTE lui a accordé 6 mois supplémentaires pour recruter des membres et, d'autre part, il a absorbé automatiquement les ± 200 membres francophones de l'Unio Homeopathica Belgica (cf. point IV).

Cette arrogance ministérielle ne peut être que le résultat de l'académisation complète de la médecine générale. In illo tempore, les professeurs flamands et francophones de médecine générale sont parvenus, via les centres interuniversitaires de médecine générale, à soustraire totalement aux organisations professionnelles la formation de médecin généraliste, avec le soutien actif des ministres compétents. La facture a été présentée le 27.02.2006.

Les spécialistes sont prévenus. Les deux premières années de la formation ont déjà été académisées en échange de la promesse du numerus clausus. La promesse a été contournée du côté francophone (cf. Numerus clausus VII) et tant le VLIR <sup>(44)</sup> que le CERF <sup>(45)</sup> essaient de mettre le plus rapidement possible la main sur toute la formation des spécialistes.

### **III.5. La politique en matière de médicaments ou des (gué)guerres de tous genres**

#### ***III.5.1. Forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux***

Des années durant, on en a discuté à l'INAMI et ensuite au niveau de la Structure multipartite en matière de politique hospitalière <sup>(46)</sup>, des débats et des symposiums y ont été consacrés <sup>(47)</sup> mais, malgré toutes les objections, Rudy DEMOTTE a introduit la forfaitarisation des médicaments par admission (à hauteur de 75%). La

---

<sup>43</sup> Arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes. (M.B. du 27.02.2006) : «Art. 10. Pour conserver l'agrément et le titre professionnel particulier de médecin généraliste, le médecin exerce la médecine générale conformément aux critères suivants : 1° Le médecin généraliste agréé dispense les soins de médecine générale dont le contenu est fixé, en se référant uniquement à des pratiques scientifiquement étayées, par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions. ...»

<sup>44</sup> VLIR : Vlaamse Interuniversitaire Raad

<sup>45</sup> CERF : Conseil des Recteurs des universités francophones de Belgique

<sup>46</sup> Instituée par la loi du 22.08.2002 (M.B. du 10.09.2002) article 50.

<sup>47</sup> "Optimalisez le management financier dans votre hôpital ou votre institution de soins". Dr Marc MOENS. Le Médecin Spécialiste, n° 7, octobre 2003.

réglementation vaut pour l'hospitalisation classique et est limitée aux hôpitaux disposant au moins d'un service C, D ou E. Les préparatifs législatifs, entamés en 2001 alors que Frank VANDENBROUCKE était ministre des Affaires sociales, ont débouché sur la publication de la forfaitarisation au Moniteur belge du 30.12.2005 (<sup>48</sup>). Le mode de calcul et la date de l'entrée en vigueur, le 01.07.2006, ont été publiés au M.B. du 29.05.2006 (<sup>49</sup>). Les hôpitaux psychiatriques et hôpitaux chroniques (services Sp et G isolés) ne sont pas visés par cette mesure. Ne le sont pas non plus l'hôpital de jour et les patients soignés à l'hôpital en ambulatoire.

Nous aurions préféré que la forfaitarisation ne se fasse pas. Malgré tout, 5 années de discussions ont permis d'arrondir bon nombre d'angles. Les médicaments innovateurs, surtout les médicaments contre le cancer, certaines hormones et des médicaments anti-viraux ne figurent pas dans le forfait. Tout comme les radio-isotopes. Le groupe des médicaments qui ne figurent pas dans le forfait est actualisé chaque année par des experts siégeant dans un groupe de travail au sein de la Commission de remboursement des médicaments (<sup>50</sup>). Une fois encore, les associations de médecins ayant une pratique médicale n'ont pas été consultées à propos des nominations dans ce nouveau groupe de travail qui compte parmi ses membres ayant droit de vote deux pharmacologues universitaires, trois pharmaciens hospitaliers, trois médecins hospitaliers et pas moins de huit représentants des mutuelles. Le ministre compétent désigne un président parmi ces membres (<sup>51</sup>).

La base de calcul, qui court du 01.07.2006 au 30.06.2007, est l'année de référence 2003 et tient compte des moyennes nationales par APR-DRG (<sup>52</sup>) et du degré de gravité. Le 31.08.2006, 41 des 115 hôpitaux aigus n'étaient pas d'accord avec le montant qui leur a été attribué et ont déposé une plainte auprès du "groupe de travail forfaitarisation médicaments" institué à cette fin au sein du Comité des soins de santé de l'INAMI. L'examen des nombreux dossiers est particulièrement laborieux et prend du temps, aussi bien aux hôpitaux qu'à l'administration de l'INAMI qui examine les plaintes avec minutie.

La question que j'ai posée dès le début du débat reste valable : est-ce que tout cela en vaut vraiment la peine? Les médecins hospitaliers sont-ils si malhonnêtes ou si stupides que toute une cellule technique doit réaliser ces contrôles et ces calculs ad vitam aeternam?

Bien que tant VANDENBROUCKE que DEMOTTE aient toujours soutenu que la forfaitarisation des médicaments hospitaliers n'était pas destinée à réaliser des économies, certains experts pensent le contraire. Le Prof. Dr Pharm. Hugo ROBAYS et le Prof. Dr Méd. Luc VAN BORTEL de l'hôpital universitaire de Gand sont d'avis

---

<sup>48</sup> La loi du 27.12.2005 portant des dispositions diverses, articles 95 et 96 (M.B. du 30.12.2005) a inséré l'article 37 § 3 dans la loi S.S.I. du 14 juillet 1994.

<sup>49</sup> Arrêté royal du 16.05.2006 portant exécution de l'article 37, par. 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la détermination du forfait alloué aux hôpitaux pour les spécialités pharmaceutiques remboursables (M.B. du 29.05.2006).

<sup>50</sup> Article 122 nonies inséré par l'A.R. du 21.12.2001 (M.B. du 29.12.2001) dans l'A.R. du 08.07.1996 portant exécution de la loi S.S.I. du 14.07.1994.

<sup>51</sup> A.R. du 01/07/2006 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la création d'un groupe de travail permanent pour la forfaitarisation de l'intervention de l'assurance dans les hôpitaux.

<sup>52</sup> All Patients Refined Diagnosis Related Groups.



que cette forfaitarisation est avant tout une histoire d'économie <sup>(53)</sup>. Le pharmacien en chef Hugo ROBAYS n'a pas de problème avec le concept de la forfaitarisation, à condition que l'on fasse une exception pour les hôpitaux universitaires. La relation entre la pathologie et le besoin en médicaments se situe selon lui entre 65 et 70%. Dans ces cas, le besoin en médicaments est parfaitement prévisible. Il craint que les autres cas – complexes et par conséquent onéreux – soient surtout renvoyés vers les hôpitaux universitaires. Je crains cependant que les universitaires se surestiment quelque peu en la matière et que les hôpitaux périphériques performants bien structurés connaissent les mêmes problèmes que leurs homologues universitaires. En outre, les professeurs cités oublient d'indiquer que de nombreux médicaments innovateurs et onéreux sont (heureusement) exclus de la forfaitarisation.

Le groupe de travail de l'INAMI a fait remarquer qu'un grand nombre de séjours ne peut pas être attribué dans certains hôpitaux. La perte financière subie peut être considérable. Les partisans (principalement universitaires) du système réalisent soudainement quels sont les effets concrets et ils réclament un réaménagement du système au lancement duquel ils ont contribué il y a quelque six mois, contre l'avis des "non-experts car syndicalistes". Le Prof. Hugo ROBAYS constate que l'UZ Gent perd environ 50.000 euros par mois et il a des remarques fondamentales concernant le mode de calcul <sup>(54)</sup>. Nous les avons dès le début!

### **III.5.2. Bataille à propos de kiwis trop mûrs**

Nombre d'associations de médecins, parmi lesquelles le GBS, ont souligné par le passé les risques du modèle kiwi néo-zélandais <sup>(55)</sup>. Après des années de discussion, la version kiwi light belge a vu le jour <sup>(56)</sup>. Mais la poussière n'est pas prête de retomber dans l'arène : les partisans et opposants du "modèle corbeille de fruits DEMOTTE" continuent à se battre tout comme les fournisseurs de génériques et l'industrie pharmaceutique.

La Nouvelle-Zélande n'autorise qu'un seul médicament : l'offre la moins chère dans le cadre d'une adjudication publique pour une molécule donnée. "The winner takes it all." En Belgique, le médicament le moins cher est le mieux remboursé (75 %) mais les autres produits sont quand même remboursés à 50 % <sup>(57)</sup>. Le médecin doit savoir si le médicament le moins cher est également le plus approprié pour son patient individuel. Le système vaut également uniquement pour les médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public. Ce qui suscite de vives critiques notamment du secteur générique <sup>(58)</sup> <sup>(59)</sup>, de médecins de gauche comme l'importateur du modèle kiwi Dirk VANDUPPEN (Partij van de Arbeid en

---

<sup>53</sup> "Alle beetjes helpen. Besparen na forfaitariseren." UZ Letters. Année 19, n° 20, sept. oct. nov. 2006.

<sup>54</sup> "Verwarring over ziekenhuisgeneesmiddelen." De Huisarts. N° 803. 20.10.2006.

<sup>55</sup> "Fruit importé non pas de Turquie mais de Nouvelle-Zélande". Chapitre VIII.2. dans "Le cirque Demotte". Rapport annuel 2004 du GBS. Dr Marc MOENS. 05.02.2005.

<sup>56</sup> A.R. du 17.05.2006 modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques (M.B. du 26.05.2006)

<sup>57</sup> "Belgische kiwi heeft erg zachte smaak gekregen". De Tijd. 11.05.2006.

<sup>58</sup> "Generische sector voelt zich 'gepakt' door kiwi." De Tijd. 12.05.2006.

<sup>59</sup> "Le Kiwi menace les génériques." Le Soir. 12.05.2006.

Geneeskunde voor het volk) <sup>(60)</sup> et de journalistes comme Tom COCHEZ qui, farouchement anti-industrie pharmaceutique comme toujours, déclare sans détour : (trad.) "Ce n'est pas un secret que la législation relative aux médicaments est élaborée dans une large mesure par les services juridiques de l'industrie elle-même <sup>(61)</sup>."

Il subsiste d'importants points d'interrogation, sur les plans médical et pharmacologique, concernant la révision par groupe des spécialités pharmaceutiques exposée par le ministre DEMOTTE à tous les Belges dans le rapport au Roi à la page 26722 du Moniteur belge du 26.05.2006.

Malgré tous les efforts et les publications de la FeBelGen, Fédération Belge des fabricants de médicaments Génériques, les médecins sont très réticents à l'égard de l'utilisation des génériques <sup>(62)</sup>. Le GBS a publié à maintes reprises des positions et des analyses concernant les génériques. Le 18.12.2003, le Prof. Dr R. VERBEECK a tenu un exposé pour le comité directeur du GBS sur ce sujet intitulé "La bio-équivalence" <sup>(63)</sup> et notre secrétaire général adjoint francophone, le Prof. Dr Francis HELLER, a publié encore récemment sa vision clarifiante de la situation dans notre revue <sup>(64)</sup>.

En avril 2004, le GBS avait adopté une position publique concernant l'utilisation des médicaments génériques (à certaines conditions), le droit de substitution par les pharmaciens (totalement inacceptable), la prescription sous dénomination commune (également conditionnelle) et la distribution d'échantillons médicaux <sup>(65)</sup>.

Nous avons appris via Pharma.be que, dans l'obligation d'atteindre un certain pourcentage de "médicaments bon marché" <sup>(66)</sup> – soit un DCI (prescription sous dénomination commune internationale), soit un générique, soit un médicament original qui a baissé son prix – les médecins prescripteurs privilégient surtout les médicaments originaux bon marché hors brevet. Les médecins ont confiance dans les produits qu'ils connaissent et pensent que seule l'industrie pharmaceutique est à même de réaliser les innovations importantes pour les patients (ainsi que pour l'industrie belge et l'emploi). Comme l'industrie <sup>(67)</sup>, nombreux sont les médecins convaincus que l'affirmation selon laquelle les génériques créent de l'espace pour rembourser les innovations, est inexacte.

Le pourcentage total de "médicaments bon marché" est passé de 18,2 % en 2004 à 37,14 % en 2006. En 2004, la part des copies et des génériques bon marché (K et G) était de 12,33 % et elle est passée à 21,7 % en 2006. La part des anciens

---

<sup>60</sup> "Appels d'offres pour baisser le prix des médicaments." Le Soir. 11.05.2006.

<sup>61</sup> "De bittere kiwi van DEMOTTE". De Morgen. 06.05.2006.

<sup>62</sup> "Twijfels over kwaliteit generieken zijn achterhoedegevecht". Secrétaire général de la FeBelGen Joris VAN ASSCHE. Artsenkrant. N° 1802. 19.12.02006.

<sup>63</sup> "La bio-équivalence". Prof. Dr Roger K. VERBEECK. Le Médecin Spécialiste, n° 2, février 2004.

<sup>64</sup> "Les génériques". Prof. Dr Francis HELLER. Le Médecin Spécialiste, n° 5, août 2006.

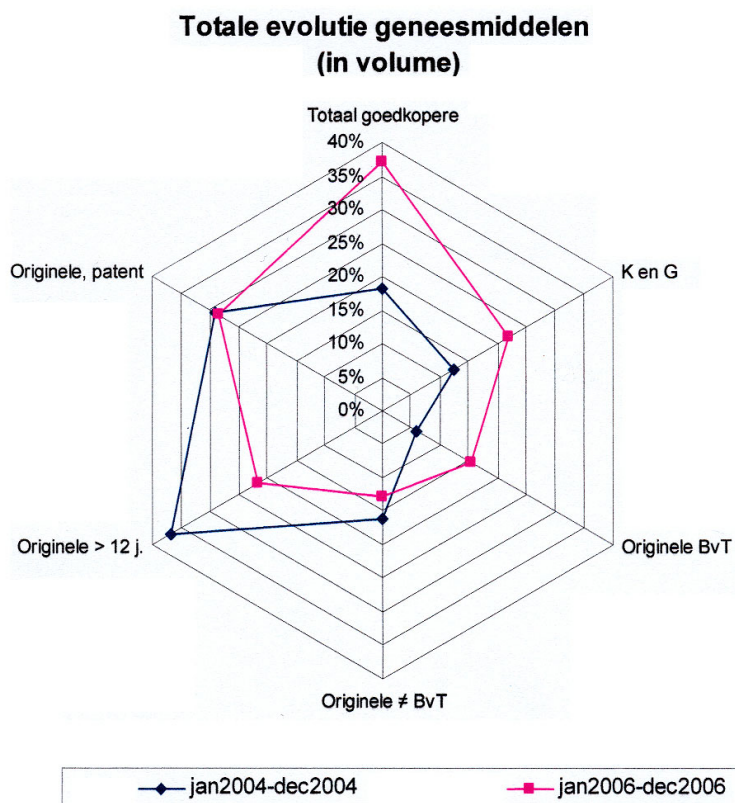
<sup>65</sup> Le Médecin Spécialiste. Editorial. N° 4, avril 2004.

<sup>66</sup> A.R. du 17.09.2005 modifiant l'article 73, par. 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 27.09.2005).

<sup>67</sup> "Geen kiwi, wel goedkope geneesmiddelen uit octrooi". Julien BRABANTS, Olivier DAUBRY. De Morgen. 18.01.2007.

médicaments originaux avec brevet tombé dans le domaine public (originaux BvT) est passée de 5,96 % en 2004 à 15,44 % en 2006.

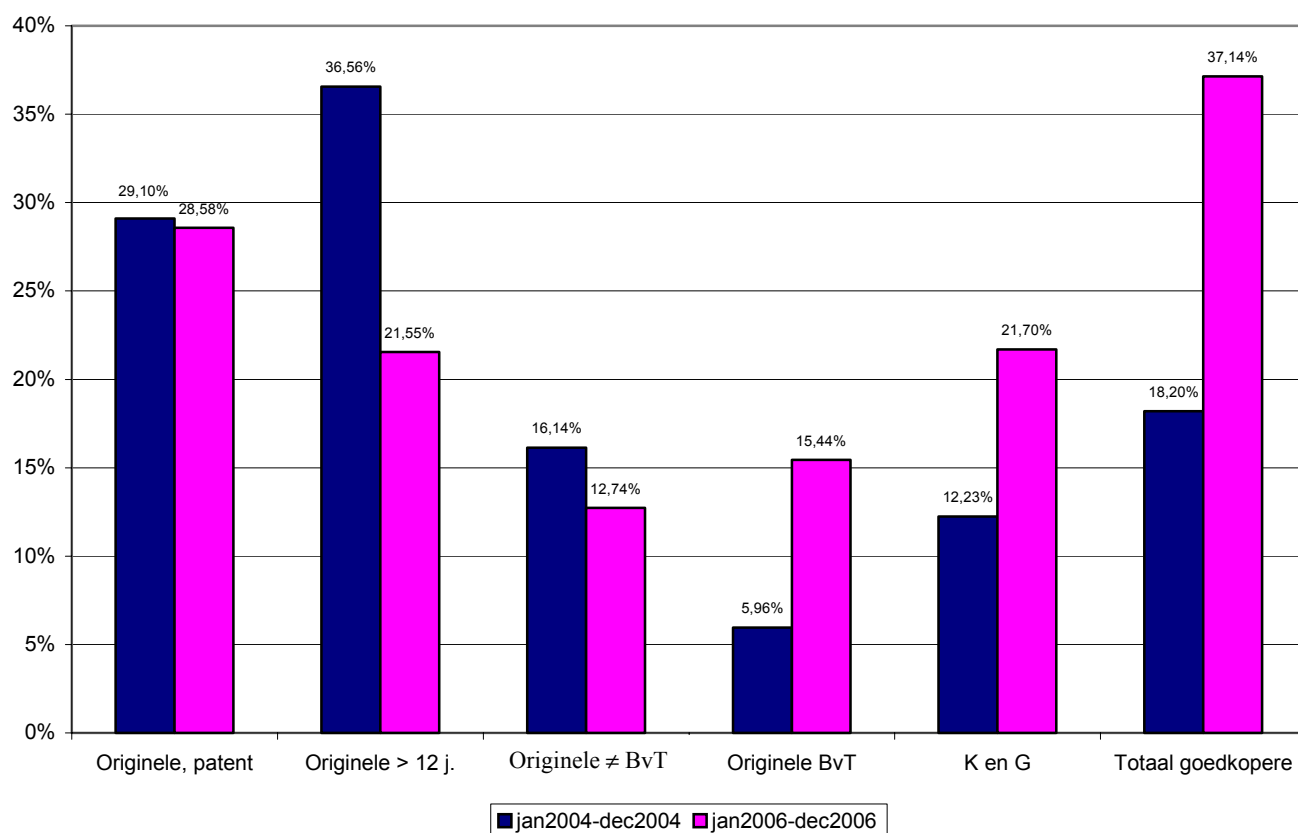
Dans la figure 1, on voit ainsi à droite de l'hexagone qui représente "les médicaments bon marché", un glissement significatif vers la droite, ce qui correspond à l'augmentation de la prescription des médicaments bon marché. A gauche de l'hexagone, on voit en haut que les médicaments originaux qui sont encore sous brevet (originaux, brevet) maintiennent un pourcentage quasi inchangé : 29,1 % en 2004 et 28,58 % en 2006. Heureusement car c'est aussi là que se trouvent les médicaments innovateurs. En dessous à gauche se trouvent les médicaments originaux qui sont remboursés depuis plus de 12 ans (originaux >12 ans). A ce moment-là, le brevet est pratiquement toujours expiré mais il n'existe pas de génériques (car petite production, marché difficile... et donc pas intéressant pour les génériqueurs) et ils ne tombent donc pas dans le remboursement de référence. Ils voient assez étonnamment (car il n'y a pas d'alternative) leur part diminuer de 36,56 % en 2004 à 21,55 % en 2006. Les produits originaux dont le brevet est expiré et qui n'ont pas diminué leur prix au niveau du remboursement de référence (originaux ≠ BvT) voient également leur part s'effriter : de 16,14 % en 2004 à 12,74 % en 2006.



Source: Pharma.be; 31.01.2007

Figure 1

## Evolutie geneesmiddelen, 2004-2006



Source: Pharma.be; 31.01.2007

Figure 2

Dans ses calculs, Pharma.be n'a pas pu tenir compte de la prescription sous Dénomination Commune Internationale (DCI) qui est considérée par le ministre comme la "prescription bon marché". Par ailleurs, nous ne sommes pas convaincus que tous les pharmaciens d'officine parviennent toujours à marquer les prescriptions sous DCI avec le "flagging" requis lors de l'enregistrement électronique des prescriptions de médecins. C'est nécessaire pour que les mutuelles puissent reconnaître ces prescriptions comme "bon marché" et pour qu'elles puissent être incorporées dans le profil du médecin concerné en ce qui concerne son pourcentage requis de "prescriptions bon marché".

Entre-temps, les offres de prix pour les réducteurs de cholestérol (les simvastatines) et les réducteurs de pression artérielle (amlodipine) devaient être introduites pour le 20.12.2006. Mais la réglementation est imprécise et la première adjudication kiwi risque d'être un coup dans l'eau, notamment parce que l'industrie générique boycotte le modèle kiwi de DEMOTTE <sup>(68)</sup>.

L'histoire du modèle kiwi et des génériques a également été la source de tensions au sein de Pharma.be. Ajid SHETTY, administrateur délégué de Janssen

<sup>68</sup> "Wat DEMOTTE op tafel legt is geen kaas met gaten, maar gaten met een beetje kaas errond." FeBelGen dans De Morgen. 16.12.2006.

Pharmaceutica, a annoncé début 2006 qu'il envisageait de quitter Pharma.be<sup>(69)</sup>. Le groupement d'intérêts de fabricants de médicaments qui a fêté avec faste son 40<sup>e</sup> anniversaire le 22.11.2006 et auquel le premier ministre VERHOFSTADT a promis son soutien dans le discours qu'il a prononcé à cette occasion, pourrait, selon des articles parus la presse, bientôt avoir de la concurrence interne d'un nouveau groupement d'intérêts pharmaceutique belge constitué par quatre sociétés de premier plan de l'industrie pharmaceutique belge : UCB, Janssen Pharmaceutica, Pfizer et GlaxoSmithKline. Ces grandes sociétés disposant de leurs propres départements de recherche et de production en Belgique se sont réunies pour former le HST Group : "Health, Science & Technology". La plupart des autres entreprises au sein de Pharma.be sont surtout des organisations de vente<sup>(70)</sup>. Selon une conférence de presse des quatre grands<sup>(71)</sup>, qui représentent environ 16.000 des 28.000 jobs dans l'industrie pharmaceutique<sup>(72)</sup>, le groupe nouvellement constitué reste au sein de la coupole Pharma.be mais mènera des concertations directement avec le gouvernement. Le premier ministre VERHOFSTADT réalise pleinement l'importance économique considérable de ce secteur<sup>(73)</sup>. La Belgique n'a pas de pétrole ou de gaz mais elle a des cerveaux. C'est un domaine où il faut investir.

### **III.5.3. Tensions entre les médecins et les pharmaciens**

La substitution par un pharmacien d'un médicament prescrit a été inscrite le 09.08.1993<sup>(74)</sup> à l'article 11 de l'A.R. n° 78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé: *"Le Roi définit, par arrêté délibéré en conseil des Ministres, les modalités ainsi que les mesures d'exécution selon lesquelles le pharmacien peut substituer à une spécialité pharmaceutique prescrite une autre spécialité pharmaceutique, à condition que les substances actives soient les mêmes et que le prescripteur ne soit pas opposé formellement à une telle substitution et que le prix soit plus avantageux pour le patient"*.

A l'époque, l'objectif était déjà de réaliser des économies. Pour toutes sortes de raisons – dont une, non des moindres, concerne la responsabilité en cas de substitution – aucun arrêté d'exécution n'a encore été pris. Par conséquent, la substitution par le pharmacien est encore toujours assimilable à un exercice illégal de la médecine. La ministre de l'époque Magda AELVOET l'a confirmé dans un communiqué de presse<sup>(75)</sup>.

Pas mal de choses se sont déjà passées depuis lors. La prescription sous dénomination commune (DCI) surtout mérite d'être remarquée. Ce n'est pas une

---

<sup>69</sup> "Shetty jaagt spanning in Pharma.be op". De Tijd. 30.01.2006.

<sup>70</sup> "Eigen lobby voor farmatop". De Standaard. 26.01.2007.

<sup>71</sup> "Politiek offensief van farmatoppers". De Standaard 30.01.2007.

<sup>72</sup> "Pharma.be sur la touche?". L'Echo. 30.01.2007.

<sup>73</sup> "Vier topbedrijven richten eigen belangenvereniging op". Artsenkrant. N° 1810. 30.01.2007.

<sup>74</sup> Article 34 de la loi du 06.08.1993 portant des dispositions sociales et diverses (M.B. du 09.08.1993).

<sup>75</sup> Communiqué de presse Mme Magda AELVOET, ministre de la Santé publique : "Un pharmacien est supposé livrer le médicament tel que prescrit par les médecins et la substitution des médicaments prescrits n'est pas permise. Enfreindre cette règle peut donner lieu à des poursuites judiciaires. Toute dénonciation d'infractions sur cette règle peut être introduite auprès de l'Inspection Pharmaceutique Générale des infractions." (28.10.2000).

substitution car le médecin prescripteur laisse le choix du produit au pharmacien qui délivre le produit. Un problème se pose toutefois concernant les génériques. Du fait de l'existence de nombreuses marques pour un même médicament, le pharmacien est tenté de délivrer le produit qui est le plus intéressant pour lui sur le plan financier, ce qui ne correspond pas nécessairement au produit prescrit. Une concertation locale entre les généralistes, les spécialistes intra-muros et extra-muros, les pharmaciens hospitaliers locaux, les maisons de repos et les pharmaciens d'officine constitue la meilleure façon de sortir de la jungle des génériques.

Le tout est de savoir si c'est possible car la tension entre les deux groupes professionnels s'accroît. 90% des pharmaciens d'officine sont pour la substitution, les francophones plus encore (72% totalement pour et 24% plutôt pour) que les Flamands (53% totalement pour et 43% plutôt pour) <sup>(76)</sup>. La substitution illégale est pratiquée à grande échelle, surtout lorsqu'il s'agit de prescription de génériques. Selon une autre enquête réalisée par Artsenkrant <sup>(77)</sup>, les généralistes estiment que jusque 68% des génériques qu'ils prescrivent sont remplacés par un autre générique. Pour toutes les prescriptions confondues, le généraliste belge moyen pense que 23% de ses prescriptions sont substituées par le pharmacien. Un constat surprenant quand on sait que l'ABSyM a lancé un appel public, en mai 2005, pour s'opposer à cette tendance avec un mémorandum (23.05.2005) et des lettres types pour introduire une plainte auprès des instances compétentes <sup>(78)</sup>. Il n'y a guère eu de réaction.

L'attitude des généralistes pourrait se durcir lorsque la loi créant la dispensation par les pharmaciens de soins pharmaceutiques en insérant à l'article 4 de l'A.R. n° 78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé <sup>(79)</sup> aura son arrêté d'exécution. Les médecins (généralistes) craignent que le pharmacien empiète sur leur terrain.

L'analyse juridique de la loi du 1er mai 2006 ne permet pas de trouver des arguments pour éventuellement introduire un recours en annulation devant la Cour d'arbitrage contre le nouveau paragraphe 2bis de l'article 4 de l'A.R. du 10.11.1967.

---

<sup>76</sup> "96% des pharmaciens favorables au droit de substitution". Journal du Médecin. N° 1770. 18.08.2006.

<sup>77</sup> "Vertrouwen in apotheker op laag pitje". Artsenkrant. N° 1754. 12.05.2006.

<sup>78</sup> <http://www.absym-bvas.be/ABSyM/ARCHIEVEN/indexfr.htm>; Dossier médicaments 2005.

<sup>79</sup> Loi du 01.05.2006 modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Art. 2.: A l'article 4 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, il est inséré un § 2bis, rédigé comme suit : "Les actes pharmaceutiques dans l'exercice de la fonction du pharmacien en matière de dispensation de soins pharmaceutiques comprennent la délivrance responsable de médicaments prescrits ou de médicaments qui sont délivrables sans prescription en vue, en concertation avec les autres professionnels de santé et le patient, d'atteindre des objectifs généraux de santé tels que la prévention, l'identification et la résolution de problèmes liés à l'usage de médicaments. Les soins pharmaceutiques sont destinés à améliorer de façon continue l'usage des médicaments et à conserver ou améliorer la qualité de vie du patient. La concertation interprofessionnelle comprend notamment le renvoi éventuel vers un médecin et l'information du médecin traitant.

Le Roi définit à cette fin, les principes et lignes directrices de bonnes pratiques pharmaceutiques, couvrant les actes pharmaceutiques que pose le pharmacien dans l'exercice de sa profession."

Nous analyserons évidemment minutieusement les arrêtés d'exécution et nous n'hésiterons pas à entreprendre une action devant le Conseil d'Etat s'il devait en ressortir un dépassement de compétence des pharmaciens au détriment des médecins (généralistes).

Cette inquiétude est du reste fondée. Dans un feuillet d'information absolument neutre à cet égard de la Bank J. Van Breda & C° à l'attention des professions libérales, nous avons pu lire dans le portrait d'un jeune pharmacien d'officine le passage suivant : (trad.) "Avec des prospectus, un website informatif et des coins de consultation séparés, la pharmacie est d'ores et déjà bien préparée pour l'avenir..." "Dans les coins de consultation séparés, le patient peut obtenir une information plus confidentielle par exemple concernant le matériel d'incontinence, la mesure de la pression sanguine, etc." <sup>(80)</sup> Durant le "Sommet social de Raversijde", plus ou moins au même moment que cette publication, les premières bases d'un nouveau système de paiement pour les pharmaciens d'officine ont été jetées et celui-ci devrait entrer en vigueur à partir du 01.01.2008. Les pharmaciens bénéficieront de 3 niveaux d'honoraires (qui remplaceront en partie les actuelles marges bénéficiaires qui se rétrécissent sur les emballages vendus) selon la classe thérapeutique : les produits d'automédication; le traitement d'affections aiguës, les anti-inflammatoires et les contraceptifs; et les médicaments pour les pathologies lourdes et chroniques comme le cancer, l'infection HIV mais également l'hypertension ou l'hypercholestérolémie.

Dans les propositions financières qui sont actuellement à l'étude, selon les calculs préliminaires d'octobre 2006 de Pharma.be, l'introduction des honoraires des pharmaciens devrait entraîner une augmentation significative des revenus du pharmacien. Les pharmaciens perdraient 1,2% sur les produits non remboursables sans prescription (OTC) mais ils gagneraient 13,4% sur les médicaments non remboursables uniquement sur prescription (POM) et 29,2% sur les médicaments remboursables sur prescription (INAMI). Ce nouveau mode de paiement pourrait se révéler beaucoup plus cher pour le patient et pour l'INAMI, respectivement + 12% et + 41%. Ces informations provisoires ont circulé sur Internet à la fin du mois d'octobre 2006 dans le cadre d'une présentation PowerPoint.

Les mutuelles n'étaient absolument pas contentes des propositions financières des pharmaciens et ont immédiatement formulé des réserves. La présentation PowerPoint susvisée est parvenue aux Mutualités socialistes à la faveur d'une fuite et le Dr Ivan VAN DER MEEREN n'a pas épargné ses critiques dans la presse médicale <sup>(81)</sup>.

Entre-temps, les pistes de réflexion ont été quelque peu rectifiées et Pharma.be, tout en tenant compte de données plus complètes pour 2006, arrive au constat que le revenu des pharmaciens augmenterait de 29,2 millions d'euros (- 8,9 sur les génériques et + 38,1 sur les non-génériques) et le chiffre d'affaires dans les prix publics augmenterait de 29,6 millions (- 10,8 sur les génériques et + 40,3 sur les non-génériques). Les simulations tiennent uniquement compte des spécialités

---

<sup>80</sup> "Portret. Farmaceutische zorg vormt wissel op de toekomst". In de praktijk. Bank J. Van Breda & C°. Mars 2004.

<sup>81</sup> "Ziekenfondsen op de rem voor nieuw vergoedingssysteem apothekers". Artsenkrant, N° 1788. 27.10.2006.

remboursables par l'AMI. Les médicaments OTC ont disparu de l'hypothèse (cf. tableau 2).

### Analyse proposition : impact sur le marché (en millions d'euros)

		Prix actuels, marges actuelles	Nouveaux prix, nouvelles marges	Différence (Mio €)
AMI	Revenu pharmaciens	546,2	575,3	+ 29,2
	- génériques	85,7	76,8	-8,9
	- non-génériques	460,4	498,5	+ 38,1
	Chiffre d'affaires prix publics	2.857,8	2.887,4	+ 29,6
	- génériques	272,7	261,9	- 10,8
	- non-génériques	2.585,1	2.625,5	+ 40,3

AMI = spécialités remboursables  
Source : Pharma.be; 31.01.2007

Tableau 2

Pour les spécialités remboursables, le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique ne varierait pas. Les tickets modérateurs resteraient également inchangés. Mais le coût à la charge de l'INAMI augmenterait de ± 30 millions d'euros (cf. tableau 3).

		Prix actuels, marges actuelles	Nouveaux prix, nouvelles marges	Différence (Mio €)
AMI	Chiffre d'affaires de l'industrie	1.988,9	1.988,9	0,0
	Revenu pharmaciens	546,2	575,3	+ 29,2
	Chiffre d'affaires prix publics	2.857,8	2.887,4	+ 29,6
	- ticket modérateur	594,4	en principe idem	en principe 0
	- coût INAMI	2.263,4	approx. 2.293,0	approx. + 30,0

AMI = spécialités remboursables  
Source : Pharma.be; 31.01.2007

Tableau 3

Le dernier mot concernant cette réforme conséquente du revenu des pharmaciens n'a dès lors certainement pas encore été prononcé.

Concernant la substitution, les spécialistes extra-hospitaliers connaissent peut-être une situation comparable à celle des généralistes. Mais il n'y a pas de données connues concernant la fréquence de la substitution de leurs prescriptions.

Pour le spécialiste hospitalier, les choses sont certainement différentes. Chaque hôpital connaît son formulaire thérapeutique et le comité médico-pharmaceutique veille sur la composition et l'actualisation continue de ce formulaire. Jusqu'à l'introduction du forfait des médicaments, la substitution des prescriptions de spécialistes était relativement peu importante du fait de l'existence du formulaire des médicaments convenu en interne. Pour les patients et les généralistes référents, le formulaire a parfois déjà posé des problèmes car la médication utilisée par le patient en ambulatoire n'est pas toujours présente dans la pharmacie de l'hôpital ou ne figure pas dans le formulaire. Sous peu, il pourrait arriver que les pharmaciens hospitaliers soient en conflit avec les spécialistes prescripteurs car, du fait de contraintes budgétaires, le pharmacien délivrera de préférence les formes les moins chères. Et celles-ci ne figurent peut-être pas (encore) dans le formulaire.

Dans certains hôpitaux, un nouvel intervenant de la santé fait son apparition.



Le médecin-pharmacologue, pratiquant généralement en milieu universitaire et sans titre professionnel reconnu, est progressivement concurrencé par le pharmacien pharmacologue clinique. Prendront-ils part prochainement au tour de salle, par exemple dans les services de soins intensifs comme dans le cadre de plusieurs expériences en cours dans des hôpitaux universitaires? Pour réduire les coûts ou pour améliorer la qualité? Sans formation médicale, ce pas semble démesuré. La publication d'un article sur l'automédication dans le cas de l'asthme <sup>(82)</sup> a donné lieu à une correspondance concernant la place du pharmacien (d'officine) pour le traitement et le suivi de l'asthme. Alors que les partisans pensaient que les pharmaciens avaient un rôle très important à jouer <sup>(83)</sup>, celui-ci a été fortement relativisé par les auteurs de l'article <sup>(84)</sup>. Pouvons-nous également nous attendre à ces débats dans les prochains jours au sein de l'hôpital?

### **III.5.4. Agence fédérale des médicaments et des produits de santé**

Les travaux préparatoires en vue de la création de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) ont été suivis d'un œil extrêmement critique.

L'AFMPS reprend les tâches de la Direction Générale des Médicaments (DG3) et l'opposition CD&V a estimé que le problème du manque de moyens financiers dans la DG3 n'a pas été réglé à l'occasion du changement de dénomination et de structure <sup>(85)</sup>. Le SP-A s'est exprimé avec arrogance par la voix de Maya DETIEGE concernant l'influence de l'industrie pharmaceutique dans l'AFMPS. Elle l'a liée de manière peu délicate à un manque de garanties en matière de contrôle et d'inspection du processus des médicaments <sup>(86)</sup>. Test-Achats a critiqué avec un certain parti pris : (trad.) "Avec les mandats dans l'agence, le ministre peut pour ainsi dire placer l'administrateur délégué d'une société pharmaceutique" <sup>(87)</sup>.

Quoi qu'il en soit, la loi a été votée et publiée <sup>(88)</sup> et l'AFMPS a démarré le 01.01.2007 <sup>(89)</sup>. Le vétérinaire Dr Piet VANTHEMSCHE, à l'époque manager de la crise de la dioxine et actuellement entre autres choses commissaire interministériel grippe, a été chargé, du 25 juin 2006 au 30 mars 2007, en tant qu'administrateur général, de la coordination de la création de l'AFMPS <sup>(90)</sup>. La nomination d'un administrateur général par intérim du calibre de Piet VANTHEMSCHE a fait taire la critique. Lorsque nous avons appris que tous types d'experts étaient nommés au sein de l'AFMPS (pharmaciens, vétérinaires, juristes, ...) mais pas de médecins, nous avons entrepris des démarches pour y remédier. Il nous a semblé quelque peu

<sup>82</sup> «Sporen wij astmapatiënten aan tot zelfzorg? Een enquête bij Vlaamse huisartsen en pneumologen.» V. Lemaigre, O. Van den Bergh, S. De Peuter, L.J. Dupont, G.M. Verleden. Tijdsch. Geneesk. 2006; 62 : 1129-1140.

<sup>83</sup> «Zelfzorg bij astma : een ondersteunende rol weggelegd voor de apotheker». E. Mehuys, L. Van Bortel, G. Brusseele. Tijdsch. Geneesk. 2007; 63:47.

<sup>84</sup> «Zelfzorg bij astma : de rol van de apotheker». V. Lemaigre, O. Van den Bergh, S. De Peuter, L.J. Dupont, G.M. Verleden. Tijdsch. Geneesk. 2007; 63:47

<sup>85</sup> «Partij kraakt Agentschap geneesmiddelen». Artsenkrant. N° 1758. 30.05.2006.

<sup>86</sup> «Onafhankelijkheid Agentschap Geneesmiddelen in vraag gesteld». De Morgen. 24.05.2006.

<sup>87</sup> Ibidem

<sup>88</sup> Loi du 20 juillet 2006 relative à la création et au fonctionnement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (M.B. du 08.09.2006.)

<sup>89</sup> A.R. du 24.09.2006 modifiant la loi relative à la création et au fonctionnement de l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de santé (M.B. du 28.09.2006).

<sup>90</sup> Désignation de l'administrateur général de l'AFMPS (M.B. du 02.08.2006).

incorrect d'exclure les médecins. Dans la mesure où cette AFMPS abordera naturellement non seulement des aspects scientifiques mais également déontologiques et où le médecin prescripteur constitue un maillon important dans l'utilisation correcte des médicaments, j'ai adressé, en ma qualité de président de l'ABSyM, une demande d'intégration de médecins dans l'AFMPS au directeur général du SPF Santé publique, direction générale des médicaments, avec copie au Conseil national de l'Ordre des médecins<sup>(91)</sup>. L'administrateur général de l'AFMPS Piet VANTHEMSCHE m'a répondu publiquement dans le cadre du débat à l'occasion du 40<sup>e</sup> anniversaire de Pharma.be le 22.11.2006 à la suite d'une remarque à ce propos, qu'un représentant de l'Ordre serait désigné.

Entre-temps, nous constatons qu'à l'article 2 § 1, 2° du projet d'A.R. relatif à la création et au fonctionnement du comité consultatif institué auprès de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, pratiquement toutes les unions professionnelles sont représentées à l'exception des médecins : pharmaciens, fabricants et distributeurs de médicaments, vétérinaires, la Croix-Rouge et même les homéopathes.

Nous demandons avec insistance qu'outre un confrère de l'Ordre (article 2 § 1, 6°), un expert issu des unions professionnelles de médecins siège également dans le Comité. Si un vétérinaire y siège, pourquoi pas un médecin? Le représentant des vétérinaires n'est pas non plus catalogué à part via leur Ordre. Nous continuons à suivre cette affaire.

Notons que Test-Achats considère depuis quelques mois qu'il est de son devoir d'enregistrer les effets indésirables des médicaments. C'est en réalité une tâche de l'AFMPS mais le Dr Piet VANTHEMSCHE a annoncé qu'ils peuvent collaborer avec Test-Achats et intégrer les plaintes dans les données de l'AFMPS<sup>(92)</sup>.

### ***III.5.5. Des économies, des réglementations et des budgets ... jusqu'à ce que mort s'ensuive***

Concernant les médicaments, le passage de Rudy DEMOTTE aux Affaires sociales et à la Santé publique ne sera pas passé inaperçu parmi les personnes concernées. Idem parmi les actuaires de l'INAMI qui analysent et surveillent minutieusement les dépenses mois après mois. Les effets des mesures d'économies 2004-2006 sur les dépenses sont résumés dans le tableau 4.

---

<sup>91</sup> Bulletin du Conseil national. Ordre des médecins. N° 114. Vol. XIV. Décembre 2006.

<sup>92</sup> "Signaler les effets secondaires des médicaments". La Libre Belgique. 30.01.2007.

## EVOLUTION DES DEPENSES DE L'INAMI DANS LE SECTEUR DES MEDICAMENTS

Année	Dépenses de l'INAMI dans le secteur des médicaments en millions d'€ (1)	Nombre d'habitants (2)	Dépenses de l'INAMI dans le secteur des médicaments/habitants/an (€)	Dépenses de l'INAMI 1999 = 100,0 *
2006 <sup>o</sup>	3.402,863	10.511.382	323,73	150,5
2005	3.330,982	10.445.852	318,88	147,3
2004	3.248,070	10.396.421	312,42	143,6
2003	2.954,905	10.355.844	285,34	130,7
2002	2.724,349	10.309.725	264,25	120,5
2001	2.601,556	10.263.414	253,48	115,0
2000	2.439,726	10.239.085	238,28	107,9
1999	2.261,561	10.213.752	221,42	100,0

Tableau 4

(1) INAMI Notes CGSS n° 2005/84 du 03.10.2005 et n° 2006/110 du 08.12.2006

(2) Ecodota ([http://www.statbel.fgov.be/figures/d21\\_nl.asp](http://www.statbel.fgov.be/figures/d21_nl.asp)): population au 01.01.2006

<sup>o</sup> Estimation technique basée sur les 9 premiers mois de 2006

\* Augmentation annuelle moyenne des dépenses de :

- 1999 à 2004: + 7,5 %
- 2004 à 2006: + 2,4 %
- 1999 à 2006: + 6,0 %

Il est très intéressant de noter que l'infléchissement dans le schéma des dépenses intervient en 2004, c'est-à-dire plus d'un an avant que l'A.R. obligeant les médecins à prescrire un pourcentage minimum de médicaments bon marché n'entre en vigueur (<sup>93</sup>).

Les dépenses de l'INAMI dans le secteur des médicaments ont augmenté en moyenne de 6,0% par an de 1999 à 2006 et même de 7,5% de 1999 à 2004. Entre 2004 et 2006 (chiffres provisoires), l'augmentation annuelle a été de 2,4% à peine. Il est dès lors particulièrement malvenu que tant le ministre DEMOTTE (<sup>94</sup>) que les Mutualités socialistes aient lancé, début décembre 2006, une campagne sur les génériques, comme si les médecins n'avaient pas encore consenti d'efforts. La pièce d'un euro qui n'en a toujours pas fini de se dissoudre comme un comprimé effervescent après un an occupe à nouveau les écrans de télévision et les Mutualités socialistes font partout les titres des journaux avec le message douteux que (trad.) : "la population de patients de notre pays peut facilement économiser 45 millions d'euros si les généralistes adaptent totalement leur comportement de prescription" (<sup>95, 96</sup>). Mais il faut alors appliquer une médecine à la mode socialiste avec une ration par personne (sauf naturellement dans le cas des membres de la nomenclatura, comme dans l'ancienne URSS) sans tenir compte des particularités du patient. Dans l'article paru dans le journal De Morgen, on peut lire ensuite que l'INAMI peut réaliser

<sup>93</sup> A.R. du 17.09.2005 modifiant l'article 73, par. 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 27.09.2005).

<sup>94</sup> «Een-tweetje tussen Demotte en ziekenfonds». De Huisarts. 14.12.2006, N° 810.

<sup>95</sup> «Aandeel generische medicamenten steeg van 7 naar 30 procent». Guy PEETERS dans De Morgen. 07.12.2006.

<sup>96</sup> «Patiënten kunnen tot 45 miljoen besparen dankzij generische geneesmiddelen». De Tijd. 08.12.2006.

9 millions d'euros d'économies sur les dépenses dans le cadre de cette opération totalement imaginaire. "Seulement" 9 millions d'euros qu'il faut comparer au remboursement justifié de 33.000 € pour un traitement à l'Herceptin® pour une patiente atteinte d'un cancer du sein avec métastases. Attendu que 800 à 1000 patientes entrent en ligne de compte chaque année, le bénéfice imaginaire par maximisation des génériques doit être comparé au coût annuel estimé de ± 33 millions d'euros pour l'utilisation de l'Herceptin.

Un projet d'A.R. actuellement à l'étude chez DEMOTTE va permettre aux mutuelles, à partir de l'enregistrement de l'utilisation des médicaments remboursés de chaque membre affilié, d'écrire aux membres pour leur proposer des alternatives (meilleur marché). Sans la moindre anamnèse ou contact patient et derrière le dos du médecin traitant! Les médecins ont réagi scandalisés et le secrétaire général francophone des Mutualités socialistes, Bernard DEBACKER, essaie d'arrondir les angles. Leur intention n'est "évidemment" pas de culpabiliser les médecins. Elles ne veulent qu'aider à limiter les factures des médicaments (<sup>97</sup>).

La colère des médecins manifestant le 05.12.2006 contre la folie administrative devant les portes de l'INAMI est d'autant plus compréhensible que l'on constate pour la première fois depuis de nombreuses années que le pourcentage de croissance des dépenses de l'INAMI dans le secteur ambulatoire est pratiquement égal à zéro (tableau 5). Pour l'INAMI, c'est certainement une des conséquences des mesures d'économies prises ces dernières années et dont le nombre et la portée budgétaire ont surtout été importants en 2005. Je répète que l'utilisation obligatoire de médicaments bon marché n'est entrée en vigueur que le 01.10.2005 et ne peut pas par conséquent expliquer (ou alors très partiellement) la baisse des dépenses.

Année de délivrance	Dépenses ambulatoires de l'INAMI	Pourcentage de croissance	Volume (DDD)	Pourcentage de croissance
1997	1.335.588.576	-	2.417.096.911	-
1998	1.456.218.725	9,0	2.532.558.690	4,8
1999	1.588.130.873	9,1	2.714.518.174	7,2
2000	1.680.743.430	5,8	2.826.021.833	4,1
2001	1.791.726.438	6,6	2.966.883.004	5,0
2002	1.921.587.412	7,2	3.104.092.335	4,6
2003	2.063.282.988	7,4	3.293.484.153	6,1
2004	2.212.980.062	7,3	3.523.089.276	7,0
2005	2.214.096.333	0,1	3.508.052.874	-0,4

Source : INAMI, Note CSS 2007/21 du 18.01.2007

Tableau 5

Pour l'analyse de l'année 2005, l'INAMI explique qu'il faut tenir compte de deux événements particuliers qui influencent les résultats. D'une part, de nombreux contraceptifs ne sont plus remboursés depuis le début 2005. Cet effet se fait surtout sentir dans la colonne "Volume (DDD)". Si on n'avait pas tenu compte des contraceptifs, la croissance des DDD se monterait à 4% en 2005 et celle des "dépenses INAMI" à 0,3%. D'autre part, il y a eu le retrait des coxibs en septembre

<sup>97</sup> «Les mutuelles pourront contrôler le coût des prescriptions médicales». Echo. 08.12.2006.

2005, avec une réduction des dépenses INAMI ambulatoires de 13 millions d'euros comme conséquence <sup>(98)</sup>.

Tout comme les généralistes, nos pneumologues et internistes guettent la réglementation sur le COPD et l'asthme. Les 58 pages du Moniteur belge consacrées aux inhibiteurs de la sécrétion acide gastrique n'ont même pas encore été digérées <sup>(99)</sup> – et plus aucun changement n'a été apporté à la réglementation malgré les promesses ministérielles – qu'un projet d'A.R. avec 72 pages de règles sur la prescription de médicaments pour la maladie pulmonaire obstructive chronique et l'asthme est à l'étude. Tous les médecins s'accordent à dire que cette réglementation est inapplicable. Suite aux protestations des généralistes et des spécialistes et après une discussion des hauts responsables de l'ABSyM avec les hauts dirigeants de l'INAMI et le chef de cabinet, Renaud WITMEUR, le 06.11.2006, il a été décidé de reporter la publication de cet A.R. monstrueux jusqu'à ce qu'un groupe de travail mixte de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) ait formulé des alternatives <sup>(100)</sup>.

Karim IBOURKI, le porte-parole du ministre DEMOTTE, a démontré à quel point le ministre est éloigné de la réalité. Dans "Le Soir" et "Le Journal du Médecin", il a déclaré sur un ton méprisant à propos de la manifestation contre la folie administrative que les médecins avaient protesté contre eux-mêmes. Pour le sympathique collaborateur de cabinet, un diplôme est un diplôme. Que vous soyez médecin-pharmacologue universitaire ou généraliste de terrain ou pneumologue de terrain, tout revient au même. Mais c'est bien là que ça coince. Les véritables médecins ayant une pratique médicale sont en forte minorité au sein de la Commission de remboursement des médicaments. Sur les 22 membres ayant droit de vote, seuls quatre sont des médecins proposés par les organisations représentatives de médecins. Les autres sont des universitaires (7), des représentants des mutuelles (8) et des pharmaciens proposés par leur association professionnelle (3) <sup>(101)</sup>.

Les 2 sièges attribués à l'ABSyM sont systématiquement occupés par les membres effectifs, les Drs Richard MARTENS (généraliste) et Jacques DEBOIS (dermatologue). Leurs suppléants sont les Drs Jean-Paul LEONARD (médecine nucléaire) et Roland LEMYE (généraliste). Le Cartel qui avait également obtenu 2 sièges durant la période 2002-2006 n'a présenté qu'un seul candidat et celui-ci ne s'est jamais montré dans cette commission qui est pourtant cruciale pour les patients et les médecins !

Dans quelle mesure une telle organisation est-elle représentative? La défense du Cartel consistant à dire qu'ils ne sont pas payés pour ce travail est à côté de la question car, hormis un jeton de présence très modeste de 10,2 euros pour une

---

<sup>98</sup> «Mesures budgétaires dans le secteur du médicament 2004-2006 : évaluation de la réalisation des prévisions d'économies». INAMI Note CSS 2007/21 du 18.01.2007.

<sup>99</sup> A.R. du 15.06.2005 modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques (M.B. du 20.06.2005, éd. 3).

<sup>100</sup> «Recommandations pour l'asthme et la BPCO : Demotte temporeuse». Le Journal du Médecin. N° 1795. 24.11.2006.

<sup>101</sup> Article 122 nonies § 1 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

présence de 4 à 5 heures, les mandataires de l'ABSyM ne perçoivent pas non plus de rétribution pour les très nombreuses heures que chaque réunion nécessite en préparation. Les propos de IBOURKI ont provoqué beaucoup de colère <sup>(102)</sup>. Le représentant du MR et généraliste Daniël BACQUELAINE a interpellé le ministre DEMOTTE à ce propos à la Chambre <sup>(103)</sup>.

### III.6. Euthanasie

La loi relative à l'euthanasie <sup>(104)</sup> reste très controversée, même en 2006. Les limites sont continuellement repoussées. Bien que l'aide au suicide ne soit pas prévue dans la loi, le généraliste gantois Marc COSYNS, rattaché à la section médecine générale et soins primaires du Prof. Jan DE MAESENEER à l'Université de Gand, aide une femme âgée démente par moments à boire une mixture mortelle <sup>(105)</sup>. Dans la mesure où cette femme était dans l'incapacité "relative" de manifester sa volonté, la loi sur l'euthanasie n'était pas applicable dans son cas <sup>(106)</sup>. Il n'est inquiété ni par le parquet de Gand ni par le Conseil provincial de l'Ordre des médecins.

Préalablement à l'acquittement d'une infirmière qui avait laissé mourir sa tante très gravement malade à l'hôpital <sup>(107)</sup>, le Prof. Wim DISTELMANS avait déclaré mal à propos dans les médias : (trad.) "Si ce procès ne se termine pas par un acquittement, tous les infirmiers vont se dégonfler et ne voudront plus apporter leur concours à une lutte efficace contre la douleur." Ces propos lui ont été reprochés à juste titre (notamment) par les infirmiers en soins palliatifs <sup>(108)</sup>. L'arrêt "Els OP DE WEERDT" n'avait rien à voir en soi avec l'euthanasie. Elle a été acquittée d'un meurtre avec préméditation. Cependant, une meute de pseudo-experts ont exploité cette affaire pour réclamer une plus grande souplesse et une extension de la loi relative à l'euthanasie. DISTELMANS, auteur d'un ouvrage qui vaut la peine d'être lu sur la médecine palliative et mourir dignement <sup>(109)</sup>, ancien président de la *Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen* et actuel président de la Commission fédérale de l'euthanasie, aurait mieux fait de se taire dans le cas présent et de s'efforcer avec (encore) plus d'opiniâtreté de trouver des moyens financiers supplémentaires pour les soins palliatifs. L'injection vitale de 20 millions d'euros n'a pas eu lieu en 2006 <sup>(110)</sup>.

Au sein des partis politiques, également dans la majorité, les avis restent partagés en ce qui concerne l'extension de la loi sur l'euthanasie aux personnes dans l'incapacité de manifester leur volonté, en d'autres termes aux jeunes enfants et aux personnes démentes. La sénatrice VLD Jeanine LEDUC, défenseuse passionnée de

---

<sup>102</sup> «Artsen betoogden tegen zichzelf». Artsenkrant. N° 1801. 15.12.2006.

<sup>103</sup> Chambre des Représentants de Belgique; Compte rendu intégral; séance plénière jeudi 07.12.2006 après-midi; CRIV PLEN 248 page 30.

<sup>104</sup> Loi du 28.05.2002 relative à l'euthanasie (M.B. du 12.06.2002).

<sup>105</sup> "Bon voyage Suske". De Huisarts. N° 770. 09.02.2006.

<sup>106</sup> "Over de complexiteit van euthanasie bij patiënten met dementie". De Huisarts. N° 770. 09.02.2006.

<sup>107</sup> "Vrijspraak met applaus. Vrijgesproken voor dood door vergiftiging op haar tante". De Standaard. 14.02.2006.

<sup>108</sup> Courrier des lecteurs de Els Pauwels, infirmière en chef au Centrum Palliatieve Zorg St. Camillus, A.Z. St-Augustinus, Wilrijk. De Standaard. 13.02.2006.

<sup>109</sup> "Een Waardig Levenseinde". Wim Distelmans. Houtekiet. Antwerpen 2005.

<sup>110</sup> "Rudy Demotte : 'Je ne peux pas vous promettre 20 millions'". La Libre Belgique. 22.03.2006.

l'euthanasie, a été extrêmement déçue par l'approche, à ses yeux, minimaliste de la sénatrice libérale francophone Christine DEFRAIGNE car celle-ci n'entend inclure dans la loi que l'aide au suicide. A l'instar de beaucoup, et manifestement pas seulement des médecins, DEFRAIGNE craint que l'inclusion des déments ne soit la porte ouverte à l' "euthanasie économique". (trad.) "Celle-ci peut être utilisée pour faire de la place dans les maisons de repos", a-t-elle déclaré lors d'une conférence de presse le 16.02.2006 (<sup>111</sup>).

La sénatrice SP.A. Christel GEERTS souhaite par contre élargir la loi aux personnes démentes (<sup>112</sup>). Elle est licenciée en sciences biomédicales (VUB), docteur en gérontologie (VUB) et présidente du groupe de travail "Vieillesse de la population" du Sénat. Il n'est pas possible de déduire de son CV si elle a une expérience de pratique (<sup>113</sup>). Elle déclare savoir que la démence affecterait un demi-million de personnes (<sup>114</sup>). Il est dès lors parfaitement compréhensible que la sénatrice DEFRAIGNE fasse preuve de réticence en la matière.

Je n'ai pas lu de communiqué comme quoi le congrès idéologique du SP.A. des 27-28.01.2007 aurait accordé une quelconque priorité aux propositions de loi du SP.A sur l'euthanasie (<sup>115</sup>). Il serait également très délicat de réclamer la réalisation de ces propositions si le SP.A insiste dans le cadre du même congrès pour la finabilité des soins pour tous. Une situation fictive comme "Soylent Green", où les personnages d'un film de science fiction de 1973 étaient euthanasiés à grande échelle pour échapper à un monde inhumain ne constitue pas encore une solution pour l'instant (<sup>116</sup>). Encore 15 ans de lobby politique avant de convaincre Monsieur Tout-le-monde de la rationalité économique d'une telle mesure?

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a confirmé son code de déontologie médicale à la loi sur l'euthanasie le 18.03.2006. Les modifications apportées au chapitre IX "Vie finissante" (articles 95 à 98) ont valu plusieurs reproches amers à l'Ordre, notamment de la part du Dr André WYNEN (<sup>117</sup>).

Une enquête réalisée parmi les généralistes nous apprend que 49,9 % sont contre la possibilité d'une extension de la loi sur l'euthanasie aux personnes démentes et 32,1 % y sont favorables. 49,4% sont opposés à une extension de la loi qui permettrait d'euthanasier aussi légalement des mineurs tandis que 30,9% des généralistes interrogés approuvent une telle extension (<sup>118</sup>). Cette enquête révèle de manière surprenante que le généraliste plus âgé rejette davantage l'extension et que celle-ci pose moins de problèmes aux jeunes.

---

<sup>111</sup> "MR stelt minimale aanpassing euthanasiewet voor". De Standaard. 17.02.2006.

<sup>112</sup> "SP.A. mag euthanasie niet opbergen". De Standaard. 20.03.2006.

<sup>113</sup> <http://www.senate.be>; qui est qui?; sénateurs.

<sup>114</sup> "Dementie moet dringend op de politieke agenda". De Standaard. 20.03.2006.

<sup>115</sup> "De SP.A. is ook voorstander van de uitbreiding van de euthanasiewet naar minderjarigen. Op ondraaglijk lijden staat geen leeftijd". De Standaard. 05.04.2006.

<sup>116</sup> "Aujourd'hui, des économies sans fin, et demain, Soylent Green?". Rapport annuel 2005 du GBS. Dr Marc Moens. 04.02.2006. Chapitre III. 6.

<sup>117</sup> "Vie finissante : l'Ordre modifie son code de déontologie". Réaction du Dr Wynen. Le Journal du Médecin. N° 1745. 31.03.2006.

<sup>118</sup> "Huisartsen wijzen uitbreiding euthanasiewet af". De Huisarts. N° 798. 21.09.2006.

Il n'a pas été demandé aux spécialistes qu'elle est leur position. Lors de sa réunion du 02.03.2006, le comité directeur du GBS a décidé de diffuser un communiqué de presse contre l'extension de la loi sur l'euthanasie. Le contenu du communiqué a été discuté en profondeur dans le cadre du comité exécutif du GBS et le communiqué a finalement été diffusé le 19.04.2006. Il n'y a pas eu la moindre réaction des médias. Même pas dans *De Standaard* où Guy TEGENBOS s'était encore demandé peu de temps auparavant pour quelle raison les universitaires jouaient un rôle de premier plan dans le débat sur l'euthanasie (<sup>119</sup>) et pourquoi il n'y avait pas d'autres porte-parole.

Après que différents évêques belges ont tenu à Pâques des homélies aux allures de fervent plaidoyer pour (la culture de) la vie et contre l'extension de la loi sur l'euthanasie (<sup>120</sup>), il a semblé que la virulence de la discussion sur l'euthanasie était également partie à Rome avec les cloches de Pâques (<sup>121</sup>). Avec pour couronner le tout l'évêque namurois André-Mutien LEONARD qui a déclaré "Nous ne devons pas obéir à cette loi" en glissant également une insinuation à propos de la législation nazie et du procès de Nuremberg, ce qu'il a nié après coup.

Pour rendre service à ses fidèles abonnés, Test-Achats a réalisé une étude de marché sur l'euthanasie. Ce que la majorité soupçonnait déjà depuis longtemps a maintenant été publié noir sur blanc comme suggestion : l'euthanasie n'est pas un phénomène flamand mais les médecins francophones déclarent peu de cas d'euthanasie. Depuis que la loi sur l'euthanasie est entrée en vigueur, 80% des 742 cas qui ont été introduits auprès de la commission de l'euthanasie ont été signalés par des médecins flamands (<sup>122</sup>).

#### IV. LES ÉLECTIONS MÉDICALES

La législation ne permet pas que le GBS se porte candidat aux élections médicales qui ont lieu tous les quatre ans. Le GBS n'est pas considéré comme représentatif par la loi car, de par ses statuts, il n'a pas pour objet la défense à la fois des généralistes et des spécialistes mais, comme notre dénomination l'indique, uniquement des spécialistes. Philosophier sur le fait que les généralistes sont entre-temps également devenus des spécialistes est un passe-temps sympathique mais ne fait rien pour combler le fossé qui est manifestement encore beaucoup trop profond entre les généralistes et les spécialistes. Le GBS devrait alors se fixer une mission en termes de contenu identique à celle de l'ABSyM aujourd'hui. Peut-être que je pourrai alors remplacer mes deux casquettes (de secrétaire général du GBS et de président de l'ABSyM) par un solide casque avec ou sans la pointe du casque prussien : défenseur de médecins.

La date des élections avait déjà été reportée à deux reprises par le ministre DEMOTTE : cela a d'abord été mars 2006, ensuite juin 2006 et cela a finalement été la période du 4 au 18 septembre 2006.

---

<sup>119</sup> "Teleurstelling voedt aandacht voor euthanasieregeling". De Standaard. 10.02.2006.

<sup>120</sup> "Belgische bisschoppen nemen euthanasiewet onder vuur". De Morgen. 18.04.2006.

<sup>121</sup> Pâques est tombé le 16 avril en 2006.

<sup>122</sup> "Niet minder euthanasie in Franstalig België". De Standaard. 29.01.2007.



Pour un groupe important de médecins, cette période tombe encore durant leurs vacances car ils ont laissé leurs jeunes confrères ayant des enfants en âge scolaire prendre leurs congés en juillet et en août. C'est donc précisément ce groupe de médecins un peu plus âgés qui souhaitent très certainement participer aux élections qui ont eu des difficultés voire ont été dans l'impossibilité de voter.

Aucun homme politique n'irait imaginer d'organiser des élections le premier dimanche de septembre. Le ministre DEMOTTE a pourtant trouvé que c'était la date idéale pour les élections médicales.

Du fait du report, le Cartel de l'ASGB et du GBO (<sup>123</sup>) a eu le temps d'atteindre son seuil électoral de 1500 membres. Le fait que l'aile francophone du Cartel ait dû, pour ce faire, englober l'Unio Homeopathica Belgica – alors que l'ASGB flamande refusait les homéopathes – au moment où le Cartel rejetait les “alterneutes” de l'arrêté ministériel sur la reconnaissance des généralistes, constitue un magnifique exemple de l'opportunisme politique belge (cf. Point III.4.).

Le GBS et l'ABSyM s'accordent bien sur le plan idéologique. Depuis 1999, un accord de collaboration a été conclu en ce qui concerne les nominations dans les commissions d'agrément et dans le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, et il a également été décidé en juin 2006 d'organiser une fonction de go-between entre les deux organisations. L'éditorial du président du GBS, le Dr Jean-Luc DEMEERE, a appelé – au terme d'une analyse objective – à opter pour un groupe partageant nos opinions, à savoir l'ABSyM (<sup>124</sup>).

La participation aux élections médicales 2006 est en recul. En juin 1998, 70,7% avaient pris part aux élections et, en juin 2002, ils étaient encore 56,3% des médecins. En 2006, ils n'étaient plus que 46,4 % (cf. tableau 6). Ce phénomène est constaté partout où les élections ne sont pas obligatoires.

ELECTIONS MEDICALES : PARTICIPATION									
	1998			2002			2006		
	Envoyés	Reçus		Envoyés	Reçus		Envoyés	Reçus	
		Abs.	%		Abs.	%		Abs.	%
Généralistes	16.919	11.755	69,5	17.872	10.341	57,9	17.832	8.031	45,03
Spécialistes	20.464	14.659	71,6	22.218	12.241	55,1	24.038	11.398	47,42
Total	37.383	26.414	70,7	40.090	22.582	56,3	41.870	19.429	46,40

Tableau 6

A titre de comparaison, citons plusieurs autres scrutins où la participation n'est pas obligatoire. En France, la participation aux élections européennes de 2004 a été de 45,8%. En Suisse, la participation aux élections tourne autour de 42% depuis des décennies.

Malgré l'obligation de vote, la participation moyenne aux élections en Belgique reste limitée à environ 90% dont 5,3% de voix non valables.

<sup>123</sup> Le Cartel/Kartel se compose de l'Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (flamand et généralistes-spécialistes mélangés) et le GBO (Groupement Belge des omnipraticiens, francophone et uniquement des généralistes).

<sup>124</sup> “Engagez-vous pour la défense de votre profession. Votez !” Le Médecin Spécialiste. N° 5. août 2006.

Lorsque les mutuelles belges organisent des élections pour les membres de leur assemblée générale, il n'y a guère d'arrondissements où il est vraiment nécessaire de procéder à des élections car le nombre de mandats est inférieur ou égal au nombre de postes à pourvoir. En résumé, la participation à un scrutin non obligatoire conduit toujours et partout à un taux de participation inférieur. En outre, la tâche des médecins belges n'a pas été facilitée avec le système des envois par recommandé.

Le Syndicaat van Vlaamse Huisartsen a appelé au boycott – en signe de mécontentement suite au refus des autorités de lui permettre de participer aux élections comme un syndicat de généralistes distinct. Je l'ai déploré en ma qualité de président de l'ABSyM. En tant que secrétaire général du GBS, une organisation qui se trouvait dans la même situation, j'ai qualifié cette attitude de déraisonnable. En termes d'idéologie en matière d'organisation des soins de santé, le S.V.H. est en effet beaucoup plus proche de l'ABSyM que de l'ASGB, mais il reste récalcitrant à une collaboration avec les spécialistes.

Il est difficile d'établir si le boycott a eu ou non une influence car l'INAMI ne donne pas de résultats par région pour les élections.

La presse a en tout cas constaté que l'accord avait été accepté très clairement (<sup>125</sup>, <sup>126</sup>).

La participation des généralistes en 2006 est comparable à celle des spécialistes (cf. tableau 4) et, tout comme en 1998, elle s'est située  $\pm$  2% en dessous de celle des spécialistes.

Malgré un léger recul dans les chiffres absolus chez les spécialistes, l'ABSyM conserve ses 5 sièges sur 6 au sein de la Commission nationale médico-mutualiste chez les spécialistes et gagne un siège de plus chez les généralistes, de sorte que le rapport y est maintenant de 3 sur 6. Au total, l'ABSyM conforte sa position majoritaire dans la Commission nationale médico-mutualiste en passant de 7 à 8 des 12 sièges à répartir. Dans ces circonstances, la collaboration GBS-ABSyM ne peut qu'être encouragée plus encore.

Le tableau 7 donne, depuis la première élection, les chiffres absolus et les pourcentages des résultats pour tous les médecins. Le tableau 8 fait de même pour les médecins généralistes (parmi lesquels les généralistes 003 et 004) et le tableau 9 pareillement pour les spécialistes.

#### ELECTIONS MEDICALES : RESULTATS

	1998		2002		2006	
	absolu	%	absolu	%	absolu	%
TOUS LES MEDECINS						
ABSyM	17.737	67,15	13.568	60,08	12.939	66,60
CARTEL	8.381	31,73	8.336	36,91	5.713	29,40
Blancs	182	0,69	208	0,92	424	2,18
Non valables	114	0,43	470	2,09	353	1,82
TOTAL GENERAL	26.414	100,00	22.582	100,00	19.429	100,00

Tableau 7

<sup>125</sup> "Vlaamse huisartsen aanvaarden akkoord massaal". De Huisarts. N° 774. 09.03.2006.

<sup>126</sup> "Les médecins adoubent l'accord 'médico-mut'". Echo. 07.03.2006.

### ELECTIONS MEDICALES : RESULTATS

	1998		2002		2006	
	absolu	%	absolu	%	absolu	%
Médecins généralistes						
ABSyM	4.665	39,69	2.908	28,12	3.224	40,14
CARTEL	6.937	59,01	7.148	69,12	4.255	52,98
Blancs	90	0,77	81	0,79	246	3,06
Non valables	63	0,53	204	1,97	306	3,82
TOTAL GENERAL	11.755	100,00	10.341	100,00	8.031	100,00

Tableau 8

### ELECTIONS MEDICALES : RESULTATS

	1998		2002		2006	
	absolu	%	absolu	%	absolu	%
Médecins spécialistes						
ABSyM	13.072	89,17	10.660	87,08	9.715	85,23
CARTEL	1.444	9,85	1.188	9,71	1.458	12,79
Blancs	92	0,63	127	1,04	178	1,56
Non valables	51	0,35	266	2,17	47	0,42
TOTAL GENERAL	14.659	100,00	12.241	100,00	11.398	100,00

Tableau 9

Pour finir, le tableau 10 montre la conséquence au niveau de la répartition des sièges au sein de la Commission médico-mutualiste qui est le symbole dans les médias de l'impact des médecins sur la politique. J'explique dans le chapitre suivant que ce constat doit être relativisé.

#### Elections médicales : Répartition des 12 sièges dans la Commission nationale médico-mutualiste

Année	Généralistes		Spécialistes		Total	
	ABSyM	Cartel	ABSyM	Cartel	ABSyM	Cartel
1998	2	4	5	1	7	5
2002	2	4	5	1	7	5
2006	3	3	5	1	8	4

Tableau 10

## V. L'ACCORD MÉDICO-MUTUALISTE

### V.1. L'accord du 20.12.2005 est accepté partout malgré le nouvel appel au boycott du SVH

Lors de la précédente assemblée générale du GBS du 04.02.2006, le délai de 30 jours pendant lequel les médecins avaient la possibilité de dénoncer l'accord médico-mutualiste courait toujours (<sup>127</sup>). Le S.V.H. a appelé, un peu plus prudemment qu'en

<sup>127</sup> L'accord médico-mutualiste du 20.12.2005 a été publié au Moniteur belge le 23.01.2006 et a été envoyé à tous les médecins par l'INAMI par courrier le 27.01.2006.

2003, les cercles de généralistes flamands à une concertation pour un éventuel déconventionnement (<sup>128</sup>).

L'accord 2006-2007 a été adopté sans problème dans tous les arrondissements. Comme l'accord du 15.12.2003 avait été rejeté, dans l'arrondissement de Dixmude, par 47% des généralistes (31 sur 66) et par 28,6% des spécialistes (6 sur 21), soit au total par 42,5% des médecins (37 sur 87), l'accord n'avait pas été applicable pendant un certain nombre de mois.

L'accord 2005 a été rejeté à Dixmude par 33 des 92 médecins qui y sont domiciliés (35,87%) et est donc également entré en vigueur dans cet arrondissement.

Un aperçu de l'évolution du refus en pourcentage des accords médico-mutualistes depuis 1990 est donné dans le tableau 11. Abstraction faite de l'année 1992 où le ministre Philippe MOUREAUX avait soumis aux médecins son propre "document" (comme alternative à l'accord médico-mutualiste) (<sup>129</sup>) qui avait été rejeté massivement, le pourcentage moyen des refus des neuf dernières conventions se monte à 14,5% chez les médecins généralistes, à 17,8% chez les spécialistes et à 16,2% pour tous les médecins confondus.

Les taux de déconventionnement 2005 sont très proches de ces moyennes, à savoir presque 1% de moins chez les médecins généralistes (13,55 contre 14,5%), 0,55% de plus chez les spécialistes (18,35 contre 17,8%) et 0,1% de plus pour tous les médecins confondus (16,3 contre 16,2%).

#### % de refus des accords médico-mutualistes depuis 1990

	2005	2003	2002	2000	1998	1997	1995	1993	1992	1990
<b>MEDECINS GENERALISTES + SPECIALISTES</b>										
Anvers	16,64	17,11	15,01	11,62	12,54	12,57	13,00	15,07	44,35	10,38
Brabant flamand	16,38	17,17	15,35	13,46	12,85	12,50	12,25	14,61	41,85	8,42
Flandre occid.	12,36	12,79	11,97	6,40	7,26	6,92	7,25	8,99	57,72	4,20
Flandre orient.	15,93	16,23	14,42	11,68	12,18	12,11	11,84	15,46	56,57	8,07
Limbourg	10,81	11,82	10,41	7,70	7,91	7,26	8,06	11,79	48,33	4,85
<i>Flandre</i>	<i>15,06</i>	<i>15,63</i>	<i>13,95</i>	<i>10,78</i>	<i>11,13</i>	<i>10,92</i>	<i>11,05</i>	<i>13,65</i>	<i>49,10</i>	<i>7,75</i>
<i>Bruxelles</i>	<i>21,29</i>	<i>22,22</i>	<i>24,33</i>	<i>24,39</i>	<i>26,73</i>	<i>25,61</i>	<i>26,70</i>	<i>29,19</i>	<i>52,89</i>	<i>21,49</i>
Brabant wallon	20,94	22,19	24,09	20,87	21,76	20,89	21,99	23,26	58,00	16,31
Hainaut	12,67	13,76	18,59	13,01	15,42	14,57	15,99	19,07	53,93	10,53
Liège	18,38	20,30	24,72	18,91	21,89	21,10	23,32	27,61	55,36	19,52
Luxembourg	21,88	21,63	25,55	22,13	24,50	25,76	29,00	28,66	51,83	17,85
Namur	9,29	10,40	12,75	11,15	11,93	12,36	13,33	16,34	49,90	12,59
<i>Wallonie</i>	<i>16,08</i>	<i>17,37</i>	<i>21,18</i>	<i>16,57</i>	<i>18,68</i>	<i>18,13</i>	<i>19,81</i>	<i>22,78</i>	<i>54,37</i>	<i>15,07</i>
<b>Belgique</b>	<b>16,30</b>	<b>17,19</b>	<b>17,91</b>	<b>14,77</b>	<b>16,02</b>	<b>15,60</b>	<b>16,50</b>	<b>19,28</b>	<b>51,50</b>	<b>12,58</b>

<sup>128</sup> "Telling geconventioneerde artsen vervalst?" Artsenkrant. N° 1719. 31.01.2006.

<sup>129</sup> Loi S.S.I. article 51 §1, 2°.

MEDECINS GENERALISTES										
Anvers	13,77	15,98	11,18	5,34	7,39	7,00	8,53	9,85	33,06	5,61
Brabant flamand	12,63	15,97	10,13	9,51	10,21	9,99	10,30	11,96	25,42	5,21
Flandre occid.	6,76	10,48	4,92	3,91	4,55	4,52	5,17	6,37	41,53	2,79
Flandre orient.	8,23	10,09	4,68	3,84	4,73	4,50	4,92	7,95	42,58	3,42
Limbourg	2,85	5,56	2,23	1,60	3,38	2,86	4,42	7,19	27,02	3,09
<i>Flandre</i>	<i>9,70</i>	<i>12,40</i>	<i>7,32</i>	<i>5,19</i>	<i>6,37</i>	<i>6,10</i>	<i>9,14</i>	<i>8,90</i>	<i>34,38</i>	<i>4,25</i>
<i>Bruxelles</i>	<i>23,11</i>	<i>23,47</i>	<i>26,18</i>	<i>25,39</i>	<i>30,49</i>	<i>29,46</i>	<i>32,43</i>	<i>36,39</i>	<i>42,89</i>	<i>19,82</i>
Brabant wallon	20,50	21,70	25,91	21,24	26,61	25,10	28,65	28,93	43,40	15,54
Hainaut	17,80	18,90	27,41	17,98	22,12	21,92	24,21	27,60	42,97	11,79
Liège	14,16	18,66	25,73	15,47	19,68	19,63	22,56	25,10	42,41	14,46
Luxembourg	24,02	24,77	28,57	23,27	27,86	30,47	34,83	29,92	35,44	17,75
Namur	8,62	10,61	13,91	9,37	11,66	12,28	13,97	16,99	32,12	12,68
<i>Wallonie</i>	<i>16,02</i>	<i>18,37</i>	<i>24,72</i>	<i>16,73</i>	<i>20,74</i>	<i>20,75</i>	<i>23,52</i>	<i>25,56</i>	<i>40,84</i>	<i>13,64</i>
<b>Belgique</b>	<b>13,55</b>	<b>15,91</b>	<b>15,78</b>	<b>11,85</b>	<b>14,50</b>	<b>14,29</b>	<b>16,18</b>	<b>18,42</b>	<b>37,80</b>	<b>9,78</b>

SPECIALISTES										
Anvers	18,95	18,07	18,25	16,96	17,07	17,52	16,99	19,98	55,17	17,51
Brabant flamand	18,68	17,92	18,58	16,12	14,65	14,31	13,61	16,50	53,82	12,75
Flandre occid.	17,12	14,80	18,39	8,80	9,95	9,34	9,35	11,72	75,31	6,36
Flandre orient.	21,67	20,99	22,19	18,16	18,51	18,73	17,94	22,72	70,53	15,15
Limbourg	18,56	18,13	18,92	14,35	13,05	12,24	12,24	17,49	74,97	7,91
<i>Flandre</i>	<i>19,16</i>	<i>18,17</i>	<i>19,30</i>	<i>15,49</i>	<i>15,24</i>	<i>15,15</i>	<i>14,64</i>	<i>18,06</i>	<i>63,12</i>	<i>12,97</i>
<i>Bruxelles</i>	<i>20,21</i>	<i>21,44</i>	<i>23,13</i>	<i>23,73</i>	<i>24,30</i>	<i>23,08</i>	<i>23,11</i>	<i>24,76</i>	<i>59,29</i>	<i>23,28</i>
Brabant wallon	21,19	22,47	23,04	20,64	18,79	18,26	17,79	19,57	67,45	17,06
Hainaut	8,13	9,09	10,51	8,30	9,02	7,54	8,15	10,57	65,30	8,83
Liège	21,53	21,58	23,93	21,79	23,80	22,37	23,99	29,84	67,23	26,22
Luxembourg	19,48	17,96	22,02	20,77	20,18	19,75	20,96	26,94	74,34	18,02
Namur	9,92	10,21	11,63	12,56	12,20	12,44	12,68	15,58	70,00	12,45
<i>Wallonie</i>	<i>16,12</i>	<i>16,56</i>	<i>18,25</i>	<i>16,44</i>	<i>16,86</i>	<i>15,79</i>	<i>16,48</i>	<i>20,18</i>	<i>67,30</i>	<i>16,95</i>
<b>Belgique</b>	<b>18,35</b>	<b>18,19</b>	<b>19,59</b>	<b>17,16</b>	<b>17,29</b>	<b>16,71</b>	<b>16,77</b>	<b>20,03</b>	<b>63,73</b>	<b>16,35</b>

Tableau 11

Source : INAMI (ventilation par région à partir de 2002) + calculs M. MOENS.

Les chiffres absolus des médecins dénonçant l'accord lors des trois dernières conventions sont reproduits dans le tableau 12.

Nombre de refus des accords des 20.12.2005, 15.12.2003 et 19.12.2002 et nombre total des médecins\*

	2005		2003		2002	
	Total	Refus	Total	Refus	Total	Refus

MEDECINS GENERALISTES + SPECIALISTES						
Flandre	22.077	3.325	21.451	3.352	21.029	2.933
Bruxelles	6.091	1.297	6.206	1.379	6.121	1.489
Wallonie	13.834	2.224	13.689	2.378	13.497	2.859
Belgique	42.002	6.846	41.346	7.109	40.647	7.281

MEDECINS GENERALISTES						
Flandre	9.567	928	9.454	1.172	9.403	689
Bruxelles	2.267	524	2.377	558	2.395	627
Wallonie	6.113	979	6.169	1.133	6.107	1.510
Belgique	17.947	2.431	18.000	2.863	17.905	2.826

SPECIALISTES						
Flandre	12.510	2.397	11.997	2.180	11.626	2.244
Bruxelles	3.824	773	3.829	821	3.726	862
Wallonie	7.721	1.245	7.520	1.245	7.390	1.349
Belgique	24.055	4.415	23.346	4.246	22.742	4.455

Tableau 12

Source : INAMI, Doc. CNSS 2006/3

\* A la date de la comptabilisation du nombre de refus, c'est-à-dire  $\pm$  35 jours après la publication de l'accord au Moniteur belge.

Le tableau 13 donne l'évolution du pourcentage des déconventionnements suivant la discipline spécialisée. Elles sont classées par ordre croissant de pourcentage de refus de l'accord du 20.12.2005. On observe peu de changements dans le classement au fil des années pour lesquelles nous avons pu obtenir des données de l'INAMI (de 1993 à 2006).

Le top 5 des médecins les plus conventionnés se compose toujours des médecins spécialistes en formation (MACS) (en moyenne 0,55% pour les huit conventions prises en considération), des biologistes cliniques (en moyenne 1,98%), des spécialistes en médecine nucléaire (en moyenne 4,49%), des radiothérapeutes (en moyenne 4,62%) et des anatomo-pathologistes à saute-mouton avec les neurologues (en moyenne respectivement 5,26% et 5,22%).

Le "top 3" des spécialités les plus déconventionnées est constitué invariablement des chirurgiens plastiques (en moyenne 61,69%), des dermatologues (en moyenne 62,1%) et des ophtalmologues (en moyenne 52,67%).

1993-2005 EVOLUTION DES DECONVENTIONNEMENTS EN % PAR DISCIPLINE*												
	20.12.2005	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993	Moyenne			
1 Mé. Spécialistes en formation (MSF)	0,27	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48	0,55			
2 Biologie clinique	2,39	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	1,98			
3 Médecine nucléaire	4,06	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,49			
4 Radiothérapie	4,09	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,62			
5 Anatomie pathologique	4,39	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,26			
6 Neurologie	5,12	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	5,22			
7 Pneumologie	5,64	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,47			
8 Médecine interne	6,98	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	8,51			
9 Pédiatrie	9,76	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	13,45			
10 Neuropsychiatrie	12,13	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	16,13			
11 Psychiatrie	13,23	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,96			
12 Généralistes	13,55	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	15,06			
13 Gastro-entérologie	14,97	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	13,98			
14 Anesthésiologie	15,72	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	15,21			
15 Chirurgie	18,08	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	17,58			
16 Rhumatologie	19,61	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	19,39			
17 Méd. physique et Physiothérapie	19,69	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	19,86			
18 Cardiologie	21,09	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,28			
19 Neurochirurgie	21,89	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	22,70			
20 Orthopédie	26,69	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	24,28			
21 O.R.L.	27,61	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	27,68			
22 Urologie	27,87	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	25,50			
23 Radiologie	31,69	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	19,14			
24 Stomatologie	33,44	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	35,97			
25 Gynécologie-obstétrique	41,62	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	42,80			
26 Ophtalmologie	53,38	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	52,67			
27 Dermatologie-vénérologie	61,19	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	62,10			
28 Chirurgie plastique	64,02	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52	61,69			
Total: spécialistes + MSF	18,35	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	17,84			
TOTAL GENERAL	16,30	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,62			

Source: INAMI; groupeage Dr M. MOENS

\* A la date du calcul du nombre de refus, c.à.d. 35 jours après la publication de l'accord au Moniteur Belge

Tableau 13

Le tableau 14 montre, pour les accords des 20.12.2005 et 15.12.2003 et par spécialité, quel était le pourcentage de refus (% de déconventionnement), combien de spécialistes se sont conventionnés partiellement et enfin combien de médecins étaient totalement conventionnés. Notons que cette comptabilisation a toujours lieu à une date postérieure à la date de la comptabilisation de l'accord telle qu'elle est prévue dans la loi. Ceci explique les légers écarts entre les tableaux 11 et 12 car le système est un perpetuum mobile, où des médecins nouvellement agréés viennent s'ajouter continuellement et où des médecins pensionnés ou décédés disparaissent des chiffres.

Accords des 20.12.2005 et 15.12.2003 : déconventionnement, conventionnement partiel et total (\*)

	Nombre		% de déconventionnement		% de conventionnement partiel		% de conventionnement total	
	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003
MACS	3.553	3.996	0,08	0,43	0,06	0,00	99,86	99,57
Biologie clinique	709	708	2,68	2,12	0,28	0,56	97,04	97,32
Médecine nucléaire	321	318	4,36	4,09	6,54	7,23	89,10	88,68
Radiothérapie	180	158	3,89	5,70	7,22	7,59	88,89	86,71
Anatomie pathologique	309	279	4,85	4,30	7,12	6,45	88,03	89,25
Neurologie	270	208	4,81	6,73	12,96	10,58	82,23	82,69
Pneumologie	407	347	5,16	6,34	8,11	7,49	86,73	86,17
Médecine interne	2.110	2.033	6,92	8,17	5,78	6,15	87,30	85,68
Pédiatrie	1.485	1.367	9,70	11,70	8,01	7,10	82,29	81,20
Neuropsychiatrie	459	1.324	12,85	16,77	8,71	10,73	78,43	72,50
Psychiatrie	1.629	665	13,20	9,62	9,82	7,67	76,98	82,71
Médecins généralistes	18.081	17.728	13,59	16,21	1,21	1,07	85,20	82,72
Gastro-entérologie	499	430	14,83	14,88	14,83	14,42	70,34	70,70
Anesthésie	1.906	1.695	15,27	14,45	4,67	4,37	80,06	81,18
Chirurgie	1.526	1.469	18,28	18,65	9,57	9,46	72,15	71,89
Rhumatologie	256	250	19,53	19,20	18,75	19,20	61,72	61,60
Médecine physique	479	442	20,25	21,95	15,24	13,57	64,51	64,48
Cardiologie	919	836	21,00	23,09	12,19	11,84	66,81	65,07
Neurochirurgie	177	154	22,03	20,78	16,38	16,88	61,58	62,34
Orthopédie	962	907	26,40	26,02	22,35	21,50	51,25	52,48
ORL	625	588	27,84	26,87	20,00	19,39	52,16	53,74
Urologie	373	353	27,08	26,63	18,23	18,13	54,69	55,24
Radiologie	1.554	1.470	30,95	25,58	5,60	5,78	63,45	68,64
Stomatologie	305	302	35,08	39,40	13,77	9,60	51,15	51,00
Gynécologie-obstétrique	1.387	1.322	41,60	43,12	17,95	15,81	40,45	41,07
Ophthalmologie	1.037	993	52,84	52,97	10,03	7,85	37,13	39,17
Dermatologie	687	641	61,57	62,87	13,10	12,64	25,33	24,49
Chirurgie plastique	221	197	64,25	64,47	6,79	6,60	28,96	28,93
Total spéc. + MACS	24.345	23.452	18,43	18,23	8,77	8,08	72,80	73,69
Total général	42.426	41.180	16,36	17,36	5,55	5,07	78,09	77,57

Tableau 14

Source : INAMI; compilation Dr M. MOENS

\* A une date postérieure à la date de la comptabilisation du nombre de refus, respectivement le 12.12.2006 (pour l'accord du 20.12.2005) et le 03.06.2004 (pour l'accord du 15.12.2003).

## V.2. Budget

L'accord du 15.12.2005 prévoyait, pour 2006, un budget de 5.333,123 millions d'euros avec notamment une indexation non linéaire de 2,26% pour un montant total de 100,135 millions d'euros. Les prestataires dont les dépenses INAMI ont connu



une croissance annuelle moyenne supérieure à 7,75% durant la période 2000-2004 n'avaient pas droit à l'indexation (<sup>130</sup>). Ceci a concerné la radiothérapie, la chirurgie plastique, les prestations interventionnelles percutanées, l'ophtalmologie, les examens génétiques, la neurochirurgie et la physiothérapie. Les économies ainsi réalisées sur l'indexation se sont montées à 9,303 millions d'euros.

L'attribution de l'indexation devait à nouveau être décidée avant le 15.12.2006 suivant les mêmes critères que ceux prévus pour l'année 2006. L'indexation 2007 (calculée comme toujours de juin 2005 à juillet 2006, soit toujours une année après les faits, en opposition avec les travailleurs salariés de la santé) a été fixée à 1,65%, soit une masse de l'index de 93,668 millions d'euros.

La décision était planifiée durant la réunion du 11.12.2006, mais le Cartel a exigé une réduction de l'indexation de 0,65% (soit 36,9 millions d'euros) des prestations techniques médicales au profit des prestations "intellectuelles" qui bénéficieraient ainsi d'une indexation de 3,17% tandis que les "techniciens" devraient se contenter de 1%.

L'ABSyM a pu démonter ce scénario le 18.12.2006 en partant du principe que l'indexation est en principe un quasi-droit pour chacun et qu'il est difficilement soutenable que plusieurs secteurs perdent leur indexation deux années de suite.

Un consensus a été atteint à ce sujet entre les deux syndicats médicaux et les mutuelles dans le cadre d'une réunion préparatoire informelle tenue le 15.12.2006. Le 18.12.2006, le président du Cartel le Dr Philippe VAN DER MEEREN a "oublié" l'espace d'un instant son engagement moral pris quelque 72 heures auparavant et a refusé la proposition. A cause d'un désir de se profiler vis-à-vis de sa base (surtout le GBO qui voulait toucher les maudits spécialistes techniques), il n'a pas manqué grand-chose pour que 2007 soit une année sans accord, sans indexation (93,668 millions d'euros) et sans statut social.

Jo DE COCK, administrateur général de l'INAMI et, depuis début août 2006, président de la médico-mut à la suite de Gabriel PERL, a organisé un break afin d'expliquer au président du Cartel qu'une proposition devait obtenir une majorité des  $\frac{3}{4}$  dans le cadre d'un premier tour de scrutin et qu'une majorité ordinaire pour une même proposition était suffisante dans le cadre d'un deuxième tour de scrutin.

Le 18.12.2006, il n'y avait toutefois plus suffisamment de temps pour tenir un deuxième tour de scrutin "dans les 14 jours". Soit le Dr VANDERMEEREN ne connaissait pas les règles du jeu bien qu'il soit membre de la médico-mut depuis plus de 20 ans, soit il n'est pas très fort en mathématiques. L'ABSyM a 8 sièges sur 12 et le Cartel 4 sur 12. Si le Cartel venait à voter contre au premier tour, la proposition n'aurait qu'une majorité des  $\frac{2}{3}$  et pas des  $\frac{3}{4}$ .

Le Cartel a battu en retraite et s'est rallié, suivant l'avis d'expert du président, à la proposition qui avait déjà été acceptée à l'unanimité par les mutuelles et par l'ABSyM. Il y a ainsi finalement eu une prolongation unanime (<sup>131</sup>, <sup>132</sup>) mais cela ne s'est pas fait sans grincements de dents.

---

<sup>130</sup> Rapport annuel 2005 du GBS. Le Médecin Spécialiste 04.02.2006. Point V.2. "Le gouvernement fixe des exigences à la Médico-Mut". Tableau 14.

<sup>131</sup> "L'indexation linéaire de 1,65% adoptée à reculons par le Cartel". Journal du Médecin. N° 1803. 22.12.2006.

1,585 millions ont dû être sacrifiés pour remplir l'exigence gouvernementale d'une indexation non linéaire. Les radiothérapeutes et les chirurgiens plastiques ont perdu leur indexation pour la deuxième fois : respectivement 1,382 millions d'euros (sur une dépense estimée à 83,72 millions d'euros pour la radiothérapie pour 2006) et 0,204 million d'euros (sur une dépense estimée à 12,311 millions d'euros pour la chirurgie plastique pour 2006).

En septembre 2006, les représentants des médecins au sein du Comité de l'assurance ont manifesté leur mécontentement car seuls 42,12 millions des 293,64 millions d'euros en dessous des dépenses calculés par l'actuariat pour 2006 en comparaison avec l'objectif budgétaire 2006, ont été alloués aux honoraires médicaux. L'ABSyM trouvait logique qu'on leur octroie un pourcentage identique (30,1%) au rapport des honoraires médicaux (5.907,005 millions pour 2007) sur l'ensemble du budget de l'INAMI pour les dépenses de soins de santé (19.618,653 millions d'euros pour 2007). Cela signifie 88,387 millions d'euros au lieu des 42,12 millions d'euros de la proposition introduite par les mutualités.

Malgré les voix contre des médecins, le budget de l'INAMI a été adopté dès le premier tour de scrutin du 25.09.2006, ce qui est inhabituel ces dernières années (<sup>133</sup>, <sup>134</sup>).

Les médecins n'ont pas seulement été contrariés par leur part limitée dans le bonus mais également et surtout par le fait que le ministre en personne ait décidé de l'attribution de ce montant de 42,12 millions d'euros sans aucune concertation avec la médico-mut. La médico-mut n'a pu faire des propositions que pour 9,5 millions de ce montant : 4,5 millions d'euros pour les généralistes et 5 millions d'euros pour les spécialistes.

Lors de sa réunion du 16.10.2006, le Conseil général a à son tour encore rogné 0,946 millions d'euros de la part du bonus prévu dans la proposition du et approuvé par le Comité de l'assurance que les médecins avaient déjà jugée trop faible. Le montant supplémentaire à répartir était donc de 41,174 millions d'euros (cf. tableau 15).

---

<sup>132</sup> " Egalité (index pour tous en 2007) et fraternité (avec les intellectuels)". Le Généraliste. N° 811. 21.12.2006.

<sup>133</sup> "Artsen boos op ziekenfondsen". De Huisarts. N° 799. 28.09.2006

<sup>134</sup> "Koude douche voor artsen in Verzekeringscomité". Artsenkrant. N° 1780. 29.09.2006.

BUDGET 2007 : DECISION CONSEIL GENERAL (montants en millions d'euros)

8	Honoraires médecins	
	Médecine générale	
8,1	Postes de garde	1,000
8,2	Statut stagiaires médecine générale	2,000
8,3	Pratiques de groupe	5,000
8,4	Autres mesures (médico-mut)	4,500
	Honoraires médecins spécialistes	
8,5	Pédiatrie	7,500
8,6	Nomenclature gériatrie	5,000
8,7	Transport interhospitalier	2,500
8,8	Phacoémulsification	1,000
8,9	Douleur chronique (y compris pompe à baclofen)	2,000
	Ecrêtement index	(1,585)
8,10	Ponction intra-articulaire (limité aux rhumatologues)	0,471
8,12	Revalorisation des actes intellectuels (médico-mut)	5,000
	Projets globaux	
8,11	Trajets de soins	5,000
	Sous-total médecins	39,386
7	Mesures accessibilité	
7,1	Ticket modérateur pédopsychiatrie	1,189
7,2	Ticket modérateur soins palliatifs	0,599
	Total	41,174

Tableau 15

Source : INAMI; Note CGSS 2006/92 du 17.10.2006 et Doc. CNMM 2006/61 du 04.12.2006

Lors de sa réunion du 18.12.2006, la médico-mut a décidé de répartir les 9,5 millions comme suit : extension des honoraires de disponibilité pour les généralistes également aux jours de la semaine (6,0 millions d'euros); revalorisation de la consultation pour un patient hospitalisé à C26 (2,247 millions d'euros), rectification des examens d'électrophysiologie au profit des physiothérapeutes (0,516 millions d'euros) et revalorisation de la ponction de la moelle osseuse (0,507 millions d'euros) et de la biopsie osseuse (0,253 millions d'euros), soit une estimation totale de 9,523 millions d'euros (<sup>135</sup>) (tableau 16).

REPARTITION DES 9,5 MILLIONS D'EUROS POUR LA MEDICO-MUT (en millions d'euros)

Affectation	Montant
Disponibilité généraliste jours de semaine	6,000
Revalorisation consultation hospitalière spécialiste	2,247
Electrophysiologie pour physiothérapeutes	0,516
Revalorisation ponction de la moelle osseuse	0,507
Revalorisation biopsie osseuse	0,253
TOTAL	9,523

Tableau 16

Afin de situer toutes ces micro-interventions à un niveau supérieur, nous reproduisons l'évolution des dépenses INAMI pour les soins de santé depuis 1970 (cf. tableau 17) ainsi que l'évolution des honoraires médicaux à l'intérieur de ces dépenses INAMI durant la dernière décennie (tableau 18).

<sup>135</sup> Notes personnelles de la réunion CNMM du 18.12.2006.

## BUDGET INAMI SANTE PUBLIQUE (en millions d'euros)

	Budget global	Honoraires médicaux
1970	850,868	340,347
1980	3.341,707	1.169,621
1990	7.070,908	2.944,600
1995	9.938,190	3.349,480
2000	12.820,054	4.128,800
2005	17.332,170	5.222,720
2006*	18.454,063	5.533,120
2007**	19.618,653	5.907,005

Tableau 17

Source : INAMI

\* Objectif budgétaire

\*\*Objectif budgétaire 2007 (note CSS 2006/308 du 17.10.2006)

- En valeur nominale : 2006/1970
  - budget global x 21,7
  - budget honoraires médicaux x 15,7
- Croissance annuelle moyenne en valeur constante
  - budget global : + 4,53 %
  - budget honoraires médicaux : + 3,59 %
- En prenant comme indice de base celui de 1966, l'indice atteint 114,29 en juillet 1970 et 503,22 en juillet 2006

## EVOLUTION BUDGETS INAMI et HONORAIRES

Année	Total dépenses INAMI (en millions d'€)	Total honoraires médicaux	
		Montant (en millions d'€)	% total INAMI
1995	9.938,19	3.349,48	33,7
1996	10.957,28	3.683,10	33,6
1997	10.655,69	3.477,47	32,6
1998	11.294,04	3.707,79	32,8
1999	12.029,06	3.905,49	32,5
2000	12.820,05	4.102,33	32,0
2001	13.774,37	4.344,03	31,5
2002	14.162,56	4.291,48	30,3
2003	15.383,68	4.623,62	30,1
2004	16.771,43	5.062,60	30,2
2005	17.250,17	5.240,96	30,4
2006*	18.454,06	5.533,12	30,0

Tableau 18

\* Objectif budgétaire

Source : Rapports annuels de l'INAMI et note CSS 2006/267 du 28.08.2006 et [www.inami.be](http://www.inami.be)

Pendant les années 70 et jusqu'au début des années 90, les honoraires médicaux en Belgique ont constitué approximativement 40% du budget total de l'assurance maladie (cf. tableau 17).

A partir de 1995, cette proportion a été ramenée à  $\pm 1/3$  pour ensuite atteindre moins de 30% en 2006 (cf. tableau 18). Entre 1970 et 2006, le total des dépenses INAMI en valeur nominale a progressé d'un facteur 21,7 et les honoraires médicaux d'un facteur 15,7.

Dans le même but de situer le budget des honoraires médicaux, nous les mettons en parallèle avec l'évolution des frais administratifs des mutuelles (cf. tableau 19).

Dépenses frais administratifs mutuelles vs dépenses INAMI honoraires médicaux (en millions d'euros)

	Frais administratifs O.A.. *		Dépenses INAMI honoraires médicaux **	
	Montant	Augmentation par rapport à l'année précédente	Montant	Augmentation par rapport à l'année précédente
1986	445,628	0,00	2.426,7	0,00
1987	460,958	+ 1,17	2.644,4	+ 8,97
1988	460,958	+ 0,00	2.626,0	-0,69
1989	475,956	+ 3,25	2.800,2	+ 6,63
1990	494,002	+ 3,79	2.944,6	+ 5,15
1991	511,900	+ 3,62	3.194,1	+ 8,48
1992	528,782	+ 3,30	3.379,0	+ 5,79
1993	554,513	+ 4,86	3.298,3	-2,39
1994	571,023	+ 2,98	3.235,5	- 1,90
1995	585,574	+ 2,55	3.362,2	+ 3,92
1996	602,480	+ 2,89	3.685,1	+ 9,60
1997	624,593	+ 3,67	3.500,8	-5,00
1998	639,664	+ 2,42	3.722,0	+ 6,32
1999	647,572	+ 1,24	3.923,4	+ 5,41
2000	670,279	+ 3,51	4.128,8	+ 5,24
2001	696,878	+ 3,97	4.344,0	+ 5,21
2002	744,678	+ 6,86	4.291,5	-1,21
2003	779,678	+ 4,70	4.623,6	+ 7,74
2004	816,479	+ 4,72	5.062,6	+ 9,49
2005	846,688	+ 3,70	5.241,0	+ 3,16
2006	878,015	+3,70	5.533,1	+5,57
2007	910,940	+3,75	5.907,5°	+6,77

Tableau 19

Sources : \* Moniteur belge. Derniers montants publiés : Loi-programme I, 27.12.2006. (M.B. du 28.12.2006)

\*\* Rapports annuels INAMI

° Objectif budgétaire

Le tableau 20 montre dans les grandes lignes l'évolution du pourcentage des frais administratifs des mutuelles par rapport au total des dépenses INAMI pour les soins de santé.

% frais administratifs O.A. vs budget global INAMI soins de santé

	Budget INAMI (en millions d'euros) (1)	Frais administratifs O.A. (en millions d'euros) (2)	% (2) de (1)
1990	7.070,908	494,002	6,99
1995	9.938,190	585,574	5,89
2000	12.820,054	670,279	5,22
2005	17.250,195	846,688	4,91
2006	18.454,063	878,015	4,76
2007	19.618,653	910,940	4,64

Tableau 20

Assuralia, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances, a publié en janvier, pour la quatrième fois, un aperçu des dépenses nationales pour les soins de santé (<sup>136</sup>). Assuralia constate un revirement depuis 2003 et, en 2005, les lignes de croissance des dépenses de santé et le produit intérieur brut se rejoignent (cf. figure 3)

<sup>136</sup> «De nationale uitgaven in de gezondheidszorgsector». To the point. Janvier 2007. Assuralia.

### Croissance annuelle des dépenses nationales de santé et du PIB (en prix courants)



Source : Assuralia. To the point. Janvier 2007.

Figure 3

Le tableau 21 montre les dépenses globales des soins de santé qui sont plus larges que le budget INAMI et comprennent aussi les dépenses privées des patients, des autorités locales, des employeurs et autres.

### Dépenses nationales de santé et le PIB

(montants en millions d'euros)	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PIB	251.741	258.884	267.578	274.582	288.089	298.180
Dépenses nationales de santé	21.267	22.264	23.478	25.794	26.851	27.781
En % du PIB	8,4%	8,6%	8,8%	9,4%	9,3%	9,3%

Source : Assuralia. To the point. Janvier 2007.

Tableau 21

Les médecins ont déjà souligné à plusieurs reprises que la norme de croissance actuelle de 4,5 % suffit à peine pour couvrir les besoins existants. Avec notre population très vieillissante qui a à juste titre des exigences pour gagner des années de vie de qualité, les dépenses de santé ne feront que progresser. Par conséquent, il n'est pas éthiquement acceptable que le président du SP.A Johan VANDE LANOTTE propose de ramener la norme de croissance à 3 %. Et si cela dépendait de lui seul, il nous priverait encore bien de notre indexation en bon socialiste qu'il est.

### V.3. Trajectoires de soins

Le point 7 de l'accord du 20.12.2005 a chargé le groupe de travail (GT5) créé au sein de la Commission nationale médico-mutualiste, "de développer pour le 1er avril 2006 des mesures concrètes par lesquelles d'une part, le rôle du médecin généraliste et du médecin spécialiste est valorisé, et d'autre part le patient est encouragé. Ces mesures doivent être opérationnelles au 1er juillet 2006, pour les patients diabétiques de type 2 et pour les patients en insuffisance rénale chronique."

Après un pénible labeur du groupe de travail "patient complexe", le président du groupe de travail, le Dr Philippe VANDERMEEREN, qui est également président du

Cartel, a présenté son rapport le 24.04.2006 <sup>(137)</sup>. Celui-ci a été mis en pièces par les Mutualités chrétiennes et par l'ABSyM en raison de l'horrible liste d'obligations administratives. Sa proposition de "médecine soviétique" a nécessité des masses de papier en 7 étapes. Le Dr Roland LEMYE a averti que l'on était en train de créer une sorte de " chapitre IV patient complexe" alors même que les mutuelles s'efforçaient d'obtenir le démantèlement du chapitre IV dans la prescription de médicaments en raison d'une charge de travail trop élevée pour les médecins conseils. Les Mutualités libres sont de grands partisans des trajets de soins mais trouvent que le résultat du groupe de travail est trop détaillé. Le document est abandonné après deux suspensions de réunion et au grand agacement du Dr Philippe VANDERMEEREN. VANDERMEEREN demande que sa mission soit reprise par trois experts de l'administration. La proposition est acceptée et depuis lors les Drs Ri DE RIDDER, directeur général du Service des soins de santé, Georges VEREECKE, médecin-inspecteur général et Jean-Paul DERCOQ, conseiller général, élaborent une nouvelle proposition avec l'appui de leurs collaborateurs. Les Mutualités chrétiennes surtout restent très critiques, avant tout en raison de la complexité administrative.

Les travaux avancent sans interruption de sorte qu'il semble pour l'instant que le système pourrait démarrer dans le courant de 2007. Notons qu'un budget à cet effet de 7 millions d'euros avait été prévu (donc sans être utilisé) en 2006 tandis qu'un montant de 25 millions d'euros est disponible sur base annuelle.

#### **V.4. Les bons de réduction**

Dès son entrée en fonction comme ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Rudy DEMOTTE avait annoncé dans le cadre de ses "Dialogues de la Santé" qu'il entendait soutenir la première ligne. Il y aurait un échelonnement "soft". Le 27.02.2006, le ministre DEMOTTE a soumis un projet d'A.R. à la médico-mut qui l'a examiné en première lecture le 06.03.2006. Le projet était à ce point incohérent qu'il a déclenché des rires chez certains membres de la Commission <sup>(138)</sup>. Toutes sortes de calculs fantaisistes et hypothétiques ont été imaginés pour garder le surplus des dépenses pour l'INAMI à la suite de la réduction du ticket modérateur dans les limites du budget prévu de 8 millions d'euros. On est parti de l'idée que les spécialistes seraient beaucoup moins consultés et "donc" que le nombre de prestations techniques médicales générées serait nettement moindre.

Une version remaniée par l'administration du projet d'A.R. <sup>(139)</sup> a été examinée par la médico-mut le 24.04.2006. Tout comme le 6 mars, tant l'ABSyM que les Mutualités libres se sont à nouveau opposées au projet mais en vain.

Le président Gabriel PERL a transmis le projet avec un avis partagé au ministre DEMOTTE, en indiquant que l'ABSyM et les Mutualités libres avaient voté contre. Comme ces dernières l'ont expliqué, le projet a été imposé de force à la médico-mut <sup>(140)</sup>. L'ABSyM a avancé que ce système réduit les généralistes à de simples

---

<sup>137</sup> CNMM. Groupe de travail 5. Collaboration généraliste-médecin spécialiste. Doc. CNMM 2006/17, 2006/17 Add. 1 et add.2.

<sup>138</sup> Doc. NCGZ/CNMM 2006/11

<sup>139</sup> Doc. NCGZ/CNMM 2006/19

<sup>140</sup> «Specialist goedkoper na verwijzing». De Standaard. 08.03.2006.

pourvoyeurs de bons de réduction et que cela ne contribuait pas à améliorer la collaboration entre les généralistes et les spécialistes et que le système ne contenait pas le moindre élément susceptible d'améliorer la qualité.

Le projet d'A.R. a été soumis au Comité de l'assurance le 22.05.2006. L'ABSyM a répété son argumentation identique et le soussigné a exigé un vote. Bien que la majorité requise des 2/3 n'ait pas été atteinte (21 voix pour, 12 contre et 4 abstentions), le président (de l'époque) Dirk SAUER a décidé de transmettre malgré tout le projet au ministre. C'est une faute de forme car la loi prévoit que, dans un tel cas, la même proposition doit être soumise à un deuxième tour de scrutin. Une majorité ordinaire est alors suffisante (<sup>141</sup>).

En dépit de cette faute de forme et malgré les nombreuses questions restées sans réponse à propos des 17 spécialistes énumérés dans le document de renvoi, de l'impossibilité par exemple pour un généraliste de distinguer un gériatre d'un interniste, du document de renvoi à utiliser obligatoirement par le généraliste, etc., cette énième tracasserie administrative a eu les honneurs du Moniteur le 15.12.2006 et l'A.R. est entré en vigueur le 01.02.2007 (<sup>142</sup>).

Compte tenu des nombreuses remarques formulées par l'ABSyM, le Dr Ri DE RIDDER a malgré tout jugé utile de donner quelques mots d'explication le 29.01.2007, d'une part, à l'intention des généralistes et, d'autre part, à l'intention des spécialistes (<sup>143</sup>). La lettre aux spécialistes a encore été quelque peu modifiée durant l'avant-midi, sur recommandation du soussigné, dans le cadre de la réunion du Comité de l'assurance de l'INAMI. L'ABSyM et les Mutualités libres ont répété une fois encore leur refus du système imposé par le politique. Les Drs Guido ISTAS (Domus Medica, mais siégeant toujours comme représentant au sein du Cartel ASGB-GBO-SVH qui a rendu l'âme) et Marcel BAUVAL (GBO), ont jugé utile d'exprimer leur satisfaction concernant cet échelonnement. Le masochisme ne connaît pas de frontières. Je les ai remercié publiquement durant la réunion pour cet énième document obligatoire.

Le Dr DE RIDDER joint à la lettre du 29.01.2007 quelque 50 documents de renvoi pour les généralistes. Histoire de pouvoir commencer. Par la suite, ils doivent tirer leur plan. L'année prochaine, nous saurons si ce monstre sera couronné de succès.

## **V.5. Guerre froide à propos de suppléments**

Le 10 juillet 2006, le ministre DEMOTTE a adressé une lettre à tous les gestionnaires d'hôpitaux pour leur annoncer qu'un A.R. allait être publié concernant les modalités de paiement des montants de rattrapage positifs aux hôpitaux. Pour pouvoir bénéficier du paiement de la totalité de la troisième partie des 100 millions d'euros de

---

<sup>141</sup> Article 10 § 7 de l'A.R. du 03.07.1996 exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

<sup>142</sup> A.R. du 26.11.2006 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant l'intervention personnelle des bénéficiaires qui consultent un médecin spécialiste après avoir été envoyés par un médecin de médecine générale (M.B. du 15.12.2006).

<sup>143</sup> <http://www.riziv.be/care/nl/doctors/collaboration/grading/pdf/letter01.pdf>



montants de rattrapage, les médecins ne pourront plus demander de suppléments aux patients séjournant dans des chambres à deux lits ou dans des salles communes. Il est ressorti des discussions que nous avons eues avec l'ABSyM les 05.07 et 11.07.2006 avec le cabinet DEMOTTE concernant les suppléments que les hôpitaux dans lesquels des médecins continuent à demander des suppléments aux patients séjournant dans des chambres à deux lits ou dans des salles communes, seraient privés de 21/33<sup>es</sup> de leur montant de rattrapage. Les sous-parties A1 et B2 du budget des moyens financiers de ces hôpitaux resteraient inchangées (à un niveau bas). Tout comme les sous-parties B7 et B8, mais ces sous-parties concernent un nombre limité d'hôpitaux (universitaires et hôpitaux admettant un grand nombre de personnes socialement faibles). Il y a naturellement un risque réel que les directions des hôpitaux répercutent sur les médecins le montant absent de leur budget des moyens financiers.

Entre-temps, l'A.R. y relatif a été promulgué et publié (A.R. du 10.11.2006, M.B. du 24.11.2006, éd. 2). Le Comité directeur du GBS a décidé d'introduire un recours en annulation contre cet arrêté. (cf. point VI). L'action a été entreprise conjointement avec la Chambre syndicale des médecins de l'agglomération bruxelloise. Pour des raisons d'ordre pratique, l'ABSyM n'a pu suivre que le 24.01.2007.

C'est dans ce contexte et dans l'orientation politique que le président du SP.A Johan VANDE LANOTTE avait annoncé à l'occasion des célébrations du 1<sup>er</sup> mai 2006 contre les suppléments (cf. Point III.4.) que la loi-santé a vu le jour (<sup>144</sup>). Y compris son chapitre VIII – Hôpitaux – Section 1<sup>re</sup> – Limitation des suppléments à charge du patient. La lecture – tout comme la relecture – des articles 43 à 47 reste abracadabrante et a notamment suscité des frictions entre la direction du SPF Santé publique et les hauts dirigeants de l'INAMI car il n'y aurait pas eu de concertation.

La confusion de la loi sur les hôpitaux, et plus particulièrement de l'article 138 § 2, avec la loi AMI pose des problèmes. Je l'avais également signalé comme un point de blocage le 06.12.2006, au parlement, aux membres de la commission des Affaires sociales du Sénat, durant la réunion organisée par la commission concernant la simplification administrative.

Pour que les pédiatres soient autorisés, comme tous les autres médecins hospitaliers, à malgré tout demander un supplément pour les patients admis en chambre individuelle, il convient, entre autres et conformément à l'article 47 § 2 de la loi-santé du 13.12.2006, d'adopter un A.R. ayant fait l'objet d'un avis de la Commission nationale médico-mutualiste.

L'ABSyM reste d'avis que la possibilité de demander ses propres honoraires – appelés "suppléments" par le politique – constitue une pierre angulaire du système des accords. Ceci permet que les soins de santé belges soient très accessibles car les tarifs de la convention sont bas. Le risque de voir cette possibilité disparaître, même pour les chambres individuelles, a conduit à envisager de dénoncer l'accord du 20.12.2005 pour l'année 2007. L'ABSyM avait jusqu'au 01.12.2006 pour le faire en qualité de partie signataire (<sup>145</sup>).

---

<sup>144</sup> Loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé (M.B. du 22.12.2006. Ed. 2.).

<sup>145</sup> Accord national médico-mutualiste 2003-2007. Point 16.2.1. (M.B. du 23.01.2006).

Une solution pour sortir de cet imbroglio politique a été recherchée fébrilement et, le 06.11.2006, s'est tenue une réunion au sommet avec les hauts responsables de l'INAMI, du cabinet DEMOTTE et de l'ABSyM. Les accords négociés péniblement et le projet d'A.R. sur les suppléments approuvé à l'unanimité par la médico-mut le 13.11.2006, ont été approuvés par le conseil d'administration de l'ABSyM du 15.11.2006 et la tempête s'est calmée (<sup>146</sup>).

La crise s'était déclenchée lorsqu'il était apparu que la ministre du Budget SP.A Freya VANDEN BOSSCHE avait bloqué la proposition avec ses "Fuck-me-botjes" (<sup>147</sup>) sur ordre du président de son parti Johan VANDE LANOTTE. Au cours d'un nouvel entretien avec les hauts responsables de l'INAMI et du cabinet des Affaires sociales et de la Santé publique, maintenant élargi avec le membre du GBS et pédiatre Dr Myriam AZOU, et Renaat SCHROTEN comme délégué du ministre VANDEN BOSSCHE, il est apparu que le SP.A. jouait à un contre tous au sein du gouvernement.

Les fêtes de fin d'année et les noces de la ministre VANDEN BOSSCHE à Phuket, en Thaïlande, ont fait passer les problèmes très momentanément au second plan pour éclater à nouveau de plus belle juste avant le conseil des ministres du 12.01.2007. J'ai envoyé par e-mail, en ma qualité de président de l'ABSyM, un ultimatum au premier ministre Guy VERHOFSTADT et à ses quatre vice-premiers ministres, Didier REYNDERS (MR), Freya VANDEN BOSSCHE (SP.A.), Patrick DEWAEL (VLD) et Laurette ONKELINX (PS), avec copie au ministre Rudy DEMOTTE, qui rendrait impossible toute poursuite de la collaboration au sein de la Commission nationale médico-mutualiste. Les pédiatres flamands ont également exercé des pressions par tous les canaux possibles et ont obtenu que le Dr Philippe ALLIET, pédiatre et membre du GBS, passe au journal de TV1 de 19 h le 10.01.2007.

Des pressions ont été exercées directement sur le premier ministre Guy VERHOFSTADT via le Dr Yolande AVONTROODT, députée VLD. Durant le conseil des ministres proprement dit, le vice-président de l'ABSyM le Dr Jacques DE TOEUF et moi-même sommes intervenus via via. VERHOFSTADT et REYNDERS ont manifestement eu plus de poids que VANDEN BOSSCHE et ONKELINX et un accord politique a finalement été atteint (<sup>148</sup>). Les communiqués de presse du 12.01.2007 n'en avaient il est vrai que pour le durcissement de la réglementation des suppléments en milieu hospitalier. Il a encore fallu attendre jusqu'au conseil des ministres suivant du 19.01.2007 pour qu'un nouveau communiqué de presse annonce que les pédiatres peuvent malgré tout demander des honoraires propres ("supplément") aux patients admis dans une chambre individuelle et moyennant une demande écrite distincte du parent accompagnant (<sup>149</sup>).

N'oublions pas entre-temps que les dispositions de l'accord du 20.12.2005 prévoyant une revalorisation de 50% des honoraires de surveillance des pédiatres sont également applicables depuis le 01.01.2007. Coût : 7,5 millions d'euros.

---

<sup>146</sup> «BVAS zegt conventie niet op». De Huisarts. N° 807. 23.11.2006.

<sup>147</sup> Terme introduit par De Standaard et figurant en 3<sup>e</sup> position dans le classement des termes de l'année 2006. De Standaard online eindejaarspoll 2006.

<sup>148</sup> «Mais si, les suppléments restent possibles». Le Généraliste. N° 813. 18.01.2007.

<sup>149</sup> «Supplementen : harde onderhandelingen». Elektronische Artsenkrant. 17.01.2007.

## V.6. Accréditation

Dans le courant de l'année 2006, le groupe de direction de l'accréditation a décidé de rattacher le système de l'accréditation belge à ce qui existe au niveau international. Un accord a été conclu, au terme d'une concertation approfondie, entre le groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI et l'European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME). Cet organe a été institué au sein de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). La concertation INAMI-EACCME s'est déroulée via les interventions actives du secrétaire général de l'UEMS et trésorier du GBS, le Dr Bernard MAILLET. Le contrat a été signé le 25.11.2006 par le Dr Zlatko FRAS en qualité de président de l'UEMS et par le soussigné, en qualité de président du groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI.

Une première conséquence pratique est qu'à compter du 01.01.2007, la formation continue n'est plus valorisée par des "unités de formation continue" (UFC) mais par des "credit points (CP)". Nous avons malheureusement dû constater que le "learning on distance" par des applications informatiques atteint difficilement sa vitesse de croisière à cause des objections formulées par le banc scientifique des généralistes, soutenu par les Mutualités chrétiennes, contre le sponsoring de la société Pfizer d'une application très utilisée par les généralistes, à savoir l'auto-évaluation en ligne et la méthode d'auto-apprentissage "excelensis".

Etant donné que chacun réalise que cette forme de "formation continue à distance" nécessite des efforts financiers importants, des alternatives acceptables sont activement recherchées. L'administrateur général de l'INAMI, Jo DE COCK, a suggéré d'envisager une forme mixte de financement où les initiatives peuvent être soutenues par le privé et les autorités conjointement. Lors de sa réunion du 17.01.2007, le groupe de direction a semblé favorable à ce développement et des contacts informels ont déjà été pris.

Comme c'est la tradition, nous donnons également un état de la situation en ce qui concerne le degré d'accréditation des médecins. Le tableau 21 montre le classement des spécialités en ordre décroissant du pourcentage d'accréditation à la date du 1<sup>er</sup> février 2007 et compare les chiffres avec ceux du 1<sup>er</sup> février 2006. Le tableau 22 analyse l'évolution des pourcentages depuis que ces données sont enregistrées dans le système qui a été conçu fin 1993 et qui a démarré le 08.03.1994.

**Comparaison nombre de médecins accrédités 01.02.2006 - 01.02.2007**

2 0 0 7		Nombre d'actifs		Nombre d'accrédités		% d'accrédités	
		01.02.2006	01.02.2007	01.02.2006	01.02.2007	01.02.2006	01.02.2007
	Médecins 001-002	2.340	2.217	0	0	0,00	0,00
	Généralistes 003-004	14.162	14.295	9.816	9.912	69,31	69,34
	Généralistes 005-006	671	554	0	0	0,00	0,00
	Généralistes 007-009	976	907	0	0	0,00	0,00
	<b>TOTAL</b>	18.149	17.973	9.816	9.912	54,09	55,15
	Médecin spécialiste en formation (MACS)	3.635	3.606	0	0	0,00	0,00
1	Dermato-vénérologie	676	686	539	546	79,73	79,59
2	Ophthalmologie	1.021	1.034	793	808	77,67	78,14
3	Gastro-entérologie	482	501	359	378	74,48	75,45
4	Pneumologie	392	408	289	304	73,72	74,51
5	Neurologie	256	275	186	201	72,66	73,09
6	Anatomie pathologique	296	310	214	226	72,30	72,90
7	Radiologie	1.523	1.566	1.104	1.121	72,49	71,58
8	Médecine physique et physiothérapie	472	483	335	343	70,97	71,01
9	O.R.L.	612	627	432	442	70,59	70,49
10	Urologie	368	373	247	259	67,12	69,44
11	Cardiologie	901	921	606	628	67,26	68,19
12	Radiothérapie	170	182	115	123	67,65	67,58
13	Psychiatrie	1.569	1.628	1.035	1.091	65,97	67,01
14	Gynécologie-obstétrique	1.350	1.388	868	902	64,30	64,99
15	Rhumatologie	255	256	169	166	66,27	64,84
16	Médecine nucléaire	319	320	208	207	65,20	64,69
17	Orthopédie	952	964	589	604	61,87	62,66
18	Médecine interne	2.078	2.114	1.276	1.305	61,41	61,73
19	Anesthésie	1.848	1.915	1.142	1.181	61,80	61,67
20	Pédiatrie	1.443	1.485	866	892	60,01	60,07
21	Biologie clinique	711	709	417	425	58,65	59,94
22	Chirurgie	1.513	1.526	697	729	46,07	47,77
23	Neurochirurgie	170	178	78	83	45,88	46,63
24	Neuropsychiatrie	477	460	211	212	44,23	46,09
25	Stomatologie	302	305	121	129	40,07	42,30
26	Chirurgie plastique	215	224	86	85	40,00	37,95
	TOTAL SPECIALISTES	20.371	20.838	12.982	13.390	63,73	64,26
	TOTAL SPECIALISTES + MACS	24.006	24.444	12.982	13.390	54,08	54,78
	TOTAL GENERAL	42.155	42.417	22.798	23.302	54,08	54,94

Source : INAMI; Groupe de direction de l'accréditation. 01.02.2007

Tableau 21

## Evolution % accréditation

Année	Généralistes (003-004)		Généralistes (000 à 009)		MACS	Spécialistes		Total	
	A	B	A	B	A*	A	B	A	B
1996	12.294	66,0	16.515	49,1	3.383	16.049	55,6	35.947	47,4
1997	12.548	72,0	16.940	53,4	3.314	16.390	67,8	36.644	55,0
1998	12.776	73,7	17.211	53,0	3.394	16.846	67,3	37.451	54,6
1999	13.025	75,0	17.349	56,3	3.450	17.273	72,3	38.072	58,5
2000	13.252	71,8	17.692	53,8	3.404	17.638	67,1	38.734	55,2
2001	13.477	72,4	17.917	54,5	3.456	18.126	67,4	39.499	55,7
2002	13.640	72,5	18.205	54,3	3.363	18.565	67,7	40.153	55,9
2003	13.781	70,0	18.224	52,9	3.459	19.069	64,8	40.752	54,0
2004	13.953	70,3	18.279	53,6	3.698	19.462	65,0	41.439	54,2
2005	14.040	70,9	18.332	54,3	3.505	19.872	66,0	41.713	55,3
2006	14.162	69,3	18.149	54,1	3.635	20.371	63,7	42.155	54,1
2007	14.295	69,3	17.973	55,1	3.606	20.838	64,3	42.417	54,9

Tableau 22

1996 – 1997 : situation au 1<sup>er</sup> janvier; à partir de 1998 situation au 1<sup>er</sup> février

A = nombre absolu

B = % accrédité

A\* = en principe, les médecins spécialistes en formation ne peuvent pas être accrédités.

Source : INAMI; rapports annuels du GBS Dr M. MOENS

## VI. PROCÉDURES JURIDIQUES

Vous trouverez ci-dessous un résumé des différents arrêts prononcés suite à une action en annulation introduite ou co-financée par le GBS. En pratique, on doit constater que malgré un jugement favorable, ceci n'a que très peu de conséquences pour le médecin du terrain. D'une part, il y a toujours un délai de plusieurs années entre l'introduction de l'action et le prononcé de l'arrêt. Entre-temps les médecins ont dû apprendre à vivre et travailler avec la situation qui leur a été imposée. D'autre part, l'annulation de la disposition incriminée, n'est que très rarement ou jamais suivie par une action devant les tribunaux civils afin d'obtenir un dédommagement pour la perte financière subie.

Vu que les moyens financiers du GBS sont restreints, il est important, avant d'introduire une action devant la juridiction compétente, encore plus qu'avant, de réfléchir de manière approfondie de l'opportunité à moyen et long terme d'une telle action. Un arrêt positif, plusieurs années après les faits, qui sur le terrain reste lettre morte parce que les médecins, pour des raisons pratiques, ne peuvent plus corriger la situation n'a, sauf pour le principe, aucune utilité. Une gifle pour l'état de droit, avec laquelle le Belge moyen a apparemment appris à vivre.

## **VI.1. Les actions introduites par le GBS en 2006**

### ***VI.1.1. L'oncologie médicale***

Le comité directeur a décidé d'introduire aussi bien une action en suspension qu'en annulation contre l'AR <sup>(150)</sup> ajoutant le titre particulier en oncologie médicale à la liste des titres particuliers ainsi contre l'AM <sup>(151)</sup> fixant les critères auxquels le médecin porteur de ce titre doit répondre. Vous trouverez plus de commentaires à ce sujet au point VIII.4.3.

### ***VI.1.2. Le budget des moyens financiers des hôpitaux***

L'A.R. du 10 novembre 2006 <sup>(152)</sup> modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux comprend un certain nombre de dispositions fixant des conditions à l'attribution de la troisième tranche de 100 millions d'euros destinée au rattrapage du sous-financement structurel des hôpitaux. Ces moyens financiers sont réservés aux hôpitaux qui ne portent pas en compte de suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits ou les salles communes. Si les médecins non conventionnés continuent à porter en compte des suppléments d'honoraires pour des patients hospitalisés, l'hôpital perdra 21/33<sup>es</sup> de ce montant de récupération. Les gestionnaires des hôpitaux auront tôt fait de calculer le financement perdu et présenteront probablement la facture au Conseil médical en demandant d'y remédier. A l'avenir quel intérêt auront les médecins à se déconventionner ? En faisant dépendre le financement des hôpitaux du fait que des médecins déconventionnés demandent ou non de suppléments en chambre commune ou à deux lits, la liberté contractuelle dans le cadre des accords est réduite à une peau de chagrin.

## **VI.2. Arrêts ou désistement de recours**

### ***VI.2.1 "et en gériatrie"***

A la suite d'une erreur, intentionnelle ou non, le titre particulier 'et en gériatrie' a été supprimé dans la liste des titres professionnels particuliers <sup>(153)</sup>. Ceci avait comme conséquence que les médecins porteurs de ce titre particulier perdaient cette compétence particulière. Grâce à un lobbying actif du GBS et de l'ABSyM et suite à la pression exercée par l'introduction d'une action en annulation de cette arrêté, on a obtenu que cette erreur soit rectifiée sans délais. L'A.R. du 8 mars 2006 publié au Moniteur Belge du 3 avril 2006 a réintroduit ce titre dans la liste des titres particuliers.

---

<sup>150</sup> A.R. du 24.05.2006 modifiant l'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. 14.06.2006

<sup>151</sup> A.M. du 29.05. 2006 fixant les critères spéciaux d'agrégation des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité – M.B. 14.06.2006.

<sup>152</sup> M.B. du 24.11.2006

<sup>153</sup> A.R. du 10.08.2005 modifiant l'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. 05.09.2005.

Après la publication de cet arrêté le GBS s'est désisté de l'action introduite devant le Conseil d'Etat.

### **VI.2.2. Economies dans la médecine physique**

Fin 2000, le Ministre de la Santé Publique et des Affaires sociales, Frank Vandebroucke a pris des mesures d'économies malgré un avis négatif du CTM<sup>(154)</sup> afin de maintenir les dépenses des frais de soins de santé dans les limites budgétaires. Une des mesures concernait la suppression des prestations 558854-865 (étude tridimensionnelle de la colonne vertébrale) et 558714-725 (traitement de la douleur par ondes courtes)<sup>(155)</sup>. Le remboursement de ces prestations a été supprimé pour le médecin spécialiste en médecine physique, mais, compresseur qui peut, a été maintenu pour les kinésithérapeutes. Le Conseil d'Etat a décidé l'annulation de cette suppression parce qu'elle a été motivée d'une manière inadéquate<sup>(156)</sup>.

### **VI.2.3. La médecine nucléaire – redevance annuelle appelée par la AFCN<sup>(157)</sup> à charge des laboratoires in vivo**

En 2003 le GBS a accordé son appui financier à l'Union Professionnelle des Médecins Spécialistes en Médecine Nucléaire, dans le cadre d'une action en annulation introduit devant le Conseil d'Etat contre la redevance pour le traitement des déchets radioactifs dans le cadre de l'exploitation d'un laboratoire in vivo. Le Conseil d'Etat dans son arrêt n° 164.522 du 8 novembre 2006 a annulé les articles 2 et 7 de l'arrêté dans la mesure où la redevance demandée à ces laboratoires ne constitue pas la contrepartie d'un service rendu par AFCN à ces laboratoires.

### **VI.2.4. L'ergospirométrie**

Afin de maintenir les dépenses des soins de santé dans les limites budgétaires, le Ministre Fr. Vandebroucke a pris en 2002 des mesures d'économies. En cardiologie, le remboursement de l'ergospirométrie a été soumis à des conditions très strictes<sup>(158)</sup>. Pour les pneumologues, ceci avait comme conséquence, qu'il était quasiment impossible d'en encore attester cette prestation, alors qu'elle est indispensable pour l'établissement du diagnostic de certaines pathologies pneumologiques et que cette prestation appartient à la nomenclature des pneumologues. Le Conseil d'Etat a annulé cette disposition parce que la suppression n'avait pas été motivée d'une manière adéquate<sup>(159)</sup>. L'A.R. du

---

<sup>154</sup> Conseil technique médical

<sup>155</sup> A.R. du 8.12. 2000 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités M.B. 16.01.2001

<sup>156</sup> Arrêt du Conseil d'Etat n° 154.359 du 31 janvier 2006

<sup>157</sup> Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire

<sup>158</sup> A.R. du 10 juin 2002 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités M.B. 29.06.2002

<sup>159</sup> Arrêt du Conseil d'Etat n° 160.273 du 19.06.2006

26.03.2003 <sup>(160)</sup> a pour les pneumologues, à nouveau, élargi l'accès à cette prestation sous certaines conditions. Pour les cardiologues la situation restait inchangée. Cet arrêté a également été annulé par le Conseil d'Etat <sup>(161)</sup> qui estime que le législateur reste en défaut d'établir l'urgence qui a été invoquée pour se dispenser de soumettre le projet à l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat. Tout est bien qui fini bien. En d'autres mots, le libellé de l'ergospirométrie a été rétabli dans sa version initiale.

### **VI.2.5. Echographie mono- et bidimensionnelle transthoracale <sup>(162)</sup> (460412-460423)**

Suite à une action introduite par l'Association professionnelle des cardiologues le Conseil d'Etat a annulé la suppression de l'échographie mono- et bidimensionnelle transthoracale à l'art. 17 §1 et 17bis §1 de la nomenclature <sup>(163)</sup>. Le législateur avait négligé de motiver cette suppression d'une manière adéquate. On ne peut cependant pas oublier qu'entre temps la nomenclature d'imagerie médicale a été modifiée d'une manière fondamentale. Seuls les articles 17ter et 17 quater sont accessibles pour les non-radiologues. La suppression de cette prestation a été annulée pour les radiologues qui n'étaient pas partie prenante à cette action. L'arrêt favorable du Conseil d'Etat constitue pour les cardiologues, qui étaient à la base de cette action, une mesure pour rien vu qu'ils n'ont pas accès aux articles 17 §1 et 17bis <sup>(164)</sup>.

## **VII. NUMERUS CLAUSUS**

Depuis le 14.09.2006, la commission de planification de l'offre médicale a un nouveau président en la personne du Dr Karel VERMEYEN qui succède au Dr Jean-Paul DERCCQ <sup>(165)</sup>. Suite aux pressions des francophones, la commission avait décidé le 30.06.2006 de proposer au ministre DEMOTTE d'augmenter le quota des médecins pouvant avoir accès chaque année aux soins de santé dans le cadre de l'INAMI et de le porter de 833 pour l'année 2012 à 1025 pour l'année 2013. Le Conseil des ministres du 20.07.2006 a toutefois limité l'augmentation à 975 pour 2013. Egalement concernant la différenciation du nombre de spécialistes autorisés, l'A.R. y relatif <sup>(166)</sup> diverge quelque peu des propositions de la Commission de planification. Le résumé des différents arrêtés royaux depuis le début de la législation

---

<sup>160</sup> Arrêté royal du 23 mars 2003 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. M.B. 31.03.2003

<sup>161</sup> Arrêt du Conseil d'Etat n° 159.179 dd 23.05.2006

<sup>162</sup> Arrêté royal du 10 juin 2002 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. M.B. 29.06.2002

<sup>163</sup> Arrêt n°160.274 du Conseil d'Etat du 19.06.2006

<sup>164</sup> Arrêté royal du 26 mars 2003 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. M.B. 31.03.2003

<sup>165</sup> A.R. du 01.09.2006 modifiant l'arrêté royal du 31 juillet 2004 portant nomination des membres de la Commission de planification de l'offre médicale (M.B. du 14.09.2006).

<sup>166</sup> A.R. du 08.12.2006 modifiant l'arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale.



est donné pour les chiffres globaux dans le tableau 23 tandis que la répartition entre les différentes spécialités fait l'objet du tableau 24.

**A.R. du 08.12.2006 modifiant l'arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 22.12.2006. Ed. 2)**

	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
2012	833	500	333	358	215	143	475	285	190
2013*	975	585	390	419	251	168	556	334	222

Tableau 23

\* Décision du Conseil des ministres du 20.07.2006. La Commission de planification avait proposé de porter le quota à 1.025 le 30.06.2006.

**A.R. du 08.12.2006 modifiant l'arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 22.12.2006. Ed. 2)**

(nombre minimum de candidats qui ont annuellement accès à la formation jusqu'en 2012)

Médecin spécialiste en	Total	N	F
Anesthésie réanimation	45	24	21
Chirurgie, orthopédie, urologie, chirurgie plastique	41	24	17
Neurochirurgie	3	2	1
Neurologie	10	7	3
Psychiatrie	39	27	12
Gynécologie obstétrique	15	8	7
Ophthalmologie	13	8	5
Oto-rhino-laryngologie	8	5	3
Stomatologie	4	2	2
Dermatologie	8	5	3
Médecine interne, cardiologie, rhumatologie, gastro-entérologie, pneumologie, dont au moins (...) candidats en médecine interne	76 (20)	44 (12)	32 (8)
Gériatrie	10	6	4
Pédiatrie	22	12	10
Physiothérapie	6	3	3
Biologie clinique	11	8	3
Radiodiagnostic	22	12	10
Radiothérapie	5	3	2
Médecine nucléaire	4	2	2
Anatomie pathologique	4	2	2
Médecine aiguë	10	6	4
Médecine d'urgence	5	3	2
Total	361	213	148

Tableau 24

Le 21.02.2006, une délégation GBS-ABSyM a rencontré le Collège des doyens des facultés de médecine de la Communauté française de Belgique.

Un certain nombre de sujets brûlants ont été abordés même si aucun accord concret n'a été conclu. L'importation de médecins hospitaliers de l'étranger et en particulier l'intérêt de la Roumanie pour la médecine spécialisée belge et l'exercice de la profession par des médecins généralistes avec un code INAMI 000 et 009 et par des généralistes dans l'enceinte de l'hôpital ont posé les problèmes les plus importants (<sup>167</sup>).

Mon plaidoyer en faveur de l'élaboration d'un statut propre pour les "médecins institutionnels" – un groupe qui, selon les estimations de l'INAMI, compte plus de 2500 confrères qui ne sont ni spécialiste ni généraliste, a été rejeté par les doyens francophones. La raison était probablement que j'entends maintenir ce nouveau groupe de médecins dans le contingent fixé par A.R. Selon moi, la politique de l'autruche ne peut plus être tolérée longtemps dans le domaine. Nous lisons par-ci par-là des annonces dans les journaux médicaux où des hôpitaux recrutent des généralistes pour prendre en charge les admissions et la surveillance des salles. Cette situation n'est pas saine : si un spécialiste est à ce point hyperspécialisé qu'un généraliste doit l'assister pour assurer une certaine vision holistique concernant le patient hospitalisé, il est alors clair que la formation du médecin spécialisé a raté son but.

En outre, il est inacceptable que, au moment où certaines régions se vident progressivement de leurs généralistes, les hôpitaux attirent des confrères agréés comme généralistes qui optent volontiers pour toutes sortes de raisons pour un établissement de soins. Si on n'intervient pas, ce phénomène aura des implications conséquentes à partir de ± 2015, c'est-à-dire quand les généralistes de la génération du baby boom souhaiteront prendre leur retraite en même temps par centaines.

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

### **VIII.1. Pédiatrie**

Depuis 2003 les pédiatres ont été constamment en ébullition, avec en premier point d'orgue la manifestation du 7 mai 2004 contre le sous financement, la charge de travail trop lourde dans les hôpitaux et le programme de soins pédiatriques que les politiciens avaient distillé sur base d'une étude des professeurs Paul CASAER et Luc CANNODT. C'était presque « KAN NOOIT »

L'union professionnelle des pédiatres du GBS, en collaboration avec l'Académie de pédiatrie et l'Association de pédiatres des hôpitaux locorégionaux présidée par le Dr Armando BARILLARI, avec le soutien du comité de l'ABSyM tout entier, et plus particulièrement du Président de la Chambre des Flandres occidentale et orientale, le Dr Yves LOUIS, lui-même pédiatre, a depuis lors oeuvré d'arrache-pied à la réalisation de leurs exigences justifiées.

Ils ont réussi en grande partie (voir point V.5) grâce à une pression continue et à des actions entreprises comme par exemple la grève bien suivie du 16.06.2006. Les exigences irréalistes du programme de soins en pédiatrie ont pour la plus grande

---

<sup>167</sup> "Instellingsartsen bevinden zich in juridisch vacuüm". Artsenkrant. N° 1736. 24.02.2006.

partie pu être atténuées, par exemple la présence permanente d'un pédiatre à l'hôpital.

Une épée de Damoclès se trouve toujours pendue au-dessus d'un nombre d'hôpitaux, surtout flamands ayant un service de pédiatrie. L'attention sur le follow-up de l'A.R. concernant les programmes de soins pédiatriques (<sup>168</sup>) ne peut pas faiblir. D'ailleurs, afin de sauvegarder les honoraires (suppléments), l'A.R. dont il est question à l'article 47 de la loi santé du 13.12.2006 doit encore être confirmé par une loi et ce dans les 18 mois (<sup>169</sup>).

En 2006 la pédiatrie belge a reçu des fleurs. Prof. Em. Dr Paul CASAER (KUL) et Prof. Jose RAMET (VUB), tous les deux membres fidèles du GBS, ont été nommés "Honorary fellow" du « Royal College of Paediatrics and Child Health » lors de la réunion du « Royal College of Paediatrics and Child Health » qui s'est tenue au printemps à York. Paul CASAER et Jose RAMET sont les premiers Belges à recevoir cet honneur (<sup>170</sup>).

## VIII.2. Psychiatrie

Durant toute l'année 2006 la psychiatrie a, pour plusieurs raisons, attiré l'attention. Il y a eu la mini-crise entre la Ministre de la Justice Laurette ONKELINX et la Ministre flamande de la Santé Publique Inge VERVOTTE en ce qui concerne la prise en charge des personnes internées (<sup>171</sup>). Le gouvernement flamand a expliqué à haute voix que, en Belgique francophone, les personnes internées sont des prisonniers, mais en Flandre des patients.

Le phénomène de la dépression a reçu beaucoup d'attention dans les médias, surtout en Flandre (<sup>172</sup>).

La bataille concernant la psychanalyse a fait rage plus virulente que jamais. Non seulement entre les vrais et soi-disant psychologues, mais aussi entre le lobby des psychologues et les psychiatres. Deux fois, le GBS et l'ABSyM ont participé à des discussions au cabinet DEMOTTE, et ont fait apporter des modifications importantes au projet relatif à la psychothérapie. Une délégation de l'ABSyM a pris part à un symposium orchestré par le Ministre DEMOTTE « La santé mentale : un secteur fondamental qui doit être reconnu » (<sup>173</sup>). Le Dr Geert DOM, au nom des professionnels de la santé - psychiatres – et comme seul psychiatre en face d'une

---

<sup>168</sup> A.R. du 13.07.2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée (MB 16.08.2006)

<sup>169</sup> L'art. 46. la loi du 13.12.2006 portant dispositions diverses en matière de santé «Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres après avis de la Commission nationale médico-mutualiste, modifier la portée de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux. Les arrêtés pris en vertu du présent article cessent de produire leurs effets 18 mois après leur publication, s'ils n'ont pas été confirmés par la loi » M.B. 22.12.2006 2<sup>ème</sup> ed.

<sup>170</sup> Communiqué de presse 13.04.2006. U.Z. Leuven. Nieuws en evenementen. <http://www.uzleuven/nieuws/index.cfm>.

<sup>171</sup> "Een geïnterneerde is geen evangene" . Inge Vervotte. Opinie. De Standaard. 07.02.2006

<sup>172</sup> Notamment une série d'articles "Anders omgaan met stress en depressie". De Standaard 11, 12 en 13.04.2006

<sup>173</sup> La santé mentale : un secteur fondamental qui doit être reconnu" Albert Hall Complex, 1040 Bruxelles. 26.04.2006

douzaine d'autres orateurs, –logues et –peutes de toutes sortes – a reçu très brièvement la parole et s'est trouvé face à un auditoire hostile.

Lors de la conférence de presse du 31.01.2007 (<sup>174</sup>), la « Plate-forme » faïtière englobant principalement des organisations francophones de la santé mentale n'a pas voulu prendre de risques. Les psychiatres n'ont pas reçu la parole, pire, ils n'étaient même pas invités. Le Ministre DEMOTTE y est venu pour témoigner sa sympathie.

Sur base des informations qui nous sont parvenues de manière indirecte, il apparaît que les discussions concernent toujours une variante quasi inchangée du projet de loi de début 2006 (<sup>175</sup>).

Le 09.01.2006, nous avons fourni, au nom du GBS et de l'ABSyM, une analyse du projet au Président de la Commission des Affaires Sociales du Sénat, Madame Annemie VAN DE CASTEELE. A la base se trouve le leitmotiv que le principe de base millénaire 'Mens sana in corpore sano' doit rester intouchable. Lorsque le corps et l'esprit sont séparés, ce vers quoi tendent les psychologues, ceci ne peut se faire qu'au détriment du patient. Sous le prétexte de vouloir protéger les patients contre des pseudo-peutes de toutes sortes, un groupe de psychologues essaye d'évincer les médecins de la santé mentale. Il est incompréhensible que le Ministre soutienne ce groupe. Il consacre apparemment plus d'attention à ce lobby francophone qu'aux questions des parlementaires. Le 24.10.2006 DEMOTTE a réussi à répondre, avec une réponse préparée par ses collaborateurs, à une autre question posée par Annemie POPPE, SPIRIT (<sup>176</sup>). Elle avait posé une question concernant le nombre croissant d'internements forcés, alors que le Ministre répondait sur la situation des allochtones en psychiatrie. Ceci a exacerbé Madame POPPE qui s'est fâchée sur l'attitude de Demotte : « La psychiatrie n'intéresse pas DEMOTTE » clamait-elle dans la presse. Psychologues et psychothérapie par des non médecins l'intéressent d'autant plus (<sup>177</sup>).

Dans le Conseil national des établissements hospitaliers, l'avis concernant la réorganisation de la santé mentale dans le cadre du projet de loi a été remise aux calendes grecques.

Le secteur de la psychiatrie juvénile continue à se trouver dans une situation difficile et est surchargé (<sup>178</sup>). A l'INAMI, ce secteur a reçu beaucoup d'attention, notamment concernant la diminution planifiée du ticket modérateur. Une série de prestations ont été réalisées au sein de la nouvelle liaison psychiatrie infanto-juvénile pour les bénéficiaires admis dans un service de pédiatrie E/230 et un code pour le traitement

---

<sup>174</sup> Conférence de presse « De geestelijke gezondheidszorg binnen een wettelijke regeling ? ». 31.01.2007. VUB. Trefcentrum. Y. Pleinlaan, Etterbeek.

<sup>175</sup> Avant-projet de loi insérant un chapitre III dans l'A.R. du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, relatif à la réglementation de l'exercice des professions de santé mentale.

<sup>176</sup> Chambre des représentants de Belgique Compte rendu intégral. Commission de la Santé Publique, de l'Environnement et du renouveau de la société. 24.10.2006 matin. CRIV51 COM 1070 p. 1 et 2

<sup>177</sup> « Psychiatrie interesseert Demotte niet ». De Huisarts nr. 804 02.11.2006.

<sup>178</sup> « Dubbel zoveel kinderspsychiaters nodig » Het Volk 04.10.2006

psychothérapeutique d'un enfant de moins de 18 ans a été inséré dans la nomenclature (<sup>179</sup>). Cette nomenclature est entrée en vigueur le 1er juillet 2006.

### VIII.3. Ophtalmologie

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) fait des enquêtes sur certaines interventions. Avant eux, les orthopédistes avaient déjà eu un avertissement s'ils avaient opéré trop de "carpal tunnels" compliqués, ainsi que les urologues pour certaines résections totales de la prostate suspectes.

En mars 2006, des centaines d'ophtalmologues recevaient une lettre concernant un "Projet d'évaluation au sujet du comptage de cellules endothéliales" (CET) (code de nomenclature 248953-248964). Le SECM concluait que le CET était trop fréquemment facturé pour les interventions de la cataracte. L'Union professionnelle belge des Ophtalmologues a réfuté cette observation que le SECM avait adressée à titre de mesure préventive et éducative.

Après plusieurs années d'attente, et après avoir provoqué un incident avec la ministre Freya VANDENBOSCHE par une lettre de doléances que le soussigné, en qualité de Président de l'ABSyM, avait transmise au premier Guy VERHOFSTADT au sujet du fonctionnement défectueux du cabinet du Budget dans le traitement des dossiers de nomenclature (<sup>180</sup>) (<sup>181</sup>), fut enfin publié le dossier du strabisme qui s'empoussiérait depuis 2004 chez Freya VANDEN BOSSCHE (<sup>182</sup>). Il entrera en vigueur au 01.12.2006.

En 2007, la Commission de contrôle budgétaire donnera-t-elle enfin le feu vert à la phaco-émulsification (le budget complémentaire de 1 million d'€ ayant été approuvé) et pour les opérations extra-muros de la cataracte? De même nous poursuivons nos efforts pour les propositions de rénovation de la nomenclature élaborées, en 2004 déjà, sous la direction du Dr. Christa VAN DEN NESTE (<sup>183</sup>).

### VIII.4. Autres dossiers

De nombreux autres dossiers sont suivis par le Comité exécutif et le Comité Directeur. Trop pour pouvoir, ne fût-ce que les citer. En diagonale nous en parcourons quelques uns.

---

<sup>179</sup> 10 JUIN 2006. – A.R. du 10.06.2006 modifiant les dispositions des articles 2 et 25, par. par. 1<sup>er</sup> et 2, d), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (M.B. 19.06.2006) .

<sup>180</sup> "Freya Vanden Bossche botst met artsen". De Standaard 17.03.2006

<sup>181</sup> "Dossiers bloqués. Lettre ouverte de l'ABSyM au premier ministre Guy Verhofstadt". Le Généraliste. N°775. 16.03.2006.

<sup>182</sup> A.R. du 28.09.2006 modifiant les articles 14,h),§1,1.6° et §2, et 25,§1, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et invalidité (M.B. 11.10.2006)

<sup>183</sup> "Oogartsen luiden alarmklok." De overheid moet dringend werk maken van nieuwe en moderne preventieve en curatieve oogzorg, zoniet zal dat op termijn leiden tot meer en ernstiger pathologie". Artsenkrant Nr.1652. 18.02.2005.

VIII.4.1. Les développements en médecine d'urgence et médecine aiguë, et la suite du dossier du brevet de médecine aiguë qui continuera à être attribué aux médecins agréés – contre l'avis donné par le Conseil supérieur des médecins-spécialistes et généralistes – alors que les spécialistes en sont exclus (<sup>184</sup>).

VIII.4.2. La saga de l'agrément des centres B1, B2 et B3 en cardiologie qui gagnait répétitivement les premières pages des journaux. Si l'arrêté original de Rudy DEMOTTE était probablement bien intentionné, il a été métamorphosé par la ministre Freya VANDEN BOSSCHE, et ce pour orienter une situation locale gantoise dans une direction bien déterminée, en un système où les Flandres, d'Ypres jusqu'au fin fond de la Campine, pourraient acquérir un centre B3 ou un multiple de B3 par centre urbain. Et cela, à un moment où partout dans le monde le nombre d'interventions de chirurgie cardiaque diminue drastiquement suite aux possibilités accrues de la cardiologie interventionnelle.

Selon l'opinion publique américaine l'objectif principal reste d'être aussi rapide que possible pour prendre l'infarctus en traitement (<sup>185</sup>). USA Today se basait sur un article du "New England Journal of Medicine" (14.11.2006 mais released électroniquement le 12.11.2006). Le message était que l'angioplastie par ballon était la meilleure technique pour traiter l'attaque cardiaque.

VIII.4.3. Par l'arrivée du Prof. Dr Dominique DE VALERIOLA, fille du cardiologue et ancien bourgmestre de Seneffe, le Dr Yvon DE VALERIOLA, et médecin directeur de l'Institut Bordet à Bruxelles, comme conseillère au cabinet du ministre DEMOTTE, tout ce qui avait été difficilement construit pendant les dix années écoulées en matière de réglementation sur l'oncologie, fut réduit en poussière. Le lobby du Prof. Dr Simon VAN BELLE, travaillant à l'UZ de Gand comme oncologue médical agréé par soi-même, supprimait le titre professionnel complémentaire "et en oncologie" et instituait le titre professionnel de base de l'"oncologue médical" (<sup>186</sup>). Alors que la plupart des internistes oncologues et des "spécialistes oncologues d'organe" ne demandent qu'à collaborer de manière constructive, il subsiste un noyau dur qui continue à créer de gros problèmes.

Pour autant que l'ego soit caressé dans le sens du poil et que le privilège de la prescription de la plupart des cytostatiques soit garanti à ce lobby surtout académique d'oncologues médicaux, tout va. Les arrêtés et textes légaux sont adaptés par le club des bons amis. Et que cela puisse mettre en péril les programmes de soins oncologiques qui fonctionnent bien, n'est qu'accessoire pour eux. Le Prof. VAN BELLE a usé de sa présidence du Collège de l'oncologie pour donner un avis au ministre DEMOTTE au sujet de la création de "cliniques du sein". Il se base pour cela sur un article de l'A.R. relatif aux programmes de soins oncologiques (<sup>187</sup>), qui dit que pour des tumeurs exceptionnelles des centres spécifiques doivent être créés. Une tumeur dont sont atteintes 1/10 des femmes belges ne nous semble pas appartenir à cette catégorie.

---

<sup>184</sup> Rapport annuel GBS 2005. Chapitre VII.7. Le Médecin Spécialiste. N° spécial. Mars 2006.

<sup>185</sup> "Hospitals drop ball on heart attacks. Study finds only 35% react quickly enough". USA Today. N°4629. November 13, 2006.

<sup>186</sup> "De oncologie puzzel". Dr. Marc Moens. Le Médecin Spécialiste, N° 4. Juillet 2006.

<sup>187</sup> A.R. du 21.03.2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins oncologiques de base et le programme de soins oncologiques doivent répondre pour être agréés (M.B.25.04.2003).

En 2006, l'oncologie a fait l'objet de discussions et débats dans bon nombre d'organes officiels et moins officiels. Il devient urgent que l'on fasse quelque chose pour sortir du marasme créé par les onco-lobbyistes.

En marge de ces problèmes s'est développé un débat public au sujet du coût des médicaments anticancéreux et sur le sens et/ou non sens du screening. Avec son esprit critique, le médecin, épidémiologiste et ex-collaborateur du Centre fédéral d'Expertise, le Dr. Luc BONNEUX, se plaît à relancer régulièrement le débat <sup>(188)</sup> <sup>(189)</sup>.

Il est d'ailleurs étonnant que des études Cochrane dont les conclusions sont (très) négatives p.ex. pour le screening du cancer du sein, restent lettre morte non seulement dans la presse générale, mais également dans les instituts convaincus de disposer de la science objective <sup>(190)</sup>. Il faut croire que journalistes autant que scientifiques n'osent s'exprimer en contre-sens de certains discours politiques.

## IX. CONCLUSION

Tous les belges se plaignent que notre société est devenue un dédale tellement complexe sur le plan juridico-technique et administratif, qu'on craint de s'y perdre. Ce n'est pas seulement les "haves" contre les "have not", mais de plus en plus souvent les "knows" contre les "don't know". Même un diligent secrétaire d'état pour la simplification administrative ne peut rien y faire. Surtout dans le domaine des soins de santé.

La politisation pénètre de plus en plus profondément dans l'exercice de notre profession. Les soins doivent être "managed" comme s'il s'agissait d'une usine de textile ou de voitures. Mais des médecins on attend un engagement total et une compétence et perfection professionnelle sans limite. Abstrait et impeccable, sous peine d'amendes dont nous ne parvenons plus à retenir ni les différentes catégories ni la hauteur des montants.

Et tout cela pour un petit prix et avec une réglementation jusqu'à ce que mort s'ensuive. Celle du patient ou celle de la profession médicale?

Si le gouvernement réduit la norme de croissance de 4,5 à 3,0% (comme certains prévoient) et ne garantit pas notre index, nous ne pourrons ni ne voudrons plus dispenser nos soins de qualité.

Nous ne nous laisserons pas abattre! L'union est notre force!

Dr M. MOENS  
Secrétaire général  
Bruxelles  
03.02.2007

---

<sup>188</sup> "Het kankerdilemma.Niemand kan snappen dat prullen worden terugbetaald maar een werkzaam medicijn voor een doodzieke patiënt niet". De Morgen. 29.12.2006.

<sup>189</sup> "Van gezondheidszorg naar verwezening". De Standaard. 29.12.2006.

<sup>190</sup> "Screening for breast cancer with mammography". P.C. Goatsche and M.Nielsen.Cochrane Database of Systematic reviews, 2006 Issue 4. 18.10.2006.

**Audition de la Commission du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille  
Parlement flamand, 28.03.2006.**

**Texte du Dr Marc MOENS, présenté par Dr jur. Ingrid DREEZEN**

**Points critiques**

- 1) L'encryptage est uniquement utilisé pour l'envoi d'informations par Internet. Les données sont décodées dans des circonstances précises.
- 2) Les données du fichier intermédiaire sont transmises à l' "administration".
- 3) Le Gouvernement flamand contrôle les systèmes d'anonymisation, d'encryptage, de codification sans contribution du groupe professionnel concerné.
- 4) Des données sont soustraites automatiquement du système d'information santé obligatoire
- 5) Le patient est considéré comme acceptant tacitement le traitement de ses données.
- 6) Le refus du patient d'enregistrer ses données est très difficile et est sanctionné.
- 7) Les dispensateurs de soins ont l'obligation de collaborer "loyalement" de sorte que le secret médical est réduit à une coquille vide.

**Conclusion générale**

Il est à noter que le Gouvernement flamand s'est plus occupé de lui-même dans ce projet de décret que des soins de santé au citoyen flamand. FlaHealth se livre en quelque sorte à de la surenchère par rapport à BeHealth.

Il ressort clairement des discussions dans le groupe Vision de BeHealth qu'il n'y a pas la moindre concertation entre le groupe fédéral autour de BeHealth et le groupe flamand qui s'occupe du système d'information santé. Depuis les avis du 29.08.2003 et du 10.05.2004 de la Commission de la protection de la vie privée au précédent ministre flamand du Bien être, de la Santé et de l'Egalité des chances, il n'y a plus eu la moindre concertation structurée.

Dans le projet de décret flamand, l'autonomie du citoyen/patient est ignorée. Le patient n'en retire pas de gain en termes de santé et il n'a pas plus facilement accès aux soins, bien au contraire. Le dispensateur de soins est accablé par les obligations administratives supplémentaires qui viennent s'ajouter aux obligations fédérales.

Certains articles comme le 48 et le 49 témoignent d'une vision totalitaire de l'ensemble ou de certains des concepteurs de ce projet de décret à l'égard du citoyen/patient et du citoyen/médecin ou du citoyen/autre dispensateur de soins. La réglementation incroyablement complexe qui devrait instaurer une relation "opérationnelle" entre la Banque Carrefour fédérale avec son propre comité de surveillance, la Commission fédérale de la protection de la vie privée, les comités sectoriels fédéraux et les organes qui seront institués dans les méandres du système d'information santé flamand constituera une tâche ardue pour le Conseil d'Etat et éventuellement pour la Cour constitutionnelle. On a très savamment noyé le poisson.

Pour les prestataires, cela n'apporte qu'une surcharge et, pour le patient, il y a surtout un risque plus grand de violation de la vie privée. L'ouvrage de Karin Spaink "Medische



geheimen. Risico's van het elektronisch patiëntendossier"<sup>191</sup> devrait être une lecture obligatoire avant de s'oser à la rédaction de BeHealth ou de FlaHealth.

Le gouvernement flamand a tout à fait le droit de rechercher la scission des soins de santé. Du reste, il ressort des arrêts de la Cour d'arbitrage que cet organe suprême du droit belge réserve un accueil de plus en plus favorable aux revendications justifiées du gouvernement flamand<sup>192</sup>.

Mais il est inacceptable que le gouvernement flamand entende satisfaire ses desiderata en imposant à ses dispensateurs de soins et citoyens des obligations administratives superflues et contre-productives en compétition avec les autorités fédérales.

Les soins risquent d'imploser car les dispensateurs de soins de santé ne vont pas tarder à jeter l'éponge. Ce projet de décret constitue le moyen par excellence pour dissuader les candidats dispensateurs de soins à opter pour une profession dans les soins de santé, surtout en ce qui concerne les généralistes et les infirmiers.

Dr Marc MOENS  
25.03.2006.

---

<sup>191</sup> Nijgh & Van Ditmar // XS4ALL internet; 2005.

<sup>192</sup> Cf. entre autres l'arrêt 147/2005 du 28.09.2005 rejetant le recours en annulation introduit par l'ABSyM et le GBS contre le Décret de la Communauté flamande du 03.03.2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins.