

**Rapport annuel 2009 du GBS
Dr Marc MOENS, Secrétaire général**

LA QUADRATURE DU CERCLE

**Bruxelles
06.02.2010**

TABLE DES MATIERES

1.	Volet administratif	1
2.	Représentation	2
2.1.	Concernant le master après master	2
2.2.	Contacts politiques fédéraux	6
2.3.	Mdeon	6
2.4.	FEMS	7
2.5.	Zorgnet Vlaanderen	7
2.6.	IphEB	8
2.7.	Re-inventing healthcare	8
2.8.	Ministère flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille.....	8
2.9.	FARES et VRGT	8
2.10.	Cellule de réflexion sur la sécurité du patient au sein de la DG II	9
2.11.	MS 7 au Québec.....	10
2.12.	Ministère de l'Emploi et temps de travail	10
2.13.	UEMS	11
3.	Politique	11
3.1.	Généralités	11
3.1.1.	Le grand classique : non pas des kilos mais des gigabytes de Moniteur belge	11
3.1.2.	Le poète flamand le plus lu devient le premier président de l'Union européenne	14
3.1.3.	La banalisation de l'euthanasie se poursuit imperturbablement	17
3.1.4.	L'Eglise et l'Etat.....	19
3.2.	Equilibres politiques au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes	20
3.2.1.	Fonctionnement	20
3.2.2.	Oncologie	22
3.3.	Grippe	24
3.4.	Numerus clausus	26
3.5.	Le KCE	36
4.	L'accord médico-mutualiste du 17.12.2008 (M.B. du 19.01.2009)	37
4.1.	Adhésions – refus	37
4.2.	Concrétisation de la seconde année de l'accord du 17.12.2008	40
4.3.	Médicaments	41
4.4.	Budget	42
4.5.	Accréditation	49
5.	Procédures juridiques	50
5.1.	Introduction	50
5.2.	Recours introduits ou cofinancés par le GBS	50
5.2.1.	Les montants de référence	50
5.2.2.	Master après Master	52
5.3.	Arrêts	54
5.3.1.	L'intervention volontaire	54
5.3.2.	Article 17 de la nomenclature – diminution des honoraires de 4 prestations réalisées avec la RMN alignés au niveau du CT-scan	55
5.3.3.	Honoraires d'urgence. Pour la biologie clinique, une victoire à la Pyrrhus ou durant quelques jours content avec du vent. Pour l'imagerie médicale simplement une fin de non-recevoir.	55
5.3.4.	Les honoraires de disponibilité	56
5.3.5.	L'arrêt 190.694 et ses conséquences pour la "Loi Brotchi"	57
6.	Conclusion	59

1. VOLET ADMINISTRATIF

Aucun des 280 participants inscrits n'aurait pu soupçonner, il y a un an, que le thème de notre symposium consacré à eHealth et ayant eu lieu avant notre précédente assemblée générale le 07.02.2009 allait faire la une de la presse médicale dans le cadre (du refus) de l'enregistrement de la vaccination contre la grippe (cf. point 3.2.).

Le symposium sur les montants de référence du 19.09.2009 a également rencontré un grand succès avec ses 264 participants inscrits. Comme si les choses avaient été convenues ainsi – quod non –, la plupart des directions des hôpitaux ainsi que, à notre demande à l'occasion d'une réunion du Comité de l'assurance de l'INAMI, les présidents des conseils médicaux ont reçu, le vendredi 18.09.2009, soit la communication du montant de référence à rembourser, soit l'annonce plus agréable que leur hôpital ne faisait pas partie des hôpitaux appelés à rembourser. Le mauvais génie du typographe a joué un tour à la rédaction de la lettre de l'INAMI car celle-ci était datée du ... 19.09.2009.

Au cours de l'année écoulée, la transmission d'informations par voie électronique aux membres a progressé. Durant l'exercice 2008, nous avons comptabilisé 13 numéros de l' "e-spécialiste" et, en 2009, ils ont été au nombre de 44. Le secrétariat du GBS a bien évidemment également envoyé à ses membres et sympathisants par courrier ordinaire six numéros classiques et quatre numéros spéciaux de sa revue "Le Médecin Spécialiste".

Depuis notre précédente assemblée générale, le Comité exécutif s'est réuni à 37 reprises le lundi midi tandis que le comité directeur s'est réuni 6 fois un jeudi soir. Outre l'actualité médicale, nous notons comme thèmes récurrents lors de ces réunions : la sécurité du patient, l'utilisation correcte des médicaments avec comme épiphénomène l'arrivée du pharmacien clinique dans l'hôpital, la saga autour des titres professionnels en oncologie, les heurs et malheurs des médecins spécialistes en formation (MSF) et les dossiers qui y sont indissolublement reliés comme les grains d'un chapelet, comme le master après master, la directive européenne sur le temps de travail et le numerus clausus.

La présence de 42 confrères à la réunion du GBS consacrée au master après master du 22.10.2009 témoigne du grand intérêt accordé à l'avenir de nos jeunes confrères. Les 16 confrères qui ont dû se faire excuser ont reçu le compte rendu et les présentations PowerPoint qui ont enrichi le débat.

Un Forum des commissions d'agrément a été créé le 07.01.2010. Il a pour mission de faire office de plate-forme de discussion collective du banc de la profession des différentes commissions d'agrément en vue de définir une stratégie uniforme qui sera défendue par les représentants des unions professionnelles. Le Forum doit transmettre les doléances de la base au GBS qui organise ensuite la liaison avec le Conseil supérieur, les organes interuniversitaires et le SPF Santé publique. Le Forum doit également veiller à organiser la transmission des décisions prises au sein du comité directeur du GBS vers les membres du banc de la profession et il doit nouer et tenter d'entretenir des contacts avec les médecins spécialistes en formation.

Dans notre précédent rapport annuel¹, nous vous faisons part des sérieux problèmes engendrés par le fait que, depuis le 1^{er} septembre 2006, la loi du 31 mars 1898 sur les unions professionnelles a été modifiée de telle manière que les statuts et annexes des unions professionnelles ne doivent plus être introduits auprès du Conseil d'Etat mais auprès de la ministre des Classes moyennes, Mme Sabine LARUELLE. En dépit de nos demandes répétées et de l'obstination de notre directrice adjointe, Madame Fanny VANDAMME, et malgré également la question parlementaire posée à ce propos par la députée Open VLD, le Dr Yolande AVONTROODT², il a fallu attendre les vacances d'été 2009 pour la publication des arrêtés d'exécution de cette loi^{3, 4, 5}.

Cette publication n'a malheureusement pas réglé tous les problèmes pratiques. Le SPF Classes moyennes accepte uniquement des documents complétés sur base des documents disponibles électroniquement sur leur website. Comme ces formulaires ont été élaborés sans aucune concertation avec le service chargé du traitement des dossiers, cela a encore donné lieu à un certain retard. Les collaborateurs qui doivent rejoindre ce nouveau service n'étaient en outre parfois pas en mesure de répondre à des questions pratiques qui sont élémentaires pour des collaborateurs d'une union professionnelle. Après moult concertations et beaucoup de bonne volonté, nous sommes finalement parvenus à introduire, à la mi-novembre 2009, les statuts de l'union professionnelle des neurologues constituée en 2006 dans le cadre de la nouvelle réglementation. Il a encore fallu attendre le 14 janvier 2010 pour que ces statuts soient publiés aux annexes du Moniteur belge dans le cadre de la nouvelle réglementation, constituant ainsi une première pour les unions professionnelles. L'union professionnelle des neurologues a ainsi enfin été en mesure d'introduire sa candidature pour devenir membre à part entière du GBS.

2. REPRESENTATION

2.1. Concernant le master après master

2.1.1. Le comité directeur du GBS a rencontré une délégation des étudiants flamands en médecine le 17.02.2009. Au cours de cette réunion, la "*Charter van de Vlaamse geneeskundestudenten*" élaborée par la direction du *Vlaams Geneeskundig Studenten Overleg* (VGSO) ainsi que leur communiqué de presse "*Vlaamse geneeskundestudenten verenigen zich en leggen eisen op tafel*" ont été analysés et

¹ "Rien ne va plus". Dr M. Moens. Rapport annuel 2008 du GBS, 07.02.2009. I. Volet administratif, p. 3.

² Question orale de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique sur "les fédérations agréées d'unions professionnelles" (n° 6122). 17.06.2008

³ Loi du 15.09.2006 réformant le Conseil d'Etat et créant un Conseil du Contentieux des Etrangers. Articles 72, 76 et 215 (M.B. du 06.10.2006; éd. 1).

⁴ Arrêté royal du 17.08.2007 pris en exécution de l'article 6 de la loi du 31 mars 1898 sur les unions professionnelles et abrogeant l'arrêté du Régent du 23 août 1948 pris en exécution de l'article 6 de la loi du 31 mars 1898 sur les unions professionnelles (M.B. du 03.08.2009, p. 51783).

⁵ Arrêté royal du 02.07.2009 modifiant l'arrêté royal du 17 août 2007 pris en exécution de l'article 6 de la loi du 31 mars 1898 sur les unions professionnelles et abrogeant l'arrêté du Régent du 23 août 1948 pris en exécution de l'article 6 de la loi du 31 mars 1898 sur les unions professionnelles (M.B. du 03.08.2009, p. 51784).

discutés. Le GBS soutient leur exigence⁶ de voir les études de médecine ramenées à 6 ans.

Jusqu'à présent, le diplôme de médecin obtenu au terme de sept ans donne accès à une formation complémentaire de médecin généraliste ou de médecin spécialiste. Du fait des modifications apportées à l'arrêté ministériel réglementant l'agrément des médecins généralistes⁷, depuis 2002, la septième année comptait comme première année de la formation de médecin généraliste⁸. De ce fait, les futurs médecins généralistes pouvaient entamer leur formation après six ans tandis que les médecins spécialistes ne pouvaient le faire qu'un an plus tard. En raison de cette discrimination, le GBS a demandé l'annulation de l'A.M. du 01.10.2002 et a obtenu l'annulation de son article 1⁹. En attendant, l'A.M. avait déjà été remplacé par un autre A.M.¹⁰, lequel a lui aussi été annulé par le Conseil d'Etat, non pas après un recours introduit par le GBS mais après un recours en annulation introduit par la vzw Brussels Dienstbetoon et un médecin généraliste bruxellois néerlandophone, le Dr Joost RAMPENBERG¹¹. L'annulation était basée sur un vice de forme mais, en fait, tout tournait autour d'une dispute communautaire à propos des listes de garde pour les médecins généralistes bruxellois.

Conséquence : à l'heure actuelle, l'A.M. de 1999 est de nouveau en vigueur, ce qui signifie que la formation de médecin généraliste devrait en réalité durer 10 ans mais que, dans la pratique, elle ne peut durer que 9 ans. Depuis le 04.12.2008, la commission d'agrément de médecine générale ne peut plus rendre d'avis concernant l'agrément comme médecin généraliste contrairement à la ministre de la Santé publique Laurette ONKELINX qui le peut, en vertu de son pouvoir discrétionnaire¹². Il convient d'examiner cette exigence de raccourcir les études de médecine à 6 ans à la lumière de ce problème des médecins généralistes, d'une part, et de la discrimination dont les médecins spécialistes en formation sont victimes, d'autre part.

2.1.2. Le 10.02.2009, le soussigné a prononcé une allocution et a pris part à un débat en Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société de la Chambre des représentants de Belgique sur le statut du médecin spécialiste en formation¹³.

2.1.3. Le Prof. Jacques GRUWEZ a assisté et participé activement au débat du samedi 07.03.2009 durant une session d'information à l'UA sur la future introduction du master après master.

⁶ "Studenten eisen basisopleiding van zes jaar". Artsenkrant Nr. 1976, 10.02.2009

⁷ Arrêté ministériel du 03.05.1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (M.B. du 08.07.1999, éd. 1).

⁸ Arrêté ministériel du 01.10.2002 modifiant l'arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (M.B. du 23.10.2002 (éd. 2).

⁹ Arrêt 116.915 du Conseil d'Etat du 18.01.2007.

¹⁰ Arrêté ministériel du 21.02.2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (M.B. du 27.02.2006, éd. 1)

¹¹ Conseil d'Etat, section du contentieux administratif, arrêt n° 188.466 du 04.12.2008 dans l'affaire A.172.218/VII-35.861.

¹² Le 21.01.2010, nous avons été informés par l'administration du SPF Santé publique que le projet d'A.M. est actuellement soumis au Conseil d'Etat pour avis.

¹³ DOC 52 **1883/001** rapport auditions, 16 mars 2009 "Le statut des médecins spécialistes en formation".

2.1.4. Durant l'année 2009, une concertation informelle a été menée entre le GBS et des politiques et universitaires sur le thème du master après master. Notamment entre le vice-président du GBS, le Prof. Dr Jacques GRUWEZ, et le doyen de la faculté de médecine de la KULeuven, le Prof. Dr Bernard HIMPENS, le 23.02.2009, et ensuite entre le soussigné et le doyen de la faculté de médecine de l'UIA, le Prof. Dr Paul VAN DE HEYNING, ORL, les 08.07.2009 et 08.09.2009 et avec le Prof. Dr Wilfried DE BACKER, professeur de pneumologie à l'UA, le 09.09.2009. Les deux derniers sont du reste membres du GBS.

Le 31.08.2009 seulement, nous avons appris à la faveur d'un entretien téléphonique avec un opposant universitaire au master après master que le gouvernement flamand allait approuver le master après master lors de sa première réunion après les vacances d'été. Cela s'est vérifié lors des entretiens avec les professeurs VAN DE HEYNING et DE BACKER. Le butin universitaire étant capturé, la discussion avec les représentants de la profession pouvait être engagée au départ d'une position de force supposée (cf. point 5.2.2.).

2.1.5. Le 13.05.2009, le Prof. GRUWEZ et le soussigné ont mené, à la demande de ceux-ci, une concertation constructive avec les doyens des universités flamandes au Palais des académies de Bruxelles. Aucune suite n'a malheureusement été donnée à cette rencontre, et ce malgré la promesse formelle que le secrétaire, Monsieur J. KNAPEN, ferait parvenir un procès-verbal de la réunion au GBS et qu'il y aurait une nouvelle réunion.

2.1.6. Faisant suite à la publication d'un article consacré à l'académisation de la formation des médecins spécialistes¹⁴ et à la polémique qui en a résulté¹⁵, notre président le Dr Jean-Luc DEMEERE, notre vice-président le Prof. Jacques GRUWEZ et notre secrétaire général adjoint le Prof. Francis HELLER ont accepté l'invitation du Prof. Dr S. DE FONTAINE, chirurgien plastique à l'ULB, à tenir, le 19.06.2009, un exposé sur la formation de médecin spécialiste vue par le GBS et au regard de ce qu'est la législation, selon nous, à l'heure actuelle. Cette conception diverge par plusieurs aspects de celle ayant les faveurs de certains maîtres de stage universitaires. Ce fut une réunion très positive ayant donné lieu à une discussion ouverte et éclairante.

2.1.7. Le 14.09.2009, le comité directeur du GBS a rencontré le tout nouveau ministre flamand de l'Enseignement, de la Jeunesse, de l'Egalité des Chances et des Affaires bruxelloises, Pascal SMET. De toute évidence, il ignorait tout du dossier master après master et, à ce moment-là, son esprit était davantage tourné vers l'actualité du débat sur le port du foulard dans les écoles publiques anversoises. Son collaborateur de cabinet, Monsieur Tom DEKEYZER, a toutefois pu nous dire que le projet de décret sur le master après master avait été adopté par le gouvernement flamand le 04.09.2009 et qu'il allait être publié prochainement au Moniteur belge¹⁶. Le 02.10.2007, nous avons déjà discuté de manière approfondie avec ce même

¹⁴ "Le candidat spécialiste et le gâchis humain de l'académisation". Le Médecin spécialiste, n° 7, décembre 2008.

¹⁵ "Editorial". Le Médecin spécialiste n° 1, janvier 2009.

¹⁶ L'arrêté du gouvernement flamand du 04.09.2009 portant agrément de la formation de master après master 'specialistische geneeskunde' comme nouvelle formation de la 'Vrije Universiteit Brussel' a été publié au M.B. du 18.09.2009, éd.2, les arrêtés pour l'Universiteit Antwerpen, l'Universiteit Gent et la Katholieke Universiteit Leuven ayant été publiés au M.B. du 21.09.2009, éd. 2.

Tom DEKEYZER ainsi qu'avec le chef de cabinet, Monsieur Koen PELLERIAUX, aujourd'hui du ministre SMET mais à l'époque du ministre flamand de l'Emploi, de l'Enseignement et de la Formation Frank VANDENBROUCKE, de la problématique du master après master, mais sans résultat.

2.1.8. Le 28.09.2009, le Prof. Jacques GRUWEZ, le Dr Johan VAN WIEMEERSCH, Madame Fanny VAN DAMME et le soussigné ont repris, dans les murs du VLIR (conseil interuniversitaire flamand) situé Galerie Ravenstein à Bruxelles, le fil de la conversation avec une délégation du groupe de travail formation des médecins spécialistes qui avait été engagée le 4 mai 2007 mais n'avait jamais eu de suite, et ce malgré les demandes répétées du GBS¹⁷. Cette fois, la délégation du VLIR était constituée du président du groupe de travail, le Prof. Wilfried DE BACKER (Universiteit Antwerpen), du Prof. Martine DEVOS (Universiteit Gent), du Prof. Willy PEETERMANS (K.U. LEUVEN), du Prof. Brigitte VELKENEERS (de la Vrije Universiteit Brussel), de Madame Rosette S'JEGERS, secrétaire générale du VLIR et de Madame Jo BREDA, collaboratrice de staff senior politique de l'enseignement. Tous les problèmes ont été abordés mais, malgré l'engagement de se revoir dans les 4 à 6 semaines suivant la discussion tenue au sein du GBS à propos de cette réunion approfondie, il n'y a une nouvelle fois pas eu de suite (cf. point 5.2.2.).

2.1.9. Le GBS prend l'initiative au niveau du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Le fonctionnement du Conseil supérieur a été bouleversé de manière importante en 2009 pour une raison très spécifique. L'A.R. régissant entre autres choses le fonctionnement du Conseil supérieur¹⁸ ne prévoit pas de membres suppléants. Par conséquent, un membre effectif ne peut pas donner un mandat à un suppléant. A la suite de l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat et par lequel l'arrêté portant sur les critères d'agrément des médecins généralistes a été annulé pour le motif que le quorum prévu à l'article 5 § 6 n'était pas atteint, le président, le Dr Dirk CUYPERS, ne souhaite plus tenir de réunions qu'avec le quorum requis de membres physiquement présents. Dans la mesure où il n'y a quasiment jamais plus de la moitié des 101 membres présents, le GBS a instauré un système qui est suivi tant par les membres universitaires que par les membres non universitaires, tant par les médecins généralistes que par les médecins spécialistes et tant par les francophones que par les néerlandophones. Le secrétariat du GBS appelle tous les membres à ne pas assister à la première réunion mais à être tous présents à la deuxième date de réunion qui, conformément à l'article 5 § 6 de la loi, doit être convoquée avec un ordre du jour identique. Pour autant que l'ordre du jour soit identique, des votes peuvent intervenir valablement, indépendamment du nombre de personnes présentes. Cette manière de faire comporte naturellement des risques. Seuls les jusqu'au-boutistes s'y rendent encore et certains membres quittent la salle dès que "leur" point a été traité. En effet, l'ordre du jour peut être suivi jusqu'à son terme quel que soit le nombre de membres. Les choses ne peuvent pas continuer ainsi éternellement.

Ce dispositif de "réunions fictives" a été instauré en signe d'indignation après la réunion du 05.03.2009 à laquelle le président CUYPERS avait mis fin au bout d'une

¹⁷ Cf. Rapport annuel 2007 du GBS. Toscane-sur-Senne. 02.02.2008. Point III.9. Numerus clausus et Master après Master, p. 21.

¹⁸ Arrêté royal du 21.04.1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 27.04.1983).

minute après avoir constaté que le quorum (la moitié plus un) n'était pas atteint. Les membres qui étaient arrivés avec quelques secondes ou minutes de retard, à l'instar du soussigné, en provenance de tout le pays, de Turnhout, d'Ostende ou d'Arlon, après avoir effectué un voyage en train ou en voiture en bravant le trafic urbain à l'heure de pointe, étaient rentrés bredouilles. Ils n'avaient même pas pu prétendre au jeton de présence généreux de 4,96 euros auquel ils ont normalement droit ainsi qu'au remboursement de la contre-valeur de leur billet de train car le registre de présence avait disparu avec les fonctionnaires.

L'administration s'est engagée à revoir le fonctionnement du Conseil supérieur et notamment à instaurer des suppléants mais, renseignements pris lors de la réunion du 21.01.2010, il apparaît que le premier pas doit encore être franchi en la matière. Au dire du président Dirk CUYPERS, il convient d'abord de réfléchir si le fonctionnement actuel avec une représentation paritaire des différentes composantes est bien nécessaire pour tous les points à traiter. Autrement dit, il semble que l'A.R. du 21.04.1983 ne sera pas adapté dans l'immédiat. Par conséquent, le GBS va encore devoir informer plus d'une fois les membres du Conseil supérieur que la première date de réunion est fictive et que seule la deuxième est réelle. Un effet secondaire est entre-temps qu'un bon nombre de membres du Conseil supérieur s'excusent auprès du GBS par e-mail pour leur absence à une réunion programmée – fictive et/ou réelle – au lieu de s'adresser au SPF Santé publique. Notre directrice adjointe, Madame Fanny VANDAMME, veille minutieusement à ce que toutes ces informations soient transmises dans les délais à la bonne adresse au SPF.

2.2. Contacts politiques fédéraux

Outre une série de contacts informels entre des membres individuels du comité directeur du GBS et des politiques de différentes tendances politiques, tant des partis du gouvernement que de l'opposition, il y a aussi eu au cours du printemps des moments de concertation structurée, avec des agendas, entre des délégations officielles du GBS et la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Madame Laurette ONKELINX, le 08.05.2009 et avec son collaborateur, le Dr Koenraad VANDEWOUDE, le 18.11.2009, avec Luc GOUTRY, député CD&V membre des commissions des Affaires sociales et de la Santé publique et porte-parole du CD&V en ce qui concerne l'assurance-maladie et les soins de santé, le 14.04.2009 et le Dr Yolande AVONTROODT, députée Open VLD et également membre des commissions des Affaires sociales et de la Santé publique, le 23.04.2009.

2.3. Mdeon

Le Dr Bernard MAILLET, notre trésorier du GBS, est entré en scène en avril 2009 en tant que président de Mdeon, conformément aux dispositions statutaires pour une durée d'un an. Il a présenté les statuts remaniés à la presse. Certes, ceux-ci ne correspondent pas tout à fait à ceux que le GBS aurait souhaités mais ils constituent malgré tout un pas en avant par rapport aux statuts initiaux. La présence des autorités et de certains représentants des médecins généralistes ne facilite pas la prise de décisions au sein du conseil d'administration. Le Cartel a rejoint Mdeon en 2009.

L'agrégation de Mdeon comme organe déontologique pouvant délivrer des visas¹⁹ a été prolongée de trois ans par la ministre ONKELINX²⁰.

2.4. FEMS

Le GBS a été l'hôte de l'Assemblée générale de la Fédération Européenne des Médecins Salariés – European Union of Salaried Doctors (FEMS) à Bruxelles du 11 au 13.06.2009. Le Dr Eddy MAES, vice-président et délégué belge au nom du GBS auprès de la FEMS, a – conjointement avec le Dr Bernard MAILLET, en qualité de secrétaire général de l'UEMS – fait les honneurs du lieu aux invités et leur a réservé un accueil chaleureux. Le Dr Jacques MERCKEN a servi de guide à la compagnie à l'occasion d'un tour culturel et humoristique au cœur du vieux Bruxelles.

Le GBS a été accepté comme membre à part entière à l'occasion de l'assemblée générale de la FEMS qui s'est tenue les 2 et 3 octobre 2009. Le GBS était membre observateur depuis 2 ans.

2.5. Zorgnet Vlaanderen

Les réunions trimestrielles structurées avec l'ancien VVI rebaptisé en Zorgnet Vlaanderen, conjointement avec une délégation du VAS, appartiennent au passé. La relation s'est totalement dégradée quand l'administrateur délégué de Zorgnet Vlaanderen, Peter DEGADT, a estimé avoir le droit, à l'occasion d'une enquête approfondie, de demander à ses hôpitaux affiliés entre autres choses les revenus des radiologues et des biologistes cliniques. Lors d'une action menée en commun avec le VAS, le GBS a appelé les radiologues et les biologistes cliniques, ainsi que les présidents des conseils médicaux et les médecins chefs, à refuser de répondre à l'enquête. Seul un nombre très limité d'hôpitaux ont répondu et le plus souvent de manière fragmentaire. La raison de cette enquête était à trouver dans la mission que l'INAMI a reçue de la ministre ONKELINX d'organiser une Task Force chargée de trouver 100 millions d'euros d'économies dans les secteurs de la biologie clinique et de la radiologie.

Dans l'intervalle, une plainte a été déposée par le soussigné et par le Dr Rudi VAN DRIESSCHE auprès de la Commission de la protection de la vie privée contre Peter DEGADT. Le 01.09.2009, le soussigné accompagné de Monsieur Jos VAN DEN NIEUWENHOF pour le GBS ainsi que le Dr Rudi VAN DRIESSCHE accompagné de Mme Martine BOGAERT pour le VAS ont apporté des éclaircissements sur cette affaire à la Commission. Nous devons malheureusement constater que le traitement du dossier progresse avec une lenteur exaspérante. Une violation de la loi relative à la protection de la vie privée ne peut pas rester impunie. Cette loi prévoit à cet effet toute une série de sanctions possibles²¹. En cas d'infraction avérée à ladite loi, le GBS peut, conjointement avec l'ABSyM, engager une procédure pénale contre Monsieur DEGADT.

¹⁹ Loi du 25.03.1964 sur les médicaments, article 10, § 3, remplacé par la loi du 16.12.2004

²⁰ Arrêté royal du 30.03.2009 portant agrégation des organes visés à l'article 10, § 3, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments

²¹ Loi du 08.12.1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, chapitre VIII, dispositions pénales.

2.6. IphEB

Tout comme il l'avait fait le 14.04.2008, le Prof. Dr Francis HELLER, secrétaire général adjoint, a pris part, le 18.05.2009, à l'assemblée générale statutaire de l'IphEB, l'Institut Pharmaco-Epidémiologique Belge.

2.7. Re-inventing healthcare

Le 15.09.2009, le Prof. Francis HELLER a participé au nom du GBS au symposium *"Re-inventing healthcare : le point de vue des experts belges"* au cours duquel la situation complexe de la correcte utilisation et le bon choix en termes de possibilité de remboursement des médicaments ont occupé une place importante dans le débat.

2.8. Ministère flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille

Les 14.04.2009 et 29.09.2009, le GBS a pris part à la "concertation structurelle avec les syndicats médicaux" que le ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille organise depuis plusieurs années. Le 14.04, c'était la ministre Veerle HEEREN qui invitait. Elle a occupé ce poste de ministre durant une courte période du 02.01.2009 au 11.07.2009. Le 29.09.2009, c'était au tour du ministre Jo VAN DEURZEN d'inviter. Nous avons déjà rencontré celui-ci dans le cadre de ses fonctions antérieures, comme président du CD&V, en qualité de président du conseil d'administration du ZOL (Ziekenhuizen Oost-Limburg) et – jusqu'au moment de sa démission, le 19.12.2008, à l'occasion de l'affaire Fortis – en tant que ministre fédéral de la Justice et vice-premier ministre dans le gouvernement Leterme I. Les deux réunions se sont surtout limitées à une prise de connaissance mutuelle avec les différents représentants.

2.9. FARES et VRGT

Le 20.08.2009, le FARES²² et la VRGT²³ ont proposé au GBS de reprendre son logo dans le cadre de la campagne "sevrage tabagique pour tous" – "tabaksontwenning voor iedereen". A l'instar d'une trentaine d'autres groupes actifs dans les soins de santé, le comité directeur du GBS a volontiers marqué son accord avec cette proposition. A compter du 01.10.2009, en application du Plan national contre le cancer 2008-2010 de la ministre ONKELINX, une intervention est accordée par l'INAMI²⁴ pour l'assistance au sevrage tabagique dans le cadre d'un réseau de médecins et de tabacologues. Un précédent arrêté qui, de manière quelque peu ridicule, limitait le remboursement du sevrage tabagique aux femmes enceintes et à leur partenaire, a été abrogé²⁵, après plusieurs années de critiques, notamment du soussigné, pour être étendu à l'ensemble des citoyens.

²² Fonds des Affections Respiratoires Communauté française asbl

²³ Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding vzw

²⁴ Arrêté royal du 31.08.2009 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités pour l'assistance au sevrage tabagique (M.B. du 15.09.2009; éd. 2)

²⁵ Arrêté royal du 17.09.2005 fixant les conditions d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le sevrage tabagique des femmes enceintes et de leur partenaire (M.B. du 07.10.2005, éd. 1).

A une question parlementaire posée par notre consœur et sénatrice Lieve VAN ERMEN, la ministre ONKELINX a répondu que le budget annuel pour cette campagne s'élevait à 3,39 millions d'euros et que les listes d'attente apparues lors du lancement n'étaient que temporaires²⁶.

A l'occasion de la publication du nouvel A.R., des critiques pertinentes ont été émises par certains membres et d'autres ont exigé que le GBS s'oppose à ce qu'il soit permis à des non-médecins de poser des actes médicaux. La ministre prévoit en effet d'autoriser des licenciés en psychologie et toutes les professions actives dans les soins de santé visées à l'A.R. n° 78 à exercer la tabacologie. Comme le soussigné a eu l'occasion de le faire remarquer au cours de la réunion du Comité de l'assurance du 02.03.2009 lors de l'examen du projet d'A.R., on y retrouve les sages-femmes, les dentistes, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les infirmiers, les aides-soignants, les paramédicaux et même les vétérinaires. Comme le test final de la formation en tabacologie est organisé par le «Fonds des affections respiratoires» (FARES) et par la «Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding » (VRGT) au sein desquels des médecins, et notamment des pneumologues, jouent une part importante dans la politique menée, aucune action en justice n'a été entreprise contre l'A.R. du 31.08.2009.

2.10. Cellule de réflexion sur la sécurité du patient au sein de la DG II

Un groupe de travail/cellule de réflexion sur la sécurité du patient à l'hôpital a été créé par Monsieur Christiaan DECOSTER au sein de la Direction générale II du SPF Santé publique. Le Prof. Francis HELLER a assisté aux réunions au nom du GBS et le sujet a été à l'ordre du jour à plusieurs reprises durant nos réunions hebdomadaires du lundi midi. En outre, le soussigné a eu un entretien éclairant sur ce thème, le 24.07.2009, avec le Dr Luc VAN LOOY, médecin-chef au Sint-Augustinusziekenhuis à Anvers, qui participe aussi activement au groupe de travail. La grande majorité des médecins est disposée à enregistrer les fautes ou presque-fautes de manière à ce que des enseignements puissent en être tirés et que des actions correctives puissent être élaborées et mises en œuvre. On observe toutefois une forte réticence quant au fait d'imposer cet enregistrement dans le cadre de la Loi sur les hôpitaux²⁷. En effet, il pourrait y avoir des interférences avec l'assurance responsabilité professionnelle, ce qui est un point extrêmement sensible dans le contexte des années d'efforts pour parvenir à une (nouvelle version de la) loi NoFault.

Le 02.11.2009, une délégation du GBS, composée du Prof. Francis HELLER, de Madame Fanny VANDAMME, de Monsieur Jos VAN DEN NIEUWENHOF et du soussigné, a rencontré la direction d'ASSURALIA pour tenter de trouver une solution à cette arme à double tranchant. Il a été convenu que la discussion doit être poursuivie en présence de représentants du SPF Santé publique.

²⁶ Sénat de Belgique. Annales. Jeudi 03.12.2009, Séance du matin. Demande d'explications de Mme Lieve Van Ermen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'aide à l'arrêt tabagique» (n° 4-1226)

²⁷ Arrêté royal du 10.07.2008 portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins (M.B. du 07.11.2008, éd. 1)

2.11. MS 7 au Québec

La cinquième édition de MS 7 s'est tenue à Québec du 8 au 11 novembre 2009. Sur les 7 pays initialement présents, il n'y en avait que trois représentés à Québec, à savoir la Belgique, la France et le Canada, auxquels il faut ajouter l'UEMS en tant qu'organisme coupole. Les Drs Jean-Luc DEMEERE, Francis HELLER et Françoise MATTHYS y ont pris part pour le GBS et ils étaient accompagnés par le Dr Bernard MAILLET présent en sa qualité de secrétaire général de l'UEMS. Le GBS assurera l'organisation de MS 7 en novembre 2010 à Bruxelles sur un thème clairement défini qui doit encore être choisi dans le domaine de l'organisation de la médecine spécialisée.

2.12. Ministère de l'Emploi et temps de travail

Le GBS, en la personne du Dr Edgard MAES, du Prof. Dr Francis HELLER et du Prof. Dr Jacques GRUWEZ (remplacé à une occasion par Jos VAN DEN NIEUWENHOF), a pris part, les 09.11.2009 et 06.01.2010, au débat consacré au temps de travail des médecins spécialistes en formation et des médecins salariés au cabinet de la ministre Joëlle MILQUET, vice-première ministre et ministre de l'Emploi et de l'Égalité des chances.

La raison pour laquelle la ministre MILQUET a souhaité rencontrer les représentants des médecins se trouve dans le fait qu'elle doit transposer de toute urgence dans le droit belge la directive européenne 93/104/CE concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, initialement uniquement pour les médecins, les vétérinaires et les dentistes, et déjà adoptée le 23 novembre 1993, mais étendue aux médecins en formation par la directive 2000/34 du 22 juin 2000. La période transitoire de 5 ans, débutant le 2 août 2004, qui était prévue pour la transposition de cette directive pour cette catégorie spécifique de travailleurs est en effet arrivée à son terme il y a plusieurs mois. Le premier ministre, mais qui n'était à l'époque encore que ministre des Affaires étrangères, Yves LETERME, a reçu à ce sujet une mise en demeure de la Commission le 23.11.2009.

Dans la mesure où les débats menés au niveau européen à propos d'une proposition de modification de la directive européenne relative à l'aménagement du temps de travail²⁸ ne sont pas arrivés au moindre résultat, les Etats membres sont tenus de mettre en œuvre les directives existantes. La ministre de l'Emploi MILQUET entend insérer un projet de loi, basé sur l'article 3ter de la loi sur le travail du 16 mars 1971, dans les meilleurs délais.

Pour rappel : Madame ONKELINX avait déjà pris un arrêté royal en la matière en 2003 en sa qualité de ministre de l'Emploi²⁹ mais l'arrêté a été annulé par le Conseil d'Etat à la demande de la KUL, de l'UIA et de l'UZ Gent, avec la VUB et les Cliniques universitaires St-Luc A.S.B.L. comme parties intervenantes. La motivation était que l'urgence invoquée dans le cadre de la procédure d'élaboration n'était pas

²⁸ Cette "European working time directive (EWTD)" a également figuré à l'ordre du jour de l'UEMS durant toute l'année 2009 et a donné lieu à des disputes insurmontables entre les membres.

²⁹ Arrêté royal du 16.06.2003 d'exécution de l'article 3ter de la loi du 16 mars 1971 sur le travail (M.B. du 30.07.2003), annulé par l'arrêt n° 127.914 du 09.02.2004 du Conseil d'Etat (M.B. du 24.03.2004, p. 16780)

suffisamment justifiée. A l'époque déjà, cet A.R. aurait pu soumettre les médecins et les médecins en formation aux restrictions du temps de travail prévues par la directive européenne.

Il s'agissait à vrai dire ni plus ni moins d'une transposition de ce que tout le monde s'est mis à appeler la "loi Colla" alors qu'il s'agit d'un arrêté ministériel sur les critères généraux de formation pour les médecins spécialistes³⁰. La différence fondamentale était cependant qu'avec l' "A.R. ONKELINX", le temps de travail des candidats spécialistes allait tomber sous le contrôle de l'Inspection du travail tandis que la "loi Colla" ne prévoyait pas d'organe de contrôle compétent.

Les unions professionnelles n'ont plus été invitées aux dernières réunions durant la semaine du 19.01.2010. Le soussigné sait par oui-dire qu'en revanche, les représentants des médecins spécialistes en formation et de la Conférence des Hôpitaux Académiques notamment ont été entendus. Vous pourrez prendre connaissance de l'issue de ce dossier dans mon prochain rapport annuel mais, compte tenu de la procédure contre l'A.R. du 16.06.2003, nous ne sommes pas très rassurés.

2.13. UEMS

En tant que membre cofondateur, le GBS reste très actif dans le fonctionnement de l'UEMS. Le Prof. Dr Jacques GRUWEZ et le Dr Luc VAN CALSTER représentent, avec des dossiers bien préparés, les positions du GBS dans nombre de réunions organisées tant à Bruxelles qu'à l'étranger. Le trésorier du GBS, le Dr Bernard MAILLET, est bien évidemment toujours de la partie en sa qualité de secrétaire général de l'UEMS.

3. POLITIQUE

3.1. Généralités

3.1.1. Le grand classique : non pas des kilos mais des gigabytes de Moniteur belge

La probabilité d'arriver à un chiffre rond de pages du Moniteur belge se terminant par trois zéros est de 1 sur 1000. Pour ce qui est de totaliser exactement 83.000 pages, la probabilité est de fait de 1 sur 83.000. Les critiques que j'ai formulées dans mon rapport annuel 2005 du GBS en annonçant que nous nous dirigeons vers 100.000 pages de réglementation à tout-va avec déjà 87.430 pages en 2004³¹ m'a valu une réprimande de Vincent VAN QUICKENBORNE, à l'époque secrétaire d'Etat à la Simplification administrative adjoint au Premier ministre et actuellement ministre pour l'Entreprise et la Simplification. Pour lui, c'est faire preuve de populisme que de compter le nombre de pages³².

³⁰ Arrêté ministériel du 30.04.1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (M.B. du 29.05.1999)

³¹ "Aujourd'hui, des économies sans fin, et demain, soyent green ?". Rapport annuel 2005 du GBS Dr M. Moens. Point III. 1. "Cela fait longtemps : une année sans élections".

³² "We kunnen het Bf-verhaal maar beter volledig afsluiten". Artsenkrant n° 1655. 01.03.2005.

Malgré tout, nous persévérons avec notre mauvais esprit, en ce soutenus par plusieurs journalistes comme Bart Haeck du journal De Tijd³³ et, comme de coutume, Guy Tegenbos du journal De Standaard³⁴. Certes, il est normal que la publicité de l'administration requière des centaines de pages et que de vieilles lois et de vieux arrêtés de toutes sortes soient traduits et publiés avec du retard en allemand mais, tout de même, 83.000 pages, soit 19,7 % de plus que l'année dernière (cf. tableau 1), et quelque 3.300 lois, arrêtés royaux et ministériels (cf. tableau 2) constituent des chiffres très conséquents. Les Pays-Bas légifèrent avec 5 à 10 fois moins de textes réglementaires, lesquels sont en outre rédigés en néerlandais et non pas dans le jargon de la rue de la Loi.

Comme tout doit être publié en français, en néerlandais et (un jour ou l'autre) en allemand, il y a un risque extrêmement élevé de fautes et, par voie de conséquence, de pages supplémentaires de M.B. pour la publication des errata. Un récent exemple nous est donné avec la loi relative à l'interdiction de fumer³⁵ où, dans la version néerlandaise, après l'article 18 "*Deze wet treedt in werking op 1 januari 2010*", la formule classique de promulgation a été imprimée par erreur en français : "*Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'État et publiée par le Moniteur belge*". Il aurait fallu pouvoir lire : "*Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt*". D'aucuns continuent à s'interroger sur la validité de la loi en Flandre ou sur la nécessité d'un erratum pour rendre la loi contraignante. Quoique. Les fumeurs endurcis du nord³⁶ et du sud³⁷ du pays ont pu lire dans la presse que les contrôles allaient débiter un peu partout à partir du 02.01.2010 et que la loi restera en vigueur tant qu'un juge n'aura pas déclaré la loi invalide de manière explicite. Autrement dit, il ne faut pas (encore) s'attendre à un erratum pour le moment.

Concernant les traductions en allemand, les SPF Affaires intérieures et Justice sont particulièrement conséquents, même si c'est peut-être avec une certaine lenteur. Pendant que nous nous efforcions de comptabiliser le nombre de textes de loi publiés en 2009, nous avons ainsi découvert des perles de l'histoire belge. Que penser en effet de l'utilité de publier la traduction en allemand de la loi du 10 janvier 1824 sur le droit de superficie du "Journal officiel du Royaume des Pays-Bas" du 21 janvier 1824³⁸? Et que penser de la publication de la coordination officieuse en allemand de la loi du 16 mars 1803 contenant organisation du notariat³⁹ ou de la coordination officieuse en allemand de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs⁴⁰ et de bien d'autres exemples? Je n'ai

³³ "Staatsblad 12.000 pagina's dikker". De Tijd, 23.12.2009.

³⁴ "83.000 bladzijden nieuwe regels". De Standaard 02-03.01.2010.

³⁵ Loi du 22.12.2009 instaurant une réglementation générale relative à l'interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public et à la protection des travailleurs contre la fumée du tabac (1) (M.B. du 29.12.2009; éd. 1).

³⁶ « Horeca. Rookverbod ongeldig door taalblunder ». De Standaard, 02-03.01.2010

³⁷ "La loi anti-tabac toussote". Le Soir 02-03.01.2010.

³⁸ SPF Affaires intérieures. Loi du 10.01.1824 sur le droit de superficie (M.B. du 03.06.2009).

³⁹ SPF Affaires intérieures. Loi du 16.03.1803 contenant organisation du notariat – Coordination officieuse en langue allemande de la loi du 25 ventôse an XI "contenant organisation du notariat" (Bulletin des lois de la République Française n° 258) (M.B. du 28.10.2009).

⁴⁰ SPF Affaires intérieures. Arrêté-loi du 28.12.1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs. Coordination officieuse en langue allemande (M.B. du 01.12.2009).

pas pris en compte ces documents historiques dans mon comptage du tableau 2, ce qui explique très probablement pourquoi d'autres auteurs ont dénombré un nombre encore plus élevé de lois et d'arrêtés.

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
2007	66.290	-13,3	306,4
2008	69.359	+ 4,63	320,6
2009	83.000	+19,7	383,7

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

Tableau 1

Evolution du nombre de dispositions promulguées par an

ANNEE	LOI	LOI-PROGRAMME	DECRET	A.R.	A.M.
1988	273	2	223	1.880	725
1999	295	0	268	2.188	1.076
2000	210	0	148	1.956	793
2001	174	5	224	2.447	959
2002	234	9	324	2.627	989
2003	266	5	335	2.610	1.068
2004	212	3	355	2.447	1.021
2005	196	3	155	2.294	1.054
2006	284	7	244	3.237	1.313
2007	326	5	285	2.497	1.301
2008	105	4	237	2.459	1.408
2009	306	3	245	1.706	1.034
moyenne (= 100%)	240	4	254	2.362	1.062
2009 en % par rapport à la moyenne	127,5	75,0	96,5	72,2	97,4

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

Tableau 2

Dans ce contexte historique, on peut comprendre qu'une proposition de loi instaurant la clause de temporisation⁴¹ (sur le modèle des "Sunset Acts" américains) n'a aucune

⁴¹ DOC 52 **1758/001** Chambre des Représentants de Belgique, 27.01.2009, Proposition de loi instaurant la clause de temporisation, déposée par Monsieur Rob Van de Velde.

chance d'être adoptée chez nous. Ce texte de loi se base en effet sur l'adage du droit romain *ad tempus concessa post tempus censetur denegata* (ce qui est autorisé pour une certaine période est automatiquement refusé à l'expiration de cette période). Par ailleurs, les Belges sont habitués à vivre avec des solutions "provisoirement définitives" et cela ne semble pas prêt de changer.

3.1.2. Le poète flamand le plus lu devient le premier président de l'Union européenne

Herman VAN ROMPUY, premier ministre depuis la Saint-Sylvestre 2008, a dû essuyer bon nombre de critiques après cinq bons mois de "gouvernement" car il n'était tout simplement pas possible de gouverner. Aucun politique n'était prêt à se risquer à prendre des décisions gouvernementales difficiles dans l'attente des élections régionales et européennes du 07.06.2009.

Les esprits se sont parfois échauffés. Surtout du côté francophone, les socialistes et les libéraux sont diamétralement opposés. Les premiers diabolisent le libéralisme tandis que les seconds entendent transformer le système wallon – le socialisme⁴². En Flandre, le combat de boue opposant Jean-Marie DEDECKER du parti éponyme (LDD) à Bart SOMERS, (désormais ex-)président de l'Open-VLD, saute aux yeux⁴³.

Les mutuelles socialistes y vont également de leur avis concernant les élections et, par l'entremise de Guy PEETERS, secrétaire général de l'Union nationale des mutualités socialistes, elles imputent la crise économique mondiale à la faillite du néolibéralisme⁴⁴. Le citoyen magouilleur se voit également adresser un message prophétique : (nous traduisons) *"Un pays et un gouvernement tolérant une fraude fiscale estimée à 30 milliards d'euros ne disposent d'aucune base morale ou politique pour déclarer que des dispositifs vitaux sont "impossibles à financer"*. Après quoi Guy PEETERS, (depuis peu l'ex-)président du conseil d'administration de la VRT, a mis fin, par un règlement à l'amiable conclu avec le fisc, à une enquête menée par le parquet d'Anvers depuis 6 ans dans une affaire de fraude fiscale⁴⁵.

Les grands ténors fédéraux d'hier figurent sur les listes électorales pour l'Europe. Le 07.06.2009, l'ancien premier ministre Guy VERHOFSTADT figure en tête de liste pour l'Open VLD pour les élections européennes et annonce qu'il fait ses adieux à la politique belge⁴⁶. L'ex-premier ministre Jean-Luc DEHAENE est en première position sur la liste européenne du CD&V⁴⁷ mais, en novembre 2009, il est nommé chargé de mission royal pour démêler le sac de nœuds Bruxelles-Hal-Vilvorde comme l'homme providentiel.

Un sondage réalisé au cours de la seconde moitié du mois de mai 2009 par Le Journal du Médecin – Artsenkrant pour connaître les intentions de vote des médecins a livré des résultats inhabituels en Flandre. Avec 28,8 % des médecins (30,2 % chez les médecins généralistes et 27,0 % chez les médecins spécialistes) déclarant avoir l'intention de voter pour la N-VA (Nieuw-Vlaamse Alliantie), ce parti

⁴² "Le MR dénonce 'la diabolisation' du libéralisme". L'Echo, 04.05.2009.

⁴³ "Somers trekt boetekleed aan in zaak-Vijnck". Knack, 06.05.2009.

⁴⁴ "Standpunt. Verkiezingen met hoge sociale inzet". S-magazine, mai 2009.

⁴⁵ « Ziekenfondstopman Guy Peeters sluit deal met parket ». De Tijd, 23.10.2009.

⁴⁶ « Mijn toekomst ligt niet meer in de Belgische politiek ». De Standaard, 30.05.2009.

⁴⁷ « De massa denkt per definitie niet na ». De Standaard, 30.05.2009

arrive en tête haut la main. La présence active du Dr Louis IDE contribue certainement au fait que la N-VA reprend l'ancien rôle de la Volksunie comme "parti des docteurs" en Flandre. Le Dr Vic ANCIAUX a été président de la VU de 1979 à 1986. L'Open VLD suit avec 24,2 % des médecins (20,8 % chez les médecins généralistes et 30,0 % chez les médecins spécialistes). Le CD&V arrive en 3^e position chez les médecins avec 23,2 % (23,9 % chez les médecins généralistes et 19 % chez les médecins spécialistes)⁴⁸. Les autres partis politiques sont pratiquement absents.

Du côté francophone, les intentions de vote des médecins correspondent davantage à ce à quoi on s'attend pour l'ensemble de la population. Parmi la population en général, Guy VERHOFSTADT (Open VLD) et Jean-Michel JAVAUX (Ecolo) sont les stars et Didier REYNDEERS est le plus connu⁴⁹. Quant aux médecins francophones, ils sont 52,3 % à Bruxelles et 45,7 % en Wallonie à dire qu'ils voteront pour les libéraux tandis que 33,8 % des Bruxellois et 30, 5 % des Wallons déclarent vouloir voter pour le parti Ecolo⁵⁰.

Le 07.06.2009, l'Open VLD subit une lourde perte en Flandre et Bart SOMERS démissionne de son poste de président. Le CD&V et la N-VA sont les grands gagnants mais, cette fois, chacun de leur côté. Les socialistes n'essuient pas la gifle à laquelle ils s'attendaient mais retombent à leur niveau de 1999. Le champion des voix Frank VANDENBROUCKE (avec ses 43.259 voix de préférence, il enregistre le meilleur score dans le Brabant flamand) est peu de temps après mis sur la touche par la présidente du SP-A Caroline GENNEZ (qui, avec ses 43.703 voix, arrive en 5^e position dans la province d'Anvers). Bien à contrecœur, VANDENBROUCKE doit abandonner le département de l'Enseignement et de l'Emploi à Pascal SMET, qui devient le nouveau ministre SP-A flamand de l'Enseignement, de la Jeunesse, de l'Egalité des Chances et des Affaires bruxelloises. Pas de l'Emploi, ce qui pour bien des gens signifie un pas en arrière.

En Belgique francophone, le parti Ecolo est le vainqueur sans conteste des élections de 2009⁵¹: il a progressé de 8,52 % en 2004 à 18, 4 % en Wallonie et de 8,52 % en 2004 à 18,67 % à Bruxelles⁵². Le Mouvement Réformateur (MR) de Didier REYNDEERS perd des plumes tant en Wallonie (23,09 % contre 24,29 % en 2004) qu'à Bruxelles (27,13 % contre 28,02 % en 2004)⁵³. Bien que d'aucuns tirent à boulets rouges sur le président Didier REYNDEERS pour le déstabiliser, celui-ci tient bon⁵⁴. Au PS, la correction attendue n'a pas eu lieu. Le tsunami annoncé n'a finalement été qu'une bonne brise, avec un recul de 36,91 % en 2004 à 33,03 % en Wallonie et de 28,78 % en 2004 à 22,68 % à Bruxelles⁵⁵. Les scandales autour de la personne de Anne-Marie LIZIN notamment concernant l'hôpital de Huy, les conflits d'intérêts entre le père et le fils DAERDEN, le montant passé sous silence de 13.000 € par mois en tant que consultant auprès d'une intercommunale pour celui qui fut (pour un bref moment) ministre fédéral des Affaires sociales Didier DONFUT, rien

⁴⁸ « N-VA verrassend op kop bij artsen ». Artsenkrant, 05.06.2009.

⁴⁹ « Vos stars: Guy et Jean-Mi » ; « Didier Reynders est le plus connu ». La Capitale, 26.05.2009.

⁵⁰ « Les médecins voient l'avenir en Bleu et Vert ». Le Journal du Médecin, 05.06.2009.

⁵¹ « Tous aux pieds d'Ecolo ». Le Soir, 08.06.2009.

⁵² « Une très belle victoire ». La Capitale, 08.06.2009.

⁵³ « Match perdu face au PS ». La Capitale, 08.06.2009.

⁵⁴ « Positie van Didier Reynders als MR-voorzitter wankelt ». De Standaard, 09.06.2009.

⁵⁵ « Pas la dégelée annoncée ». La Capitale, 08.06.2009.

n'y fait. Le PS reste incontournable dans la politique belge et Elio DI RUPO reste vissé sur son siège de président.

Le gouvernement flamand PEETERS II est constitué pour la fête nationale flamande. La coalition compte 9 ministres : en plus du ministre-président Kris PEETERS, le CD&V obtient 3 portefeuilles ministériels, dont Jo VAN DEURZEN à la Santé publique, 3 vont au SP-A et 2 à la N-VA. L'Open VLD se retrouve dans l'opposition. Dans la coalition de l'olivier du gouvernement de la région wallonne siègent 8 ministres : 4 PS, dont le ministre-président Rudy DEMOTTE et la ministre de la Santé publique Eliane TILLEUX, 2 CDH et 2 Ecolo. Michel DAERDEN (PS) qui a acquis une renommée mondiale grâce à You Tube, est expédié au gouvernement fédéral où il reprend les Pensions précédemment occupées par Marie ARENA (PS).

Le nouveau gouvernement de la Communauté française compte 7 ministres : 3 PS dont (en double mandat) Rudy DEMOTTE comme ministre-président de la Communauté française et de la Région wallonne et Fadila LAANAN comme ministre de la Santé, 2 CDH et 2 Ecolo. Malgré les annonces répétées, notamment de Rudy DEMOTTE, qu'un seul ministre francophone de la Santé publique est souhaitable, on en compte toujours deux en Belgique francophone⁵⁶.

Le nouveau gouvernement bruxellois compte 8 membres, à savoir 6 ministres : 2 PS dont le ministre-président Charles PIQUÉ, 1 Ecolo, 1 CDH, 1 CD&V et 1 Open VLD, et 2 secrétaires d'Etat : 1 Ecolo (Christos DOULKERIDIS pour l'Aide médicale urgente) et un 1 Groen!.

Faisant suite aux élections régionales, le gouvernement fédéral fait l'objet d'un certain nombre de réaménagements en juillet 2009 : Guy VANHENGEL (Open VLD) est nommé ministre du Budget [six mois durant, on s'était contenté d'un secrétaire d'Etat à ce poste, à savoir Melchior WATHELET (CDH)], Yves LETERME devient (pour une courte période) ministre des Affaires étrangères en remplacement de Karel DE GUCHT, qui s'est vu attribuer l'important portefeuille du Commerce au sein de la Commission européenne en juillet 2009, Annemie TURTELBOOM devient ministre de l'Intérieur en remplacement de Guido DE PADT, qui obtient une fonction moins importante en tant que commissaire du gouvernement pour l'audit interne des autorités fédérales et, comme nous l'avons déjà indiqué précédemment, Michel DAERDEN remplace Marie ARENA aux Pensions.

Si, pour d'aucuns, on n'a pas suffisamment gouverné en 2009, de l'avis du soussigné on a pas mal joué aux chaises musicales.

Le premier ministre Herman VAN ROMPUY présente, confiant et avec une assurance tranquille, sa déclaration de politique générale devant le Parlement fédéral⁵⁷ le 13.10.2009 mais celle-ci soulève bon nombre d'interrogations⁵⁸. Début novembre 2009, des bruits commencent à circuler concernant Herman VAN ROMPUY qui apparaîtrait aux yeux des "grands" de l'Union européenne comme un candidat valable pour devenir le premier président du Conseil européen, appelé

⁵⁶ « Plusieurs ministres de la santé: la réforme promise n'a pas eu lieu ». Le Journal du Médecin, 16.07.2009.

⁵⁷ « Van Rompuy pleit voor 'rustige vastheid' ». Het Nieuwsblad, 14.10.2009.

⁵⁸ « Herman Van Rompuy, trêve de discours ». Le Soir, 14.10.2009.

pour plus de commodité le "président de l'Europe"⁵⁹. Le monde politique francophone est confronté à un dilemme. Les responsables politiques francophones trouvent bien sûr que cette nomination serait un honneur pour la Belgique et ils s'en réjouissent pour VAN ROMPUY mais, d'un autre côté, ils craignent que Yves LETERME fasse son retour comme premier ministre⁶⁰. Herman VAN ROMPUY quant à lui reste zen et écrit des haïkus très lus. La rédactrice en chef du journal Le Soir Béatrice DELVAUX écrit avec assurance qu'il peut aller à l'Europe si LETERME ne revient pas comme premier ministre⁶¹. Les médias nationaux et internationaux en font un thriller palpitant⁶². Le 19.11.2009, les dés sont jetés : Herman VAN ROMPUY est désigné premier "président" de l'Union européenne. Et nous l'en félicitons également. Un président poète, cela ne s'était plus vu depuis Léopold Sédar SENGHOR (09.10.1906 – 20.12.2001), le poète, philosophe et écrivain sénégalais.

C'est reparti pour un tour de chaises musicales belges. Albert II désigne comme médiateur royal Wilfried MARTENS, neuf fois premier ministre de Belgique, pour autant que je sache un record en Belgique. Avec Jean-Luc DEHAENE comme accompagnateur et compagnon de route, LETERME devrait réussir à être le premier ministre de tous les Belges à sa deuxième tentative. D'après le membre de l'opposition Johan VANDE LANOTTE (SP-A), Jean-Luc DEHAENE doit trouver une solution au dossier Bruxelles-Hal-Vilvorde pour permettre les élections du premier ministre LETERME de retour en 2011⁶³.

En moins d'un an, Steven VANACKERE déménage du ministère flamand du Bien-être pour gagner le SPF Fonction publique, Entreprises publiques et Réformes institutionnelles avant de rejoindre le SPF Affaires étrangères. Il conserve le poste de vice-premier ministre. Inge VERVOTTE reprend l'ancien poste de ministre de VANACKERE et redevient ainsi ministre de la Fonction publique et des Entreprises publiques, une fonction qu'elle avait occupée du 20.12.2007, dans le gouvernement intérimaire de Verhofstadt III, au 30.12.2008, sous LETERME I, date à laquelle elle a quitté le gouvernement fédéral par loyauté envers LETERME quand celui-ci a dû remettre sa démission dans le cadre de la débâcle Fortis. Les francophones se tiennent sur la réserve⁶⁴. Ce qu'ils veulent, comme ONKELINX l'a dit, c'est : *"Faire du VAN ROMPUY sans VAN ROMPUY"*⁶⁵.

3.1.3. La banalisation de l'euthanasie se poursuit imperturbablement

C'est surprenant de voir comment la Flandre remet constamment sur le tapis la question de l'euthanasie alors qu'en Belgique francophone, on ne semble guère y prêter attention. La Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg sont les trois seuls pays à s'être dotés d'une loi sur l'euthanasie. Pour moi, rien ne prouve encore que la situation est meilleure maintenant qu'auparavant. Cette loi qui, à mes yeux, reste une mauvaise loi et de surcroît superflue cause davantage de problèmes qu'elle n'en résout. Un défenseur de cette loi, le médecin généraliste Marc COSYNS, ainsi qu'un

⁵⁹ « Van Rompuy geen kandidaat, wel kanshebber voor president Europa ». De Standaard, 02.11.2009.

⁶⁰ « Pourquoi Van Rompuy doit rester ». La Libre Belgique, 03.11.2009.

⁶¹ « Van Rompuy oui ... si Leterme c'est non ! ». Le Soir, 06.11.2009.

⁶² « 'Haiku Herman' blijft topfavoriet ». De Morgen, 16.11.2009.

⁶³ « Leterme revient au 16 rue de la Loi coaché ». Le Soir, 25.11.2009.

⁶⁴ "Et maintenant, l'autre (faux) suspense: Yves Leterme !". Le Soir 20.11.2009.

⁶⁵ "Onkelinx: 'Faire du Van Rompuy sans Van Rompuy". Belga, 20.11.2009.

médecin généraliste ostendais en ont pratiquement été les victimes en 2009 alors qu'ils faisaient ce que des médecins bien intentionnés et avisés ont pensé devoir faire des décennies durant lorsqu'un patient en faisait la demande expresse quand leurs souffrances ne pouvaient plus être apaisées et après concertation avec leurs proches. Sans loi et sans – en ce qui concerne le Dr COSYNS – porter l'affaire sous le feu des projecteurs. COSYNS en fait tout un spectacle⁶⁶ dont il fait volontiers étalage dans les médias⁶⁷.

Depuis que le gouvernement violet de VERHOFSTADT I a, à partir de 1999, tenté le tout pour le tout pour faire adopter par le Parlement une loi sur l'euthanasie le plus rapidement possible – il ignorait naturellement que les démocrates-chrétiens resteraient aussi longtemps dans l'opposition – on a dénombré en Belgique au cours de cette décennie un nombre plus élevé de procès pour des "assassinats" présumés commis par des prestataires de soins travaillant correctement que pendant les quarante années qui ont précédé. J'en ai cité un certain nombre dans mon rapport annuel de 2005⁶⁸ : Namur, Bruges, Renaix, Edegem, Liège, Duffel, Furnes, Tournai et Boom. Gand et Ostende sont venus s'ajouter à la liste. Je répète, à l'instar d'avocats et de confrères, que le Professeur Dr Wim DISTELMANS se trompe lourdement⁶⁹. Les médecins éprouvent de l'angoisse à cause de la lutte contre la douleur car la loi sur l'euthanasie les expose nettement plus que par le passé à des poursuites en justice. Sans compter que la législation ne se lit pas comme un roman de gare. Dès lors, personne ne doit s'étonner que les membres des familles, les directions des maisons de repos et de soins ou d'autres encore qui veulent le bien de "leurs" seniors introduisent des plaintes qui, en réalité, n'ont pas de raison d'être. Mais avant que celles-ci ne soient classées sans suite, le médecin peut vivre dans l'incertitude pendant des années. Les propos de Maître Thierry VANSWEEVELT disant que le "terrain glissant" que redoute plus d'un opposant à la loi sur l'euthanasie est un argument destiné à semer la panique et que le nombre de demandes d'euthanasie n'a pas augmenté de manière significative depuis la loi sur l'euthanasie, doivent être opposés aux chiffres⁷⁰. Avant 2003, il n'était pas possible d'introduire de demandes. Si nous prenons 2003 comme année de référence (= 100,0), en l'espace de 5 ans, le nombre de demandes d'euthanasie a été multiplié par un facteur 3,0 en Belgique, par un facteur 2,95 en Flandre et par un facteur 3,23 en Belgique francophone. Nous constatons également que sur un total de 2.606 demandes, 2.163 d'entre elles émanaient de Flamands (83,0 %) et 443 de francophones (17,0 %) (cf. tableau 3).

⁶⁶ "De rechter en de beul". Monty, 3 tot 7 februari 2009.

⁶⁷ "Euthanasiearts Marc Cosyns speelt in toneelstuk over euthanasie: 'Ik ben mezelf zonder echt mezelf te zijn'." Het Nieuwsblad, 26.01.2009.

⁶⁸ "Aujourd'hui, des économies sans fin, et demain, Soylent Green ?". Dr M. Moens. Rapport annuel 2005 du GBS. 04.02.2006. Chapitre III.6. Débat autour de l'euthanasie: direction Soylent Green ?

⁶⁹ "Professor Wim Distelmans: 'Zonder wettelijke regeling hebben artsen angst voor pijnbestrijding'." De Morgen, 10.12.2009.

⁷⁰ "Ook Oostendse arts nu volledig vrijgesproken in 'euthanasiezaak'." Artsenkrant 11.12.2009.

Nombre de demandes d'euthanasie 2003-2008

Année	Total		Flamands			Francophones		
	nombre	2003 = 100	nombre	% total	2003 = 100	nombre	% total	2003 = 100
2003	235	100,0	196	83,4	100,0	39	16,6	100,0
2004	349	148,5	304	87,1	155,1	45	12,9	115,4
2005	393	167,2	332	84,5	169,4	61	15,5	156,4
2006	429	182,6	340	79,3	173,5	89	20,7	228,2
2007	495	210,6	412	83,2	210,2	83	16,8	212,8
2008	705	300,0	579	82,1	295,0	126	17,9	323,1
Total	2.606	-	2.163	83,0	-	443	17,0	-

Source : Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie

Tableau 3

Jean-Marie DE DECKER ne voit pas d'inconvénient à ce que l'euthanasie soit pratiquée sur des patients psychiatriques et sur des enfants⁷¹: (nous traduisons) *“Je suis libertaire. Pour moi, l'euthanasie sur des enfants et sur des patients psychiatriques, cela doit être possible en principe.”* Tout le monde ne partage pas cet avis, loin de là⁷². Cela explique peut-être en partie pourquoi son parti, la LDD, a fait de mauvais résultats parmi les médecins lors du sondage sur les intentions de vote dans la perspective des élections du 07.06.2009 (cf. point 3.2.1.), et ce malgré le fait que le Dr Lieve VAN ERMEN, sénatrice LDD, ait lancé une résolution au Sénat en faveur d'un financement structurel des centres palliatifs de jour⁷³.

Lentement mais sûrement, nous évoluons, à en croire le Professeur Herman NYS de la KULeuven, vers une situation où l'euthanasie sera considérée comme un acte médical "normal" auquel le patient a droit. Selon lui, il n'est même pas nécessaire de modifier la loi; une pratique guère contrôlable et de temps à autre une campagne médiatique bien organisée suffisent⁷⁴. Et la Flandre sait y faire avec ce genre de campagne ou en tout cas certaines personnes qui s'expriment volontiers dans les médias.

3.1.4. L'Eglise et l'Etat

Jusqu'à présent toujours absente dans mon aperçu de l'année écoulée, l'Eglise retient tout à coup notre attention en 2009, début 2010, sur un plan médico-politique ou politique tout court. En mars 2009, le voyage en Afrique du pape BENOIT XVI a apporté la preuve incontestable qu'il conviendrait de dissoudre le Sénat belge dans les meilleurs délais^{75, 76}. Les médecins-sénateurs Marleen TEMMERMAN (SP.A) et Patrik VAN KRUNKELSVEN [(ex) Open VLD] ont jugé utile de qualifier de crime contre l'humanité les propos (supposés) d'un (nous traduisons) *“dirigeant religieux mondial comme quoi les préservatifs favoriseraient l'épidémie du SIDA”*⁷⁷. Manifestement, peu d'autres sujets étaient en mesure de captiver le Sénat, et ce malgré le gonflement de la dette et la progression du chômage en Belgique ainsi que la crise économique mondiale qui ne sont quand même pas totalement inintéressants

⁷¹ “Ik zou graag besturen zonder links”. Interview avec Jean-Marie Dedecker dans le Knack 04.02.2009.

⁷² “Psychiatrische patiënt”. Voorwoord van Filip Ceulemans. De Huisarts, 19.02.2009.

⁷³ “Van Ermen lanceert resolutie palliatieve dagcentra”. Artsenkrant, 03.07.2009.

⁷⁴ “Het Benelux experiment”. De Huisarts, 09.04.2009.

⁷⁵ “Le pape et la capote : la dernière blague belge ?”. Pierre Piccinin. Le Soir 07.04.2009.

⁷⁶ “Le Sénat veut aussi condamner le Pape”. La Libre Belgique, 07.04.2009.

⁷⁷ “Senaat blijft bakkeleien over resolutie tegen condoom-uitspraken paus”. De Standaard, 22.04.2009.

d'un point de vue politique. Le pape BENOIT XVI a obtenu un appui de là où on ne l'attendait pas puisque, le 28.03.2009, en direct sur la chaîne flamande Radio 1, le Dr Luc BONNEUX, épidémiologiste, critiqueur né et billettiste caustique, a soutenu dans une large mesure la position du pape. Après quoi une partie des fidèles supporters de BONNEUX l'a immédiatement condamné violemment dans des blogs et des informations rapidement tombées dans l'oubli.

Bien des gens se sont interrogés concernant l'attaque acharnée de notre ministre des Affaires sociales Laurette ONKELINX. Selon elle, le successeur du cardinal Godfried DANNEELS, à savoir l'évêque de Namur parfaitement bilingue André-Mutien – renommé entre-temps André-Joseph LEONARD –, représente un danger pour le compromis belge reposant sur le principe de neutralité. Pour Mme ONKELINX, le cardinal DANNEELS a toujours privilégié le dialogue mais elle craint que cela ne soit pas le cas avec son successeur. Celui-ci a répondu aux critiques virulentes de Laurette ONKELINX qu'en sa qualité d'archevêque, il figure en 58^e position dans l'ordre protocolaire du pays et il se demande comment il peut dès lors constituer une menace pour la stabilité du pays?”⁷⁸

L'ex-président de l'Open VLD Bart SOMERS, de Malines tout comme le soussigné et bourgmestre de cette ville, a entamé une petite guerre fin 20e siècle avec le réseau des hôpitaux chrétiens de Zorgnet Vlaanderen concernant l'avortement.

3.2. Equilibres politiques au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

3.2.1. Fonctionnement

En 2008, nous avons laissé entendre à plusieurs occasions que l'équipe encore relativement nouvelle au SPF Santé publique avait encore beaucoup de choses à apprendre et que le fonctionnement était laborieux. Il y a eu moins de boulettes en 2009 mais quand même!

Le radiologue Rudi VAN DRIESSCHE se retrouve soudainement nommé comme médecin généraliste au sein de la Commission de planification de l'offre médicale tandis que le président de l'ABSyM, le Dr Roland LEMYE, l'est en tant que spécialiste⁷⁹. Ils sont tous deux actifs depuis des années au sein de cette commission en leur qualité exacte. Les traductions de textes (généralement initialement en français) vers le néerlandais restent problématiques. Pour comprendre un rapport voire une invitation, il est recommandé au Flamand de consulter le texte original en français pour comprendre de quoi il est question exactement. Le “*oproep van Dr. X*” correspond en fait à “*in beroep gaan*” par le Dr X. contre une décision administrative précise, en français “un appel”. Cela ne facilite pas les travaux dans les matières difficiles qui sont traitées à la Direction générale I du SPF Santé publique.

Pendant des décennies, les lettres du "Ministère de la Santé publique" et, par la suite, de la Direction générale Soins de santé primaires du SPF Santé publique

⁷⁸ “Garçon verandert, soep blijft dezelfde”. Het Nieuwsblad, 19.01.2010.

⁷⁹ Arrêté royal du 28.09.2009 portant nomination des membres de la Commission de planification de l'offre médicale (M.B. du 09.10.2009; éd. 2)

ayant trait au renouvellement des mandats dans une commission d'agréation des médecins spécialistes ont contenu une phrase soulignant l'**incompatibilité** entre un mandat à une commission d'agréation et un mandat au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

Selon l'actuel directeur général de la DG I, Monsieur Michel VAN HOEGAERDEN, il n'est fait mention nulle part de cette incompatibilité dans l'arrêté de base du 21.04.1983. Il s'agit, d'après lui, d'une lecture erronée faite en son temps par un de ses prédécesseurs. La raison était pourtant évidente : si un candidat spécialiste va en appel contre une décision de sa commission d'agréation, il doit le faire auprès du Conseil supérieur. Autrement dit, il est possible que son dossier soit à nouveau traité par le même "juge". Monsieur Xavier VAN CAUTER, coordinateur Legal Management DG I, est toutefois d'avis qu'il est facile d'y remédier : si une telle situation devait se produire, le membre en question de la commission d'agréation quitte la réunion durant l'examen du dossier par le Conseil supérieur siégeant en appel.

Depuis la loi du 20.07.1990 visant à promouvoir la présence équilibrée d'hommes et de femmes⁸⁰, il était également indiqué dans ces lettres que *"un tiers au moins des mandats doit être réservé aux femmes"*. La formulation erronée de cette phrase est excusable car il y a en effet généralement une sous-représentation des femmes dans ces organes. Toutefois, à l'article 2bis à 1 de ladite loi, il est en fait écrit que : *"Deux tiers au maximum des membres d'un organe consultatif sont du même sexe. Ce quota est applicable distinctement aux membres effectifs, aux membres suppléants et à chaque subdivision structurelle de l'organe consultatif, à l'exception des groupes de travail temporaires."* Nous avons connaissance d'un seul cas où l'administration a suivi sa lettre et non pas la loi. Lors du renouvellement des mandats, en 2006, des membres de la chambre francophone de la commission d'agréation d'anatomie pathologique, le GBS et l'ABSyM avaient proposé conjointement 5 femmes et uniquement 1 homme comme candidats. C'était bien conforme à la lettre d'invitation standard que nous avons reçue de l'administration pour l'introduction des candidats mais ce n'était pas conforme à la loi. Assez étonnamment, tout le monde a été nomm ⁸¹ et il n'y a fort heureusement pas eu de plaintes de pathologistes hommes se sentant victimes de discrimination.

Il s'agit d'ouvrir l' il pour voir quand la lettre standard avec l'appel pour le remplacement ou la nomination d'un membre d'une commission d'agréation sera adaptée conformément à cette position modifiée. Depuis notre dernier rapport annuel, nous n'avons plus rencontré dans la correspondance de cas où la formule d'adresse "monsieur le ministre" est utilisée pour la ministre Laurette ONKELINX⁸².

Le GBS a été contact  par des assistants inquiets qui sont ( taient) en formation chez un maître de stage qui n'est plus agrée ainsi que par plusieurs de ces maîtres de stage qui ne sont plus agr es pour savoir comment remédier à leur situation individuelle. Dans ce cadre, nous avons appris du Dr Dirk CUYPERS, président du

⁸⁰ Loi du 20.07.1991 visant à promouvoir la présence équilibrée d'hommes et de femmes dans les organes possédant une compétence d'avis (M.B. du 09.10.1990).

⁸¹ Arrêté ministériel du 04.09.2006 portant nomination des membres de la commission d'agréation de médecins spécialistes en Anatomie pathologique (M.B. du 27.09.2006;  d. 1).

⁸² Rapport annuel 2008 du GBS "Rien ne va plus". Point III.3.4 Enregistrement euthanasie comme service à valeur ajoutée, pp. 19-20. 2008

Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, ainsi que de Monsieur Michel VAN HOEGAERDEN, directeur général de la DG I du SPF Santé publique, que 746 dossiers ont été introduits depuis le début de la campagne pour actualiser les dossiers des maîtres de stage et des services de stage. Même si les agréments ne sont valables que pour cinq ans, cette remise à jour n'avait plus été réalisée depuis plus d'une décennie. A la date de la réponse écrite, à savoir le 09.11.2009, à notre question sur l'état de la situation, 429 dossiers avaient été approuvés (57,5 %), dont 30 avec une décision autre que celle demandée, 65 dossiers avaient reçu une réponse négative (8,7 %) et 252 étaient encore en cours de traitement (33,8 %). Le président CUYPERS fait également savoir dans cette même lettre du 09.11.2009 qu'un médecin spécialiste en formation (MSF) effectuant un stage auprès d'un maître de stage qui n'est pas (plus) agréé doit introduire une demande de modification de son plan de stage. Il nous est dit qu'il n'y a pas besoin d'instructions formelles en la matière dans la mesure où il s'agit d'une pure application de la Loi. Il est toutefois regrettable que la liste avec les maîtres de stage agréés ne soit pas (encore) disponible, tout comme celle des 429 dossiers approuvés. Durant cette phase transitoire, se spécialiser a des allures de roulette russe pour les MSF. Vais-je être agréé dans x années ou vais-je devoir faire y années supplémentaires car ni mon maître de stage ni moi-même n'avons été informés de l'absence d'agrément. Pour certains des 65 dossiers ayant fait l'objet d'une réponse négative, on trouve des "solutions" qui ne résistent pas à la législation actuelle. Certains établissements jouent allègrement avec la notion de "stage de rotation". Ils recherchent un hôpital universitaire qui est disposé à faire office de maître de stage pour la discipline concernée. Pourtant, il est clairement précisé dans la législation que les stages de rotation ne sont possibles que chez les maîtres de stage agréés. On joue donc non seulement à la roulette russe mais également avec le feu.

3.2.2. Oncologie

La seule raison de se réjouir à propos de cette marche funèbre qui se traîne et qui est composée du mini-ensemble de joueurs de cuivre des obstinés de l'oncologie médicale, a été l'annonce au cours de la réunion du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes du 21.01.2010 que la commission d'agrément de pédiatrie est compétente pour les candidats souhaitant obtenir la qualification professionnelle complémentaire en hématologie et oncologie pédiatriques. Jusqu'à présent, aucun pédiatre n'a pu obtenir cette qualification complémentaire. Entre-temps, l'arrêté ministériel y afférent existe déjà depuis deux ans et demi⁸³ et la ministre ONKELINX a déjà agréé 111 "véritables" oncologues médicaux⁸⁴. Pour des raisons techniques internes à l'INAMI, ils n'ont pas encore de numéro d'agrément spécifique et continuent à exercer sous le numéro d'agrément INAMI se terminant par 580.

L'orchestre du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes interprétant une symphonie dans cette affaire a jugé à l'unanimité que l'octroi de la qualification complémentaire "et en oncologie" doit être le fait de la

⁸³ Arrêté ministériel du 14.05.2007 fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes porteurs de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatriques (M.B. du 06.06.2007; éd. 1).

⁸⁴ "Eerste lichtung van 111 medisch oncologen erkend". Artsenkrant 22.01.2010.

commission d'agrément de la discipline de base concernée. Il a également discuté de toute une série de projets d'arrêtés ministériels octroyant à certains spécialistes d'"organes" (gynécologues, urologues, pneumologues et gastro-entérologues) ainsi qu'aux chirurgiens une qualification complémentaire "et en oncologie". La ministre ONKELINX ainsi que sa conseillère, le Prof. Dr Dominique DE VALERIOLO, oncologue médicale, n'étaient pas pressées mais les arrêtés ministériels pour les gastro-entérologues⁸⁵ et pour les pneumologues⁸⁶ ont finalement été publiés juste au moment de la conclusion de la rédaction du présent rapport (03.02.2010). Il faut espérer que les trois autres suivront rapidement. Concernant la qualification complémentaire en oncologie pour encore 7 autres titres professionnels de base, le débat n'est pas encore clos au Conseil supérieur.

Et tout cela parce que les oncologues médicaux entendent conserver manu militari leur monopole dans le domaine de la prescription des médicaments antitumoraux⁸⁷. Le patient n'en tire aucun bénéfice. Un député CD&V préoccupé, Luc GOUTRY, a été envoyé sur les roses par la ministre ONKELINX lorsqu'il a tenu des propos critiques dans le cadre de sa question parlementaire (n° 13568) sur l'absence d'une commission d'agrément pour l'oncologie adéquate⁸⁸. Je crains que les quelques milliers d'oncologues "non médicaux" doivent faire preuve de patience jusqu'à un nouveau changement de gouvernement et l'arrivée d'un ministre de la Santé publique ayant des idées différentes ou s'entourant d'autres conseillers que ceux qui font la pluie et le beau temps actuellement. Ou jusqu'à ce que le dernier des 111 oncologues médicaux agréés abandonne atteint de "burn-out", contraignant ainsi la ministre à faire appel à cette catégorie inférieure de médecins porteurs d'une qualification complémentaire en oncologie pour soigner les patients belges. Au dire du Cédric Hèle Instituut⁸⁹ et de son président, le Prof. Dr Wim DISTELMANS, la profession d'oncologue est en effet une profession à risque en matière de burn-out⁹⁰. A moins d'être un cabinetard et/ou un lobbyiste quasiment full time bien entendu !

Malgré le rapport négatif du KCE sur l'hadronthérapie⁹¹, les membres du Comité de l'assurance de l'INAMI ont soudainement été invités par la ministre ONKELINX à constituer une délégation chargée de se pencher à nouveau sur le prestigieux projet Hadron. Quelque peu surpris par cette requête, le groupe de travail dont le soussigné fait partie a examiné quelles nouvelles données étaient éventuellement disponibles depuis l'étude du KCE de 2007. Le 08.07.2009, il a été constaté qu'il n'y avait pas le moindre nouvel argument justifiant de porter à la charge de l'assurance-maladie cet appareillage extrêmement onéreux pour le traitement de tumeurs rares

⁸⁵ Arrêté ministériel du 29.01.2010 fixant les critères d'agrément supplémentaires des candidats, maîtres de stage et services de stage pour la qualification professionnelle particulière en oncologie, spécifiques aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en gastro-entérologie (M.B. du 03.02.2010; éd. 2)

⁸⁶ Arrêté ministériel du 29.01.2010 fixant les critères d'agrément supplémentaires des candidats, maîtres de stage et services de stage pour la qualification particulière en oncologie, spécifiques aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en pneumologie (M.B. du 03.02.2010; éd.2)

⁸⁷ "Medisch oncologen 'vernederen' gereputeerde specialisten". Artsenkrant, 03.02.2009.

⁸⁸ CRABV:52 COM 595, Chambre des représentants de Belgique. 16.06.2009 après-midi. Question n° 13568.

⁸⁹ Le Cédric Hèle Instituut est un institut flamand d'oncologie psychosociale qui s'adresse à tous les professionnels actifs dans les soins pour le cancer.

⁹⁰ "Oncoloog: risicoberoep voor burn-out". Trends voor specialisten. 24.03.2009.

⁹¹ "Hadronthérapie". KCE reports 67B. 13/11/2007.

dans notre pays. A moins que la société ne soit disposée à payer 80.000 € par QUALY^{92, 93} mais ce n'est pas le cas en Belgique. Le Belgian Hadrontherapy Consortium (BHTC) recherche activement un investissement de 159 millions d'euros et une intervention annuelle de l'INAMI de 22,2 millions d'euros, ce qui est nettement plus que le financement actuel pour faire soigner les rares patients à l'étranger.

Le groupe de travail n'a pu que répéter la conclusion du rapport du KCE : *“L’absence actuelle de suffisamment de données scientifiques probantes sur l’efficacité clinique de l’hadronthérapie permet difficilement de justifier la création d’un centre à charge de l’Assurance Maladie. Néanmoins, aux fins d’encourager la recherche biomédicale, l’innovation et le soutien de partenaires locaux industriels, un investissement dans le développement d’une technologie prometteuse peut s’envisager. Il convient dans ce cas de faire appel à des sources de financement spécifiques.”*

Laurette ONKELINX s'est trouvé un allié inattendu en la personne d'un libéral pur et dur. Après l'attention accordée aux radiothérapeutes dans les médias pour avoir dû irradier une personne médiatique telle que Herman DECROO, ancien président de la Chambre et coryphée Open VLD, – y compris les dimanches et les jours fériés selon l'intéressé – pour un cancer des cordes vocales (guéri depuis lors)⁹⁴, Herman DECROO soutient pleinement la construction du projet mégalomane et très onéreux de l'avis du sénateur le Dr Louis IDE⁹⁵.

Les gynécologues et les médecins généralistes doivent organiser différemment leur dépistage du cancer du col de l'utérus à partir du 01.07.2009 car, à partir de cette date, l'examen cytologique et le prélèvement d'un frottis cervico-vaginal pour un examen cytologique ne sont plus remboursés qu'une fois tous les deux ans par l'INAMI⁹⁶. Au bout de sept années de discussions, cette période de deux ans a été typiquement un compromis à la belge car, dans nombre de pays, le dépistage n'est organisé et remboursé que tous les trois ans. En Finlande, c'est même une fois tous les sept ans mais alors d'une façon strictement réglementée et avec de lourdes sanctions pour les femmes qui n'y participent pas. L'économie ainsi réalisée par l'INAMI a permis d'également prévoir un remboursement pour la détection du papillomavirus humain (HPV) dans la nomenclature ainsi que plusieurs autres revalorisations justifiées et nécessaires de certaines prestations des anatomo-pathologistes.

3.3. Grippe

Avec du recul, on peut dire qu'en 2009, il a manifestement régné une certaine confusion sur la définition à donner au mot "pandémie". C'est du moins ce que disent les collaborateurs de l'Organisation mondiale de la santé (l'OMS) pour répondre aux récentes accusations de collusion entre l'industrie pharmaceutique et l'OMS.

Grâce au Prof. Dr Marc VAN RANST, nommé depuis le 1^{er} mai 2007 par le gouvernement commissaire interministériel chargé de préparer la Belgique à une pandémie de grippe et constamment dans les médias en 2009 en qualité de 'Commissaire Influenza', la Belgique n'a commandé "que" 12,6 millions de doses au

⁹² Quality Adjusted Life Years: (le coût par) année de vie gagnée en bonne santé.

⁹³ “Nut van hadrontherapie niet bewezen”. Artsenkrant, 06.03.2009.

⁹⁴ “Kankerspecialisten strijden tegen kantooruren”. De Standaard, 13.08.2009.

⁹⁵ “Hadroncentrum moet er komen”. Artsenkrant 08.12.2009.

⁹⁶ “Uitstrijkjes vergden 7 jaar voorbereiding”. Artsenkrant 12.06.2009.

lieu des 21,2 millions qui auraient été nécessaires pour administrer deux doses de vaccin à l'ensemble de la population comme plusieurs pays européens avaient décidé de le faire. Cela a permis au Trésor public de réaliser une économie de ± 71 millions d'euros. En outre, GSK et la ministre Laurette ont négocié, le 17.01.2010, qu'un tiers des doses commandées ne seront pas livrées, ce qui représente un montant de 33 millions d'euros⁹⁷.

Le Dr Wolfgang WODARG, un médecin épidémiologiste allemand, a affirmé, début 2010, qu'aucun vaccin spécial n'était nécessaire en 2009 et nombreux ont été les citoyens à être plus intelligents que leur gouvernement en ne se faisant pas vacciner. En France, il n'a été administré que 6 millions de doses alors que ce pays en avait commandé 90 millions. S'il faut l'imputer à l'énorme débâcle autour de l'organisation de la campagne française de vaccination qui avait, dans un premier temps, laissé sur la touche les médecins généralistes – contrairement à l'approche belge qui était la bonne – ou à la perspicacité épidémiologique du citoyen français quant à la gravité et à la propagation du virus de la grippe A/H1N1, cela restera un mystère. Entre-temps, le Dr WODARG accuse ni plus ni moins l'OMS d'avoir incité des gouvernements à passer des commandes massives de vaccins en activant inutilement la phase 6 de la pandémie⁹⁸.

Au regard de cela, les accrochages entre le soussigné et le commissaire 'Influenza' Marc VAN RANST à propos de l'enregistrement des personnes vaccinées ressemblaient davantage à un aparté sur les différents sens de l'humour. Notre position de principe est que l'enregistrement des données des personnes vaccinées – qui appartiennent, pour ± 85 % d'entre elles, à une population à risque – dans une base de données du SPF Santé publique constitue une violation inutile du secret professionnel. Trois mois plus tard, cette opinion reste valable plus que jamais. La loi éclair⁹⁹ et les arrêtés d'exécution¹⁰⁰ qui y étaient associés ont été un beau cas d'école d'exagération extrême. Un arrêté royal fixant la date de l'émergence de la grippe au 29 avril 2009¹⁰¹ a été publié au Moniteur belge du 3 novembre 2009, et ce alors que l'Organisation mondiale de la santé a qualifié la grippe mexicaine de pandémie à partir du 11 juin 2009. Le débat sur la nécessité ou non d'un enregistrement m'a fait involontairement penser à la fameuse expérience scientifique sur le rôle de la sanction dans le cadre d'une étude sur la mémoire réalisée par Stanley MILGRAM en 1961¹⁰² et que chaque étudiant bachelier en sociologie et en psychologie se doit de connaître. Moyennant une rémunération de 4,50 \$ pour une expérience d'une durée d'une heure, des cobayes – des citoyens moyens diplômés ou non – ont obéi aveuglément à un chercheur faisant autorité. Les cobayes envoyaient des décharges électriques (simulées) à un "étudiant", en réalité un acteur briefé pour cette étude, qui émettait des gémissements de plus en plus forts et

⁹⁷ "Allemaal gefopt. Er was helemaal geen pandemie". Nathalie Carpentier. De Morgen, 18.01.2010.

⁹⁸ "Grippe A/H1N1. Des soupçons qui pèsent de plus en plus lourd." La Libre Belgique, 12.01.2010.

⁹⁹ Loi du 16.10.2009 accordant des pouvoirs au Roi en cas d'épidémie ou de pandémie de grippe (M.B. du 21.10.2009; éd. 2)

¹⁰⁰ Arrêté royal du 03.11.2009 à la création d'une banque de données fédérale relative aux vaccinations contre le virus de la grippe A/H1N1 (M.B. du 09.11.2009; éd. 1)

¹⁰¹ Arrêté royal du 28.10.2009 déterminant la date de survenance d'une épidémie ou d'une pandémie de grippe en exécution de l'article 2, par. 2, de la loi du 16 octobre 2009 accordant des pouvoirs au Roi en cas d'épidémie ou de pandémie de grippe (M.B. du 03.11.2009; éd. 2)

¹⁰² "Behavioural Study of Obedience". Milgram, Stanley. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1963, 67: 371–378.

suppliait pour que ça s'arrête. Bien que les cobayes se soient vu administrer au préalable, en guise d'essai, une décharge électrique de 45 volts au titre de "perception de référence", d'aucuns ont poursuivi avec les décharges électriques jusque 450 volts, et ce malgré le fait que l'"étudiant" se plaignait de problèmes cardiaques et avait fini par simuler un état de choc. Pourvu qu'une Autorité insiste suffisamment, le citoyen est prêt à pas mal de choses. Tout gouvernement nouvellement constitué devrait être mis en garde quant au poids de ses décisions par une lecture obligatoire d'un florilège des constatations de MILGRAM.

En dépit de toutes les belles promesses présentant la plate-forme eHealth comme un instrument que les médecins seraient libres d'utiliser ou non, l'Autorité a malgré tout contraint ceux-ci à y avoir recours dans le cadre de la vaccination contre la grippe, pour mettre des informations (sensibles) à la disposition du registre du SPF Santé publique. A l'occasion du conseil d'administration de la plate-forme eHealth du 08.11.2009, j'ai qualifié cette obligation de mauvaise surprise du développement de l'utilisation de eHealth comme échangeur de données fiable.

3.4. Numerus clausus

Le 02.10.2009, nous avons demandé au Dr Dirk CUYPERS, président du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes quelles étaient les directives concernant l'introduction de dossiers de médecins spécialistes qui, dans le cadre de leur formation dans un des Etats membres de l'UE, souhaitent compléter leur plan de stage avec un stage dans un des services de stage belges agréés sous la direction d'un maître de stage agréé.

Sa réponse datée du 09.11.2009 est quelque peu décourageante pour les médecins belges qui recherchent en vain une place de stage pour pouvoir se spécialiser. En voici une traduction libre : *"Je tiens à vous faire remarquer que ces étudiants (sic!) ne sont pas tenus par les dispositions belges portant sur l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes mais sont tenus par leur propre législation nationale. Par conséquent, le Conseil supérieur n'est pas habilité à élaborer des directives pour eux. Seul leur droit à exercer une pratique en Belgique est réglementé de la même façon que pour tous les médecins porteurs d'un diplôme délivré dans un pays de l'Union européenne."*

L'idée du master après master qui réduit au statut de simples étudiants des hommes et des femmes adultes ayant déjà suivi sept années d'études universitaires en médecine mais n'ayant qu'une qualification professionnelle 000 pour l'INAMI a semble-t-il également fait son chemin au sein des organes du SPF Santé publique. Un statut d'"étudiant", au besoin jusqu'à son 35^e anniversaire, pour le candidat souhaitant devenir spécialiste en stomatologie¹⁰³. Cette spécialité requiert en effet à la fois un master en dentisterie générale¹⁰⁴ et une qualification complémentaire en chirurgie orale et maxillo-faciale¹⁰⁵ qui devra bientôt être acquise via un master après master, en s'inscrivant à une université.

¹⁰³ Article 1 de l'arrêté royal du 25.11.1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (M.B. du 13.03.1992)

¹⁰⁴ Article 3, ibidem

¹⁰⁵ Article 2, ibidem

Dans ce contexte, il est intéressant de savoir combien de médecins belges et de médecins étrangers sont en activité dans notre pays et combien de médecins sont en formation en Belgique. Vous trouvez, dans le tableau 3.4/1., un aperçu (partiel) des médecins en activité que je compile depuis 1997 à partir des tableaux que l'INAMI met chaque mois à la disposition des membres du groupe de direction de l'accréditation et que j'utilise chaque année dans mon rapport annuel du GBS.

Nombre de médecins agréés et ventilation selon le sexe (01.01.2008)

♀	Spécialité	Total	Femmes	
			Nombre	% total
1	Psychiatrie infanto-juvénile	169	121	71,6
2	Dermato-vénérologie	721	468	64,9
3	Ophtalmologie	1.104	609	55,2
4	Pédiatrie	1.574	865	55,0
5	Radiothérapie	199	105	52,8
6	Gériatrie	134	69	51,5
7	Médecine du travail	971	484	49,8
8	Anatomie pathologique	339	167	49,3
9	Neurologie	285	127	44,6
10	Psychiatrie	1.009	439	43,5
11	Biologie clinique	752	313	41,6
12	Médecine physique	509	201	39,5
13	Gynécologie-obstétrique	1.430	559	39,1
14	Rhumatologie	245	91	37,1
15	Anesthésiologie	1.992	728	36,5
16	Médecine aiguë	151	55	36,4
17	Gestion de données de santé	57	20	35,1
18	ORL	656	225	34,3
19	Psychiatrie pour adultes	487	167	34,3
20	Pneumologie	418	120	28,7
21	Médecine nucléaire	327	91	27,8
22	Médecine interne	2.017	560	27,8
23	Radiologie	1.596	384	24,1
24	Neuropsychiatrie	481	112	23,3
25	Gastro-entérologie	533	124	23,3
26	Chirurgie plastique	206	46	22,3
27	Stomatologie	323	66	20,4
28	Médecine légale	36	7	19,4
29	Cardiologie	988	171	17,3
30	Chirurgie	1.606	207	12,9
31	Neurochirurgie	174	18	10,3
32	Orthopédie	1.002	69	6,9
33	Urologie	399	27	6,8
	Sous-total	22.890	7.815	34,1
20<MG<19	Médecine générale	14.519	4.610	31,8
	Total	37.109	12.425	33,2

Source : SPF Santé publique

Tableau 3.4 /01

Nombre de médecins en formation et ventilation selon le sexe (01.01.2008)

♀	Spécialité	Total	Femmes	
			Nombre	% total
1	Dermato-vénérologie	57	55	96,5
2	Psychiatrie infanto-juvénile	68	57	83,8
3	Pédiatrie	251	207	82,5
4	Gynécologie-obstétrique	182	144	79,1
5	Pneumologie	63	49	77,8
6	Médecine du travail	83	63	75,9
7	Gériatrie	30	22	73,3
8	Psychiatrie pour adultes	102	74	72,5
9	Ophtalmologie	88	62	70,5
10	Médecine nucléaire	34	23	67,6
11	Oncologie médicale	6	4	66,7
12	Médecine interne	434	284	65,4
13	Psychiatrie	109	68	62,4
14	Radiothérapie	57	35	61,4
15	Rhumatologie	18	11	61,1
16	ORL	72	44	61,1
17	Gastro-entérologie	68	40	58,8
18	Neurologie	95	55	57,9
19	Anatomie pathologique	40	23	57,5
20	Médecine physique	55	31	56,4
21	Biologie clinique	50	28	56,0
22	Médecine aiguë	25	12	48,0
23	Anesthésiologie	370	171	46,2
24	Stomatologie	40	17	42,5
25	Chirurgie	258	105	40,7
27	Radiologie	165	57	34,5
28	Urologie	59	20	33,9
29	Cardiologie	127	42	33,1
30	Chirurgie plastique	44	12	27,3
31	Orthopédie	139	28	20,1
32	Médecine légale	5	1	20,0
33	Neurochirurgie	32	2	6,3
	Sous-total	3.273	1.869	57,1
20<MG<19	Médecine générale	510	331	64,9
	Total	3.783	2.200	58,2

Source : SPF Santé publique

Tableau 3.4 /02

Nombre de médecins selon la formation et le sexe (01.01.2008)

	Nombre total	Femmes	
		Nombre	% total
Médecins spécialistes agréés	22.890	7.815	34,1
MSF	3.273	1.869	57,1
Sous-total spécialistes	26.163	9.684	37,0
Médecins généralistes agréés	14.519	4.610	31,8
MGFP	510	331	64,9
Sous-total généralistes	15.029	4.941	32,9
Total général	41.192	14.625	35,5

Source : SPF Santé publique

Tableau 3.4 /03

	01.02.1997	01.02.1999	01.02.2000	01.02.2002	01.02.2004	01.02.2006	01.02.2008	01.02.2010	Augmentation 1997-2010	Augmentation en %
Médecins 000-002		⁽²⁾ 4.324	3.690	3.809	3.606	2.340	2.290	2.431	⁽⁴⁾ -1259	⁽⁴⁾ -34,20
Médecins généralistes 003-004		⁽³⁾ 13.025	13.252	13.640	13.953	14.162	14.205	14.155	⁽⁴⁾ -903	⁽⁴⁾ -68,14
Médecins généralistes 005-006			747	753	718	671	526	554	⁽⁴⁾ -193	⁽⁴⁾ -25,84
Médecins généralistes 007-008/009 ⁽¹⁾			3	3	2	976	878	801	⁽⁴⁾ +798	⁽⁴⁾ +26,600
TOTAL	16.785	17.349	17.692	18.205	18.279	18.149	17.899	17.941	+1.156	6,89%
Médecins spécialistes en formation (MACS)		3.450	3.404	3.383	3.698	3.635	3.465	3.325	⁽⁴⁾-79	⁽⁴⁾-2,32%
Médecins spécialistes en activité										
1 Psychiatrie	257	370	409	527	656	1.569	1.679	1.773	+1.516	589,88%
2 Neurologie	90	122	140	168	208	256	293	339	+249	276,67%
3 Pneumologie	203	256	268	306	340	392	424	452	+249	122,66%
4 Gastro-entérologie	288	333	345	388	422	482	529	627	+339	117,71%
5 Chirurgie plastique	145	160	165	182	195	215	232	249	+104	71,72%
6 Cardiologie	614	673	725	791	839	901	998	1.053	+439	71,50%
7 Radiothérapie	118	132	136	142	155	170	182	202	+84	71,19%
8 Neurochirurgie	116	117	124	138	153	170	186	198	+82	70,69%
9 Anesthésie	1.259	1.374	1.436	1.562	1.693	1.848	1.990	2.099	+840	66,72%
10 Anatomie pathologique	214	241	242	262	278	296	318	324	+110	51,40%
11 Pédiatrie	1.141	1.204	1.247	1.320	1.374	1.443	1.531	1.605	+464	40,67%
12 Orthopédie	751	799	808	857	913	952	987	1.029	+278	37,02%
13 Urologie	296	308	318	342	355	368	384	395	+99	33,45%
14 Médecine physique et physiothérapie	378	399	410	431	443	472	492	504	+126	33,33%
15 Dermato-vénéréologie	547	577	598	622	644	676	704	722	+175	31,99%
16 Gynécologie-obstétrique	1.127	1.186	1.198	1.255	1.311	1.350	1.421	1.480	+353	31,32%
17 O.R.L.	520	540	548	567	591	612	638	662	+142	27,31%
18 Radiologie	1.324	1.369	1.386	1.434	1.469	1.523	1.588	1.636	+312	23,56%
19 Rhumatologie	207	256	229	238	253	255	254	255	+48	23,19%
20 Ophtalmologie	896	922	932	964	994	1.021	1.064	1.085	+189	21,09%
21 Chirurgie	1.315	1.354	1.376	1.423	1.471	1.513	1.549	1.582	+267	20,30%
22 Médecine nucléaire	277	289	291	304	317	319	319	326	+49	17,69%
23 Stomatologie	281	296	294	301	304	302	305	321	+40	14,23%
24 Médecine interne	1.927	1.924	1.923	1.966	2.038	2.078	2.086	2.104	+177	9,19%
25 Biologie clinique	683	687	691	697	711	711	702	699	+16	2,34%
26 Neuropsychiatrie	1.440	1.419	1.399	1.378	1.335	477	441	409	-1.031	-71,60%
Médecine aiguë	-	-	-	-	-	-	158	261		
Gériatrie	-	-	-	-	-	-	1	2		
Médecine d'urgence	-	-	-	-	-	-	0	9		
TOTAL SPECIALISTES	16.414	17.273	17.638	18.565	19.462	20.371	21.455	22.407	5.993	36,51%
TOTAL SPECIALISTES + MACS		20.723	21.042	21.948	23.160	24.006	24.920	25.732	⁽⁵⁾5.009	⁽⁵⁾24,17%
TOTAL GENERAL		38.072	38.734	40.153	41.439	42.155	42.819	43.673	⁽⁵⁾5.601	⁽⁵⁾14,71%

⁽¹⁾ jusque 2002: 007-008, à partir de 2004: 007-009

⁽²⁾ y compris quelques 001-005-006

⁽³⁾ y compris quelques 007-008-009

⁽⁴⁾ 2000-2010

⁽⁵⁾ 1999-2010

Tableau 3.4/1

Concernant les médecins généralistes, il convient de remarquer une diminution significative du nombre de médecins généralistes en formation : de 747 en 2000 à 554 en 2010, soit -25,84 %.

La limitation de l'afflux de nouveaux candidats explique aussi la réduction du nombre de médecins spécialistes en formation même si c'est de manière très limitée : de 3.404 en 2000 à 3.325 en 2010 (- 2,32 %). Après les premiers effets de l'introduction de l'examen d'entrée en Flandre en 1997 et de l'A.R. sur le contingentement du 30.05.2002¹⁰⁶, le nombre de MSF a légèrement augmenté durant la période 2004 (3.698) à 2006 (3.635) avant de commencer à baisser à partir de 2007 (3.606, non repris dans le tableau).

Chez les spécialistes, les modifications les plus visibles résultent de la scission de l'ancienne spécialité de "neuropsychiatrie" en psychiatrie et en neurologie¹⁰⁷. On peut également remarquer la progression de la sous-spécialisation en médecine interne : pneumologie +122,66 %, gastro-entérologie +17,71 %, cardiologie +71,5 %. Dans les disciplines chirurgicales, notons que la chirurgie plastique (+71,72 %) a progressé, au cours de ces 10 dernières années, deux fois plus vite que ses concurrentes directes l'orthopédie (+37,02 %) et l'urologie (+33,45 %).

On constate un recul relatif surprenant du nombre de médecins spécialistes en biologie clinique : tandis que le nombre de spécialistes a progressé de 36,51 %, ils n'ont enregistré qu'une croissance de 2,34 %. Il est possible qu'un changement intervienne à terme après l'entrée en vigueur (à partir du 13.01.2011) de l'obligation pour chaque laboratoire clinique d'avoir au moins un médecin biologiste clinique dans son staff¹⁰⁸.

La réponse à une question parlementaire posée par le Dr Lieve VAN ERMEN, sénatrice LDD, sur le nombre de médecins étrangers en activité en Belgique¹⁰⁹ nous fournit des informations utiles que nous présentons dans les tableaux 3.4/2, 3.4/2bis et 3.4/3.

¹⁰⁶ Arrêté royal du 30.05.2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 14.06.2002; éd. 1)

¹⁰⁷ Arrêté royal du 25.11.1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (M.B. du 14.03.1992).

¹⁰⁸ Arrêté royal du 10.12.2009 modifiant l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions (M.B. du 13.01.2010).

¹⁰⁹ Question écrite n° 4-5225 de Lieve Van Ermen (LDD) à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale; Sénat, 07.12.2009.

Nombre de médecins étrangers inscrits à l'INAMI entre 2000 et fin 2009

N°	Pays	Nombre	N°	Pays	Nombre	N°	Pays	Nombre
1	Pays-Bas	452	21	Canada	5	"	Surinam	2
2	France	451	"	Etats-Unis	5	42	Chypre	1
3	Allemagne	126	"	Argentine	5	"	Hongrie	1
4	Italie	114	24	Roumanie	4	"	Serbie	1
5	Espagne	77	"	Slovaquie	4	"	Russie	1
6	Luxembourg	62	"	Île Maurice	4	"	Burundi	1
7	Cameroun	54	"	Tunisie	4	"	République populaire du Congo	1
8	Grèce	53	28	Bulgarie	3	"	Burkina Faso	1
9	République démocratique du Congo	32	"	Finlande	3	"	Gabon	1
10	Grande-Bretagne	22	"	Irlande	3	"	Guinée	1
11	Afrique du Sud	20	"	Lituanie	3	"	Togo	1
12	Portugal	14	"	Indonésie	3	"	Algérie	1
13	Pologne	11	"	Israël	3	"	Cuba	1
14	Iran	10	"	Turquie	3	"	Brésil	1
15	Autriche	9	"	Haïti	3	"	Chili	1
"	Liban	9	36	Danemark	2	"	Colombie	1
17	Suède	7	"	Irak	2	"	Australie	1
"	Maroc	7	"	Bénin	2	58	Indéfini	43
19	Suisse	6	"	Angola	2		TOTAL	1.668
"	Tchéquie	6	"	Egypte	2			

Tableau 3.4/2

Nombre de médecins spécialistes en formation étrangers inscrits à l'INAMI entre 2000 et fin 2009

Médecins		
1	Médecin spécialiste en formation en anesthésie-réanimation	57
2	Médecin spécialiste en formation en chirurgie	41
3	Médecin spécialiste en formation en médecine interne	34
4	Médecin spécialiste en formation en psychiatrie	25
5	Médecin spécialiste en formation en pédiatrie	24
6	Médecin spécialiste en formation en radiodiagnostic	19
7	Médecin spécialiste en formation en chirurgie orthopédique	18
8	Médecin spécialiste en formation en gynécologie-obstétrique	12
9	Médecin spécialiste en formation en cardiologie	11
10	Médecin spécialiste en formation en neurochirurgie	9
11	Médecin spécialiste en formation en urologie	6
12	Médecin spécialiste en formation en neurologie	5
13	Médecin spécialiste en formation en oto-rhino-laryngologie	4
	Médecin spécialiste en formation en pneumologie	4
15	Médecin spécialiste en formation en gastro-entérologie	3
	Médecin spécialiste en formation en biologie clinique	3
	Médecin spécialiste en formation en chirurgie plastique	3
	Médecin spécialiste en formation en rhumatologie	3
19	Médecin spécialiste en formation en gériatrie	2
	Médecin spécialiste en formation en stomatologie	2
	Médecin spécialiste en formation en dermatovénérologie	2
	Médecin spécialiste en formation en médecine aiguë	2
23	Médecin spécialiste en formation en ophtalmologie	1
	Médecin spécialiste en formation en médecine physique et en réadaptation	1
	Médecin spécialiste en formation en anatomie pathologique	1
	Médecin spécialiste en formation en radiothérapie	1
	Médecin spécialiste en formation en médecine nucléaire	1
	Total assistants	294

Tableau 3.4/2bis

Nombre de médecins agréés étrangers inscrits à l'INAMI entre 2000 et fin 2009

Médecins		
1	Médecin inscrit entre le 01/01/1995 et le 31/12/2004	301
2	Médecin généraliste	274
3	Médecin spécialiste en anesthésie-réanimation	169
4	Médecin spécialiste en psychiatrie	64
5	Médecin spécialiste en chirurgie	63
6	Médecin spécialiste en pédiatrie	62
7	Médecin spécialiste en médecine interne	57
8	Médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	47
9	Médecin spécialiste en radiodiagnostic	42
10	Médecin inscrit après le 31/12/2004	34
11	Médecin spécialiste en cardiologie	26
	Médecin spécialiste en ophtalmologie	26
13	Médecin spécialiste en chirurgie orthopédique	21
14	Médecin spécialiste en neurologie	17
15	Médecin spécialiste en neurochirurgie	16
16	Médecin spécialiste en gastro-entérologie	15
17	Médecin spécialiste en chirurgie plastique	14
18	Médecin spécialiste en pneumologie	12
19	Médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie	11
20	Médecin spécialiste en dermato-vénéréologie	9
	Médecin spécialiste en médecine interne et en gériatrie	9
	Médecin spécialiste en médecine interne et en endocrino-diabétologie	9
	Médecin spécialiste en médecine aiguë	9
	Médecin spécialiste en anatomie pathologique	9
25	Médecin spécialiste en urologie	8
	Médecin spécialiste en radiothérapie	8
27	Médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation	7
	Médecin spécialiste en biologie clinique	7
29	Médecin spécialiste en anesthésie-réanimation et en médecine d'urgence	5
	Médecin spécialiste en stomatologie	5
31	Médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés	3
	Médecin spécialiste en médecine nucléaire	3
33	Médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés	2
	Médecin spécialiste en médecine interne et en médecine d'urgence	2
	Médecin spécialiste en pédiatrie et en médecine d'urgence	2
	Médecin spécialiste en neurologie et en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés	2
	Médecin spécialiste en rhumatologie	2
38	Médecin spécialiste en chirurgie et en médecine d'urgence	1
	Médecin spécialiste en pédiatrie et en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés	1
	Total médecins agréés	1.374

Tableau 3.4/3

Total des médecins spécialistes en formation étrangers (tableau 3.4/2bis) :	294
Total des médecins agréés étrangers (tableau 3.4/3) :	1.374
Total général des médecins étrangers :	1.668

Nos confrères néerlandais (452) et français (451) réunis constituent plus de la moitié (54,1 %) du total des médecins agréés étrangers inscrits à l'INAMI. Les anesthésistes représentent le principal groupe de médecins étrangers, et ce aussi

bien parmi les médecins spécialistes en formation (57 sur 294, soit 19,4 %) que parmi les médecins spécialistes agréés (301 sur 1.374, soit 21,9 %).

Remarquons que nous ne trouvons que 4 Roumains dans les tableaux de l'INAMI alors qu'une réponse à une autre question de la sénatrice Dr Lieve VAN ERMEN¹¹⁰ laisse entendre qu'en 2007, quelque 123 médecins roumains ont demandé à avoir accès à l'exercice de la médecine (sur un total de 428 demandes d'accès à l'exercice de la médecine en Belgique émanant de résidents européens ou non européens) et qu'en 2008, 116 médecins roumains ont demandé cet accès (sur un total de 433 demandes). *"De Roemeense artsen beschikken uitsluitend over een basisdiploma en dus over een RIZIV-nummer dat op 000 eindigt. Ze mogen bijgevolg alleen assisteren bij chirurgische ingrepen of superviseren in zaal. Elke vorm van consultatie, bezoek of voorschrijven van een technische handeling is uitgesloten"* (fin de citation de la ministre ONKELINX, lue par Monsieur Melchior WATHELET, secrétaire d'Etat au Budget) (nous traduisons : *"Les médecins roumains disposent exclusivement d'un diplôme de base et donc d'un numéro INAMI se terminant par 000. Par conséquent, ils peuvent uniquement assister durant des interventions chirurgicales ou superviser en salle. Toute forme de consultation, visite ou prescription d'un acte technique est exclu"*).

Au mois d'octobre, le sénateur N-VA Dr Louis IDE avait déjà posé une question similaire au Parlement, avec quasiment les mêmes chiffres comme réponse. Sa principale réaction à l'époque avait été que seuls 16% des médecins immigrés sont des médecins généralistes. Comme on peut le voir dans les tableaux 3.4/2 et 3.4/3, les spécialistes et les MACS constituent la majorité. On pouvait aussi lire dans la réponse qu'ils s'installent principalement à Bruxelles et en Wallonie¹¹¹.

Henri ANRYS, secrétaire général de la Chambre syndicale pour les provinces du Hainaut, de Namur et du Brabant wallon (ABSyM), a recueilli des chiffres officiels auprès du SPF Santé publique et est arrivé à la conclusion que, chaque année, quelque 528 médecins belges partent travailler à l'étranger¹¹². Cela correspond à 75 % du quota initial fixé à 700 médecins pouvant arriver sur le marché de l' "INAMI" par an en 2004¹¹³ et à 43 % du quota ayant été fortement augmenté entre-temps et porté à 1.230 médecins par an (pour les années 2015 à 2018)¹¹⁴.

Il ressort de toutes ces données (cf. tableau 3.4/4) que le nombre de médecins quittant la Belgique est supérieur au nombre des arrivants. Tout au moins d'après les informations dont dispose le SPF Santé publique.

¹¹⁰ Demande d'explications de Mme Lieve Van Ermen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le recrutement international de personnel hospitalier» (n° 4-723). Annales Sénat de Belgique, 12.02.2009, séance de l'après-midi.

¹¹¹ "Buitenlandse artsen invoeren is geen panacee tegen huisartsentekort". Artsenkrant, 17.10.2008.

¹¹² "Elk jaar verlaten meer dan 500 artsen ons land". Artsenkrant, 23.01.2009.

¹¹³ Arrêté royal du 30.05.2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 14.06.2002; éd. 1).

¹¹⁴ Arrêté royal du 12.06.2008 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 18.06.2008; éd. 1).

Nombre de médecins émigrés vs nombre de médecins immigrés

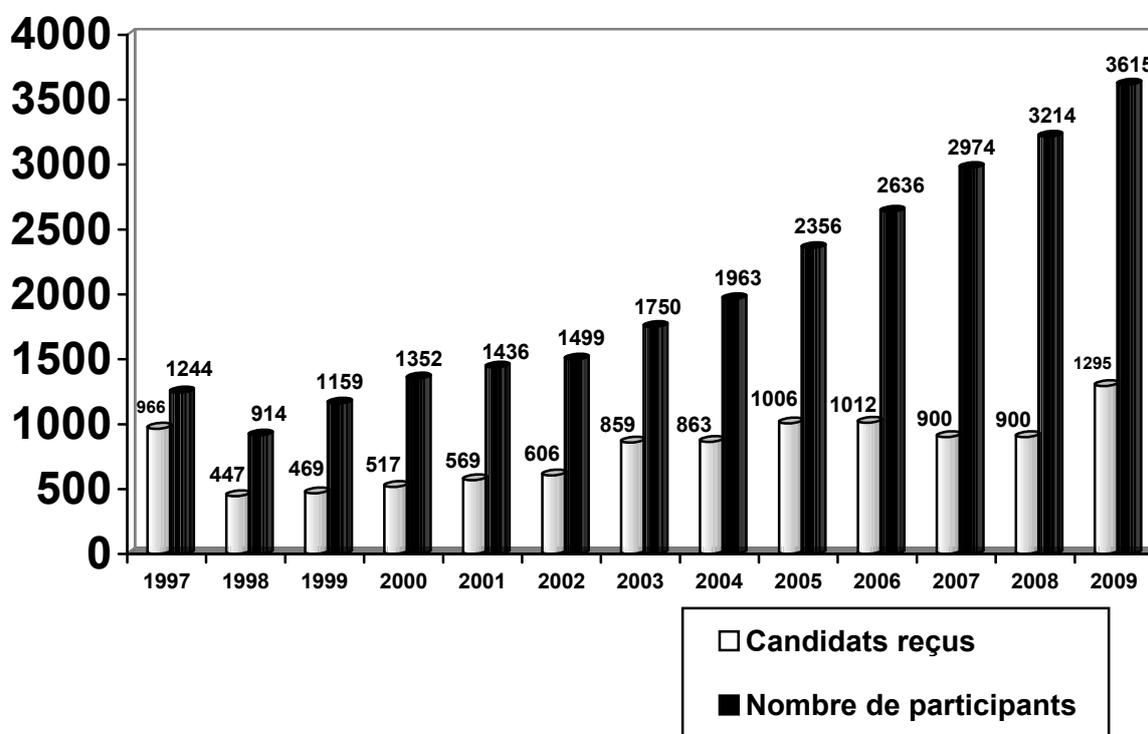
	Emigrés				Immigrés	Δ
	Médecins de base	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Total	Total immigrés	
2004	270	52	199	521	182	339
2005	246	48	238	532	521	11
2006	241	37	245	523	202	321
2007	219	155	163	537	184	353
Total	976	292	845	2.113	1.089	1.024

Source : Ministère de la Santé publique et INAMI

Tableau 3.4/4

Le numerus clausus est un thème toujours présent dans le rapport annuel du GBS. Il y figurera de nouveau dans le rapport de l'année 2010. En effet, une concertation sur le raccourcissement de la durée des études pour obtenir le diplôme de médecin a été engagée et le principal obstacle résidera une nouvelle fois dans la différence de conception dans le domaine de l'organisation du flux, défini exactement en fonction des besoins médicaux de la population, des médecins autorisés à arriver "sur le marché" annuellement. D'aucuns espèrent l'abandon du contingentement car, de toute façon, cela ne mène à rien. Tout le monde peut en effet voir que le nombre des inscriptions en première année de médecine dans les universités francophones (chiffres du 18.09.2009) est passé de 1.894 en 2008 à 2.413 en 2009 (+27 %) (cf. tableau 3.4/5) tandis qu'en Flandre, 1.295 des 3.615 participants à l'examen d'entrée (3.214 en 2008) ont réussi l'examen (ils étaient 900 en 2008), soit le chiffre le plus élevé depuis l'instauration du système en 1997 (cf. fig. 1).

Evolution de l'examen d'entrée en médecine en Flandre depuis 1997



Source : notamment Artsenkrant¹¹⁵

Fig. 1

¹¹⁵ « 900 geslaagd voor ingangsexamen ». Artsenkrant 05.09.2008.

Inscriptions aux facultés de médecine francophones année académique 2009-2010

	septembre 2008	septembre 2009	2008-2009
UCL	598	735	+23%
ULB	426	538	+26%
Ulg	408	507	+25%
FUNDP	334	459	+37%
UMH	128	174	+36%
Total	1.894	2.413	+27%

Source : Le Journal du Médecin¹¹⁶

Tableau 3.4/5

Si nous comparons ces chiffres avec les possibilités d'accès à la profession par un numéro d'agrégation INAMI, nos responsables politiques sont bien forcés de voir que nous nous dirigeons vers des tragédies (cf. tableau 3.4/6). Alors que pour l'année 2016, il est prévu 1.230 places INAMI, pas moins de 3.708 jeunes gens ont entamé les études en 2009, soit 3,02 fois plus que prévu. En ce qui concerne les jeunes francophones, il s'agit de 2.413 débutants pour 492 places INAMI en 2016, soit 4,9 fois plus que ce qui est planifié tandis que les étudiants flamands sont au nombre de 1.295 pour 738 places INAMI disponibles, soit 1,8 fois de trop (cf. tableau 3.4/6).

Rapport entre nombre de places de formation accessibles et nombre de candidats

	Planification* (= 100,0)	Réalité	
		Absolu	Par rapport à la planification = 100
Flamands	738	1.295	175,5
Francophones	492	2.413	490,4
Belges	1.230	3.708	301,5

*A.R. du 12.06.2008 (M.B. du 18.06.2008)

Tableau 3.4/6

Nul ne sait aujourd'hui quel sera le sort de ces quelques milliers de futurs médecins. Certaines facultés admettent déjà en tout cas ouvertement qu'elles ne sont pas en mesure de garantir une formation de qualité à de tels nombres d'étudiants.

Le conservatisme extrême des étudiants francophones en la matière est tout bonnement choquant. Contrairement à certains soixante-huitards, comme Jan DE MAESENEER à l'époque étudiant et maintenant professeur de médecine générale à l'Université Gent, qui au début des années 1970 scandaient des slogans contre le *numerus clausus* et maintenant sont des ardents défenseurs d'un examen d'entrée, les étudiants francophones ne veulent pas entendre parler de restriction, d'accompagnement, d'examen d'entrée ou de quoi que ce soit d'autre. Ils menacent déjà de dynamiter la concertation sur-le-champ quand le ministre francophone de l'Enseignement supérieur Jean-Claude MARCOURT (PS) ose remettre en question le moratoire francophone sur le *numerus clausus*¹¹⁷. Quand le Groupe de travail Diminution de la durée des études du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, élargi aux représentants des ministres de l'Enseignement des Communautés, s'est réuni le 16.12.2009 avec des représentants invités des étudiants, le débat a été réduit par la FEF¹¹⁸ à un bavardage interminable sur le

¹¹⁶ « La ruée vers les facultés de médecine ». Le Journal du Médecin, 25.09.2009

¹¹⁷ "Numerus clausus: la Fef claque la Porte". La Libre Belgique, 30.01.2010.

¹¹⁸ Fédération des Etudiants francophones

numerus clausus. Je n'ai pas pu m'empêcher de faire remarquer aux dirigeants de la FEF qu'ils tenaient pratiquement mot pour mot le discours de Jan DE MAESENEER il y a 40 ans. Le Prof. DE MAESENEER, délégué au nom de la faculté de médecine de l'Universiteit Gent, venait justement de défendre avec passion l'examen d'entrée flamand.

En guise d'illustration de la "pénurie" que la FEF et certaines directions d'hôpitaux francophones ne cessent d'évoquer, selon nous totalement à tort, le tableau 3.4/7 montre la densité médicale en Belgique au 1^{er} août 2008. Seule la Grèce (4,9 ‰) compte (encore) plus de médecins que la Belgique (4,0 ‰)¹¹⁹. La ministre ONKELINX promet un cadastre totalement opérationnel d'ici la fin 2010. Egalement pour les spécialistes? Celui pour les médecins généralistes a déjà fait l'objet de très nombreuses critiques et entre autres le président de l'ABSyM Roland LEMYE a déclaré qu'il n'était pas possible de déduire quoi que ce soit de ces données concernant la densité médicale réelle¹²⁰. Même si la ministre ne parle maintenant plus que de 9.259 médecins généralistes¹²¹ au lieu des 17.851 "médecins de médecine générale" figurant habituellement dans les tableaux de l'INAMI et du SPF Santé publique, ce chiffre n'en dit pas encore suffisamment. Le cadastre des médecins généralistes définit en effet un médecin déjà comme un médecin généraliste quand il totalise plus de 5 contacts-patient par jour ouvrable, soit plus de 1.250 par an. Par quoi remplacera-t-on cela pour les médecins spécialistes?

Densité médicale par région et en Belgique

	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Nombre total de médecins	Nombre de médecins/ 100.000 hab.	Base
Région flamande	9.600	12.970	22.570	366	100
Région wallonne	6.064	8.037	14.101	408	112
Région bruxelloise	2.187	3.930	6.117	584	160
Belgique	17.851	24.937	42.788	401	110

Situation au 1er août 2008

De Huisarts 05.02.2009

Source : réponse à la question parlementaire n° 269, calculs du Professeur Eric Ponette (VGV)

Tableau 3.4/7

3.5. Le KCE

Depuis sa création en 2003, je siège au sein du conseil d'administration du Centre d'Expertise – Kenniscentrum¹²² au nom de l'ABSyM. Au niveau du GBS, les communiqués de presse accompagnant la publication d'un nouveau rapport sont/étaient discutés par le comité exécutif. Ils ont pratiquement toujours été publiés dans une version électronique ou sur papier pour les membres. Cette politique d'information a été interrompue dans le courant de l'année dernière. La qualité du KCE s'est détériorée ces derniers temps et les recommandations sont désormais clairement rédigées "sur demande". Nous préférierions que les lecteurs prenant connaissance des rapports dans les médias généralistes adressent directement leurs critiques au KCE et non pas au 20 avenue de la Couronne, c'est-à-dire au GBS. J'ai déjà rencontré plus d'un expert et validateur externe qui, pour des honoraires

¹¹⁹ OECD Health data 2007.

¹²⁰ "Pleidooi voor een Vlaams kadaster". Artsenkrant 17.04.2009.

¹²¹ "Onkelinx: 'Geen 15.000 huisartsen maar 9.259'. Artsenkrant 10.04.2009.

¹²² Articles 259 et 300 de la Loi-programme (I) du 24 décembre 2002 portant création du centre fédéral d'expertise des soins de santé (M.B. du 31.12.2002).

modestes quand ce n'était pas de manière totalement désintéressée, avait investi son temps, ses connaissances et son énergie dans un rapport pour constater par la suite qu'il n'avait été tenu absolument aucun compte de remarques essentielles selon lui ou qu'on avait "assassiné son enfant". Ceci a pour effet que seuls des "consultants" ou universitaires gratte-papier travaillent encore pour le KCE. Les véritables experts savent à quoi s'en tenir. Au verso de la page de titre de chaque rapport, on peut lire ce qu'il en est dans le *disclaimer* : "*La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques*". Je déplore la disparition de l'esprit qui régnait initialement au sein du KCE. Pourvu qu'il y ait des évidences, il en est tenu compte dans les recommandations. Si elles font défaut, on l'indique tout simplement. Aujourd'hui, les règles ont changé.

C'est le conseil d'administration qui, au bout du compte, approuve la publication des rapports majorité contre minorité. Il est évident qu'avec seulement deux représentants des médecins en activité – 1 pour l'ABSyM (le soussigné comme effectif et le Dr Roland LEMYE comme suppléant) et 1 pour le Cartel (le Dr Jean-Pierre BAEYENS comme effectif et la juriste Mme Rita CUYPERS comme suppléant), il est extrêmement difficile d'obtenir des adaptations ou des modifications conséquentes voire le retrait de recommandations aux autorités publiques en compagnie des 14 autres membres du conseil d'administration politiquement nommés. Ce qui ne nous empêche pas d'essayer chaque fois à nouveau.

Et quand un journaliste vient suggérer que les médecins étaient d'accord¹²³ avec le tout dernier rapport sur le "All-in" dans les hôpitaux¹²⁴, et ce alors que le soussigné a protesté et voté contre au niveau du conseil d'administration, un administrateur se doit de vendre la mèche et de marquer publiquement son désaccord^{125, 126}.

4. L'ACCORD MEDICO-MUTUALISTE DU 17.12.2008 (M.B. DU 19.01.2009)

4.1. Adhésions – refus

Les résultats de l'adhésion ou du refus d'adhésion à l'accord médico-mutualiste du 17.12.2009 ont été communiqués officiellement dans le cadre de la réunion de la Commission nationale médico-mutualiste du 02.03.2009.

Les résultats du nombre de refus par région, pour le nombre total de médecins et avec une ventilation médecins généralistes/médecins spécialistes sont présentés dans le tableau 4.1/1.

¹²³ "Un financement forfaitaire global pour les hôpitaux». Belga, 25.01.2010.

¹²⁴ "Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement hospitalier «all-in» par pathologie". KCE reports 121B, 25.01.2010.

¹²⁵ "Contre le système all in dans les hôpitaux". Communiqué de presse du Dr LEMYE, Président de l'ABSyM, Belga, 27.01.2010.

¹²⁶ "Hôpitaux: la révolution all in". Le Journal du Médecin. 29.01.2010.

Nombre de médecins et % de refus d'adhésion à l'accord médico-mutualiste 2009-2010 du 17.12.2008

	Médecins généralistes		Médecins spécialistes		Total	
	Nombre	% refus	Nombre	% refus	Nombre	% refus
Bruxelles	2.200	22,7	3.999	21,63	6.199	22,04
Flandre	9.568	9,07	13.190	21,30	22.758	16,16
Wallonie	6.058	15,68	8.121	17,66	14.179	16,81
Belgique	17.826	13,01	25.310	20,19	43.136	17,22

Source : INAMI

Tableau 4.1/1

Les résultats détaillés par discipline ainsi que leur évolution depuis l'accord du 13.12.1993 font l'objet du tableau 4.1/2. Comparé au nombre moyen de refus d'adhésion aux dix derniers accords, le pourcentage de déconventionnement du dernier accord (17.12.2008) est légèrement supérieur pour la plupart des disciplines et pour le total. Le taux de refus se situe sous la moyenne seulement pour huit disciplines : les médecins spécialistes en formation, la médecine nucléaire, la médecine interne, la pédiatrie, l'anesthésiologie, la médecine générale, la psychiatrie et la neuropsychiatrie.

Evolution des taux de déconventionnement 1993-2008 par discipline												
	17.12.2008*	20.12.2007*	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 Médecin assistant candidat spécialiste (MACS)	0,27	0,32	0,08	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48	0,48	
2 Biologie clinique	2,56	2,27	2,68	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	2,09	
3 Médecine nucléaire	4,39	3,79	4,36	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,44	
4 Radiothérapie	4,57	3,74	3,89	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,51	
5 Anatomie pathologique	6,62	3,81	4,85	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,30	
6 Pneumologie	6,68	5,91	5,16	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,38	
7 Médecine interne	7,48	6,31	6,92	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	8,18	
8 Neurologie	7,74	4,42	4,81	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	5,36	
9 Pédiatrie	11,21	9,96	9,70	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	12,87	
10 Anesthésiologie	12,55	13,60	15,27	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	14,74	
11 Médecine générale	13,01	12,49	13,59	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	14,60	
12 Psychiatrie	13,58	11,92	13,20	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,91	
13 Neuropsychiatrie	14,59	12,50	12,85	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	15,68	
14 Gastro-entérologie	16,61	14,50	14,83	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	14,28	
15 Chirurgie	19,78	16,46	18,28	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	17,71	
16 Cardiologie	21,25	19,24	21,00	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,46	
17 Neurochirurgie	24,35	20,74	22,03	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	22,68	
18 Rhumatologie	24,60	16,93	19,53	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	19,65	
19 Médecin physique et physiothérapie	25,10	20,73	20,25	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	20,52	
20 O.R.L.	29,68	27,12	27,84	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	27,85	
21 Urologie	32,31	28,13	27,08	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	26,37	
22 Radiologie	32,96	29,40	30,95	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	21,48	
23 Orthopédie	34,91	25,53	26,40	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	25,44	
24 Stomatologie	39,74	37,70	35,08	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	36,68	
25 Gynécologie-obstétrique	50,31	40,46	41,60	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	43,31	
26 Ophtalmologie	53,23	49,39	52,84	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	52,35	
27 Chirurgie plastique	63,11	59,05	64,25	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52	61,59	
28 Dermatologie-vénérologie	63,87	59,72	61,57	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	62,08	
Total spécialistes + MACS	20,19	17,62	18,43	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	18,06	
TOTAL GENERAL	17,22	15,48	16,36	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,57	

Source : INAMI; compilation Dr M. MOENS

* Doc CNMM/NCGZ 2009/22

Tableau 4.1/2

Tandis que le taux total de refus a progressé de 15,48 à 17,22 % (soit une augmentation de 11,2%), il y a un certain nombre d'augmentations nettement supérieures des taux de refus pour certaines disciplines telles que la neurologie (+75,1 %), l'anatomie pathologique (+73,6 %), la rhumatologie (+45,3 %), l'orthopédie (+36,7 %) et la gynécologie-obstétrique (+24,3 %) (cf. tableau 4.1/3). Les différentes unions professionnelles peuvent identifier des causes possibles de manière à pouvoir éventuellement y apporter une réponse appropriée. La demande en faveur d'une actualisation de la nomenclature d'orthopédie nous est connue et nous y travaillons. Les anatomo-pathologistes ont dû faire face à une forte augmentation de leurs frais de matériel pour le transport des tests de Papanicolaou (Pap smears), les gynécologues sont nettement moins bien payés pour leur consultation que les sages-femmes et les autres disciplines ont très certainement leurs propres raisons.

Les plus fortes hausses des taux de déconventionnement

	Accord 20.12.2007 %	Accord 17.12.2008	+ Δ %
Neurologie	4,42	7,74	75,1
Anatomie pathologique	3,81	6,62	73,6
Rhumatologie	16,93	24,60	45,3
Orthopédie	25,53	34,91	36,7
Gynécologie-obstétrique	40,46	50,31	24,3
Total général	15,48	17,22	11,2

Tableau 4.3/3

4.2. Concrétisation de la seconde année de l'accord du 17.12.2008

En faisant abstraction des concertations informelles, la commission nationale médico-mutualiste s'est réunie en séance plénière à neuf reprises en 2009. Les différents groupes de travail pour des matières concernant également les médecins spécialistes (trajets de soins, politique des médicaments, concertation médico-pharmaceutique) se sont réunis officiellement 15 fois. Il y a en outre également des réunions de groupe de travail qui se penchent sur des dossiers concernant spécifiquement les médecins généralistes.

Il convient de remarquer que l'influence des négociateurs ne cesse de s'effriter. La ministre compétente ne trace plus seulement les grandes lignes par le biais de fonctionnaires compétents mais elle les colorie également de plus en plus. Un plan contre le cancer ambitieux ne se transpose pas comme ça dans la nomenclature et les choix des collaborateurs du ministère ne correspondent pas forcément avec les vues de ceux qui travaillent sur le terrain.

Le lancement maintes fois reporté des trajets de soins montre à quel point la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes peut être difficile et dans quelle mesure ces systèmes sont d'une conception délicate, parfois avec des effets secondaires indésirables. Après moult tiraillements, un interniste général, par exemple, peut aujourd'hui en faire moins qu'un médecin généraliste agréé, dans le contexte des remboursements de l'INAMI, pour un patient diabétique. En raison des retards dans les réalisations des projets budgétés et approuvés, quelque 124 millions d'euros n'ont pas été utilisés en 2009, à la grande gloire des

organismes assureurs qui ne courent aucun risque de dépassement budgétaire et obtiennent un bonus au lieu d'un éventuel malus dans le système.

4.3. Médicaments

Quand il s'agit de médicaments, on pense avant tout aux médecins généralistes. En effet, ils prescrivent pour un montant (remboursable) de médicaments qui est grosso modo deux fois égal à celui des médecins spécialistes. Une des principales explications est que, dans un nombre important de cas, ils assurent la continuité de la prescription initiée par un médecin spécialiste.

L'accord médico-mutualiste du 17.12.2008 comprend un point 6 important qui a au moins autant d'impact sur la pratique des médecins spécialistes que sur celle des médecins généralistes. Tous les médecins prescrivant des médicaments et ayant adhéré à l'accord médico-mutualiste se sont engagés à respecter la clause relative à la prescription de médicaments "moins onéreux". Le Conseil général de l'INAMI avait décidé à la demande du gouvernement le 13.10.2008 qu'une économie de 42,5 millions d'euros devait être réalisée en 2009. La Commission nationale médico-mutualiste avait marqué son accord. Elle n'avait du reste pas le choix car le législateur avait également prévu que sinon il y aurait une obligation de prescrire un pourcentage extrêmement élevé de médicaments bon marché.

Dans une perspective d'optimisation et de qualité de la prescription tout en étant attentif à l'accessibilité financière pour le patient, trois engagements ont été inscrits dans le texte.

A l'initiation des traitements avec un médicament appartenant aux 6 groupes définis dans l'accord, les médecins doivent, à partir du 01.01.2009, utiliser une molécule moins onéreuse dans 80 % des cas¹²⁷:

- IPP (AO2BC)
- Inhibiteurs de l'ECA et sartans (CO9)
- Statines (C10AA)
- Fluconazole et Itraconazole (JO2AC)
- AINS (MO1A)
- ISRS (NO6AB)

Suite aux pressions juridiques, aux critiques objectives et aux protestations des psychiatres et au terme d'une concertation approfondie au niveau de la médico-mut, les partenaires sont tombés d'accord, le 08.06.2009, pour retirer le groupe des ISRS du point 6.

Les autres engagements consistent à *"réduire un volume trop élevé injustifié de médicaments prescrits par certains dispensateurs de soins"* et à *"développer des initiatives e.a. en matière de compliance thérapeutique, de polymédication, et d'autres indicateurs"*.

Les pourcentages de "médicaments bon marché" ont augmenté considérablement. Entre le premier et le quatrième feed-back (octobre 2009) transmis aux médecins

¹²⁷ Les six groupes visés au point 6 de l'accord médico-mutualiste du 17.12.2008 sont publiés au Moniteur belge du 19.01.2009. Une lettre de l'INAMI réduisant les groupes à 5 a été envoyée à tous les médecins le 10.06.2009 avec des explications détaillées.

prescripteurs par l'INAMI, ce pourcentage est passé de 22,9 à 40,8 % et les pourcentages minimums actuels fixés par la loi¹²⁸ sont atteints.

Pourcentage de médicaments bon marché pour plusieurs spécialités

	Seuil minimum	Moyenne par groupe
Médecins généralistes	27%	42%
Cardiologues	29%	38%
Gynécologues	9%	36%
Internistes	24%	36%
Pédiatres	14%	23%
Urologues	19%	34%

Source : INAMI, octobre 2009

Tableau 4.3

L'économie de 42,5 millions d'euros souhaitée est manifestement malgré tout trop importante. Les mutuelles augmentent la pression pour qu'il soit prescrit davantage de génériques mais surtout également moins de médicaments. Les mutuelles socialistes réfléchissent à l'installation d'un "observatoire" qui aurait pour mission de vérifier si les médecins prescrivent conformément au petit livre (rouge)¹²⁹. Il s'agit d'un problème international. Pour essayer de garder sous contrôle le budget des soins de santé, le gouvernement français propose de voter une loi qui obligerait l'utilisation des médicaments génériques. Les médecins ont réagi par la colère¹³⁰.

4.4. Budget

Aux chiffres, vous pouvez leur faire dire tout ce que vous voulez. "Tout" est une question de "présentation". Et pourtant tous les tableaux sont corrects. Se livrer à une comparaison des documents de l'INAMI n'est pas une tâche aisée mais est possible avec l'aide d'experts et de fonctionnaires obligeants.

Bien entendu, il arrive que la politique ne soit pas favorable. L'économie de 50 millions d'euros en biologie clinique et de 45 millions d'euros en radiologie (+ 5 millions d'euros pour les produits de contraste dans le budget partiel des médicaments) ne figure pas dans certains des tableaux préparatoires car il s'agit d'une décision du gouvernement qui a été prise par-dessus les têtes des partenaires de la médico-mut. Elle a en fait été inspirée par des collaborateurs des mutuelles qui sont des cabinettards à temps partiel.

Au bout du compte, le résultat de la seconde année de l'accord n'est pas bien brillant. Les honoraires médicaux budgétés en 2010 se montent à 71,654 millions d'euros, soit 1,05 % de plus que ce qui a été budgété en 2009 (cf. tableau 4.4/1).

Objectif budgétaire INAMI 2009-2010 (en millions d'euros)

	2009	2010	évolution 2010/2009
Honoraires médicaux	6.795,732	6.867,386	+ 71,654 (= +1,05%)
Dépenses totales	23.084,470	24.249,164	+ 1.164,694 (= +5,05%)

Source : Note INAMI CSS 2009/390 du 13.10.2009

Tableau 4.4/1

¹²⁸ Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, article 73, §2.

¹²⁹ "Observatorium voorschrijfgedrag in de maak". Artsenkrant 15.12.2009.

¹³⁰ "Les génériques bientôt obligatoires". Le Journal du Médecin, 10.11.2009.

L'index de 0,93 %, soit 63,2 millions d'euros, y est intégré. Le calcul sous un autre angle nous apprend par conséquent qu'en 2010, les médecins ont obtenu, hors index, précisément 8,454 millions d'euros pour les nouvelles initiatives, soit 0,12 % de plus que le budget de 2009. La majeure partie de tous les nouveaux plans doit par conséquent être mise au frigo et l'autre partie doit être financée par un rééquilibrage des honoraires.

Pour réfuter la thèse que les honoraires médicaux constitueraient les principaux postes dans les dépenses de l'INAMI, nous avons établi des séries "historiques", de 1995 à 2009 (par extrapolation du premier semestre 2009). Exprimées en "chiffres courants", les dépenses pour les honoraires médicaux se montaient en 1995 à 3.347,214 millions d'euros, soit 33,57 % des dépenses totales de l'INAMI (9.971,738 millions d'euros). En 2009, ce montant était de 6.435,525 millions d'euros, soit 29,75 % des dépenses totales (21.631,275 millions d'euros) (cf. tableau 4.4/2).

Evolution des dépenses INAMI (prix courants en millions d'euros)

Année	Honoraires médicaux		Total des dépenses INAMI (= 100%)
	Absolu	% total	
1995	3.347,214	33,57	9.971,738
1996	3.680,555	33,48	10.992,013
1997	3.471,783	32,54	10.669,986
1998	3.711,933	32,73	11.339,918
1999	3.907,279	32,37	12.070,958
2000	4.151,948	32,21	12.890,912
2001	4.371,036	31,62	13.821,720
2002	4.352,902	30,57	14.237,462
2003	4.693,577	30,58	15.348,063
2004	5.160,836	30,88	16.711,307
2005	5.349,936	31,31	17.088,873
2006	5.279,258	30,53	17.292,318
2007	5.602,966	30,42	18.414,587
2008	6.117,110	30,40	20.121,018
2009*	6.435,525	29,75	21.631,275
2010**	6.867,386	28,32	24.249,164

Source : Rapports annuels de l'INAMI et actuariat INAMI; calculs M. MOENS

Tableau 4.4/2

*Extrapolation 1S/2009

**Objectif budgétaire note CSS 2009/330

Si nous comparons l'augmentation des dépenses avec l'année 1995 (= 100,00), d'une part en prix courants et d'autre part après neutralisation de l'inflation, nous constatons que les dépenses pour les médecins en prix constants ont augmenté de moins de la moitié (+48,2 %) tandis que les dépenses totales ont progressé de plus des deux tiers (+67,69 %) (cf. tableau 4.4/3).

Evolution des dépenses INAMI 1995 = 100,00

Année	Honoraires médicaux		Total des dépenses INAMI (= 100%)	
	Prix courants	Prix constants	Prix courants	Prix constants
1996	109,96	107,88	110,23	108,46
1997	103,72	99,87	107,00	103,32
1998	110,90	105,70	113,72	108,70
1999	116,73	110,54	121,05	114,95
2000	124,04	114,27	129,27	119,43
2001	130,59	117,19	138,61	124,74
2002	130,05	115,23	142,78	126,87
2003	140,22	122,43	153,92	134,77
2004	154,18	131,45	167,59	143,29
2005	159,83	132,13	171,37	142,07
2006	157,72	128,32	173,41	141,49
2007	167,39	134,35	184,67	148,64
2008	182,75	138,50	201,78	153,35
2009*	192,27	148,20	216,93	167,69

Source : Rapports annuels de l'INAMI et actuariat INAMI; calculs M. MOENS

Tableau 4.4/3

*Extrapolation 1S/2009

A titre d'illustration et à la demande de plusieurs médecins de laboratoire, je me suis livré au même genre d'exercice dans le détail pour la biologie clinique, l'anatomie pathologique et la génétique. Il est évident qu'il peut être utile d'objectiver les hausses de dépenses importantes ou non dans d'autres sous-secteurs en réalisant des calculs analogues (cf. tableaux 4.4/4, 4.4/5, 4.4/6 et 4.4/7).

Pour résumer le tableau 4.4/7, nous pouvons montrer qu'en prix constants depuis 1995, les dépenses totales de l'INAMI ont augmenté de 67,69 %, les examens génétiques de 66,59 % (alors qu'ils ont occupé la tête sans conteste pendant des années), les honoraires médicaux de 48,2 %, tous les examens de laboratoire de 40,04 %, l'anatomie pathologique de 41,81 % et la biologie clinique de 39,14 %.

Evolution des dépenses de l'INAMI 1995-2009 pour les examens de laboratoire par rapport aux honoraires médicaux totaux et aux soins de santé totaux (en prix courants) (en millions d'euros)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009**
Biologie clinique															
Article 3	45,289	50,886	48,485	51,934	54,054	44,778	36,603	35,868	38,689	41,074	42,221	43,310	45,601	51,410	55,024
Art. 18, § 2, B, e	46,898	47,285	40,779	38,242	31,964	20,604	13,448	10,085	8,759	8,105	7,029	6,054	5,655	5,780	5,780
Article 24 § 1	153,959	175,894	172,820	192,451	213,052	185,275	154,143	155,432	169,783	185,057	191,152	198,057	212,520	228,016	248,576
Hon. forfaitaires ambulatoires	103,057	113,025	110,168	120,852	127,607	182,774	236,546	208,493	235,213	281,042	292,056	289,169	311,692	340,941	389,095
Hon. forfaitaires hospitalisés	257,169	291,821	263,791	285,022	280,358	302,810	344,595	349,999	363,503	378,850	407,129	378,618	400,893	445,984	407,201
SOUS-TOTAL	606,372	678,911	636,043	688,501	707,035	736,242	785,335	759,877	815,947	894,128	939,587	915,208	976,361	1.072,131	1.105,676
Article 24 bis (microbiol. moléculaire)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,425	1,509
Article 33 bis (hémato- oncologie moléculaire)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,374	3,885	4,433
SOUS-TOTAL BIOL. CLIN.	606,372	678,911	636,043	688,501	707,035	736,242	785,335	759,877	815,947	894,128	939,587	915,208	976,735	1.076,441	1.111,618
Art. 26 § 1bis : prestations urgentes biologie clinique ambulatoire	9,470	10,765	12,103	13,567	19,126	23,152	25,055	22,921	27,526	31,547	*22,996	0,341	0,077	0,0006	0,000
TOT. BIOLOGIE CLIN.	615,842	689,676	648,146	702,068	726,161	759,394	810,390	782,798	843,473	925,675	962,583	915,549	976,812	1.076,442	1.111,618
ANATOMIE PATHOLOG.	64,776	76,549	72,153	74,522	79,915	88,285	93,381	91,402	94,611	101,874	102,270	104,481	110,720	117,038	119,170
EXAMENS GENET.	16,519	17,968	18,972	19,621	24,216	24,899	26,262	28,593	30,801	31,946	33,948	36,082	38,819	37,013	35,701
TOT. EXAMENS LABO	697,137	784,193	739,271	796,211	830,292	872,578	930,033	902,793	968,885	1.059,495	1.098,801	1.056,112	1.126,351	1.230,493	1.266,489
TOT. HONORAIRES MED.	3.347,214	3.680,555	3.471,783	3.711,933	3.907,279	4.151,948	4.371,036	4.352,902	4.693,577	5.160,836	5.349,936	5.279,258	5.602,966	6.117,110	6.435,525
TOT. DEPENSES INAMI	9.971,738	10.992,013	10.669,986	11.339,918	12.070,958	12.890,912	13.821,720	14.237,462	15.348,063	16.711,307	17.088,873	17.292,318	18.414,587	20.121,018	21.631,275

Source : Rapports annuels INAMI 1998-2008 et actuariat INAMI, calculs M. MOENS

Tableau 4.4/4

*Période 01.01.2005 au 30.06.2005

** Extrapolation à partir du 1S/2009

Evolution des dépenses de l'INAMI 1995-2009 pour les examens de laboratoire par rapport aux honoraires médicaux totaux et aux soins de santé totaux (en prix courants) 1995 = 100,00 %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009**
Biologie clinique															
Article 3	100,00	112,36	107,06	114,67	119,35	98,87	80,82	79,20	85,43	90,69	93,23	95,63	100,69	113,52	121,49
Art. 18, § 2, B, e	100,00	100,83	86,95	81,54	68,16	43,93	28,67	21,50	18,68	17,28	14,99	12,91	12,06	12,32	12,32
Article 24 § 1	100,00	114,25	112,25	125,00	138,38	120,34	100,12	100,96	110,28	120,20	124,16	128,64	138,04	148,10	161,46
Hon. forfaitaires ambulatoires	100,00	109,67	106,90	117,27	123,82	177,35	229,53	202,31	228,24	272,71	283,39	280,59	302,45	330,83	377,55
Hon. forfaitaires hospitalisés	100,00	113,47	102,57	110,83	109,02	117,75	134,00	136,10	141,35	147,32	158,31	147,23	155,89	173,42	158,34
SOUS-TOTAL	100,00	111,96	104,89	113,54	116,60	121,42	129,51	125,32	134,56	147,46	154,95	150,93	161,02	176,81	182,34
Article 24 bis (microbiol. moléculaire)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00°	207,12
Article 33 bis (hématologie moléculaire)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00°°	1.038,77	1.185,29
SOUS-TOTAL BIOL. CLIN.	100,00	111,96	104,89	113,54	116,60	121,42	129,51	125,32	134,56	147,46	154,95	150,93	161,08	177,52	183,32
Art. 26 § 1bis : prestations urgentes biologie clinique ambulatoire	100,00	113,79	127,93	143,41	202,17	244,72	264,84	242,28	290,96	333,46	243,07*	3,60	0,81	0,006	0,00
TOT. BIOLOGIE CLIN.	100,00	111,99	105,25	114,00	117,91	123,31	131,59	127,11	136,96	150,31	156,30	148,67	158,61	174,79	180,50
ANATOMIE PATHOLOG.	100,00	118,17	111,39	115,05	123,37	136,29	144,16	141,10	146,06	157,27	157,88	161,30	170,93	180,68	183,97
EXAMENS GENET.	100,00	107,14	114,85	118,78	146,59	150,73	158,98	173,09	186,46	193,39	205,51	218,43	235,00	224,06	216,12
TOT. EXAMENS LABO	100,00	112,49	106,04	114,21	119,10	125,17	133,41	129,50	138,98	151,98	157,62	151,49	161,57	176,51	181,67
TOT. HONORAIRES MED.	100,00	109,96	103,72	110,90	116,73	124,04	130,59	130,05	140,22	154,18	159,83	157,72	167,39	182,75	192,27
TOT. DEPENSES INAMI	100,00	110,23	107,00	113,72	121,05	129,27	138,61	142,78	153,92	167,59	171,37	173,41	184,67	201,78	216,93

Source : Rapports annuels INAMI 1998-2008 et actuariat INAMI, calculs M. MOENS

Tableau 4.4/5

*Période 01.01.2005 au 30.06.2005

** Extrapolation à partir du 1S/2009; ° Extrapolation sur base annuelle 0,425 million d'euros x 12/7 = 0,728571 million d'euros; °° Extrapolation sur base annuelle 0,374 million d'euros x 12/5 = 0,8976 million d'euros

Evolution des dépenses de l'INAMI 1995-2009 pour les examens de laboratoire par rapport aux honoraires médicaux totaux et aux soins de santé totaux (en prix constants – base d'index 1988) (en millions d'euros)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009**
Facteur d'index par rapport à 1995	1.0	.9811336	.9629889	.9531522	.9469429	.9212033	.8974264	.8860899	.8731365	.8525899	.8266530	.8136085	.8026211	.7578518	.7708280
Article 3	45,289	49,926	46,686	49,501	51,186	41,250	32,848	31,782	33,781	35,019	34,902	35,237	36,600	38,961	42,414
Art. 18, § 2, B, e	46,898	46,393	39,266	36,450	30,268	18,980	12,068	8,936	7,648	6,910	5,811	4,926	4,539	4,380	4,456
Article 24 § 1	153,959	172,575	166,407	183,435	201,748	170,676	138,332	137,727	148,244	157,778	158,016	161,141	170,573	172,802	191,609
Hon. forfaitaires ambulatoires	103,057	110,893	106,080	115,191	120,837	168,372	212,283	184,744	205,373	239,613	241,429	235,270	250,171	258,383	299,925
Hon. forfaitaires hospitalisés	257,169	286,315	254,00	271,669	265,483	278,950	309,249	310,130	317,387	323,004	336,554	308,047	321,765	337,990	313,882
SOUS-TOTAL	606,372	666,102	612,439	656,246	669,522	678,228	704,780	673,319	712,433	762,324	776,712	744,621	783,648	812,516	852,286
Article 24 bis (microbiol. moléculaire)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	°0,425	1,535
Article 33 bis (hémato-oncologie moléculaire)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	°°0,374	3,668	4,257
SOUS-TOTAL BIOL. CLIN.	606,372	666,102	612,439	656,246	669,522	678,228	704,780	673,319	712,433	762,324	776,712	744,621	783,948	815,783	856,866
Art. 26 § 1bis : prestations urgentes biologie clinique ambulatoire	9,470	10,562	11,654	12,931	18,111	21,328	22,485	20,310	24,034	26,897	*19,010	0,277	0,062	0,0005	0.000
TOT. BIOLOGIE CLIN.	615,842	676,664	624,093	669,177	687,633	699,556	727,265	693,629	736,467	789,221	795,722	744,898	784,010	815,784	856,866
ANATOMIE PATHOLOG.	64,776	75,105	69,475	71,031	75,675	81,328	83,803	80,990	82,608	86,857	84,542	85,007	88,866	88,697	91,860
EXAMENS GENET.	16,519	17,629	18,268	18,702	22,931	22,937	23,568	25,336	26,894	27,237	28,063	29,357	31,157	28,050	27,519
TOT. EXAMENS LABO	697,137	769,398	711,836	758,910	786,239	803,821	834,636	799,955	845,969	903,315	908,327	859,262	904,033	932,531	976,245
TOT. HONORAIRES MED.	3.347,214	3.611,116	3.342,942	3.538,037	3.699,970	3.824,788	3.922,683	3.857,062	4.098,133	4.400,077	4.422,540	4.295,249	4.497,059	4.635,863	4.960,683
TOT. DEPENSES INAMI	9.971,738	10.784,633	10.274,013	10.808,667	11.430,508	11.875,151	12.403,976	12.615,671	13.400,954	14.247,892	14.126,567	14.069,176	14.779,936	15.248,749	16.673,993

Source : Rapports annuels INAMI 1998-2008 et actuariat INAMI, calculs M. MOENS

Tableau 4.4/6

*Période 01.01.2005 au 30.06.2005

** Extrapolation à partir du 1S/2009; ° avec base d'index 1988 facteur 2008/2009 = 1,0171224, °° facteur 2007/2008 = 0,9442211 et facteur 2007/2009 = 0.9603884

**Evolution des dépenses de l'INAMI 1995-2009 pour les examens de laboratoire par rapport aux honoraires médicaux totaux et aux soins de santé totaux (en prix constants)
(en % avec 1995 = 100 %)**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009**
Biologie clinique															
Article 3	100,00	110,24	103,08	109,30	113,02	91,08	72,53	70,18	74,59	77,32	77,07	77,80	80,81	86,03	93,65
Art. 18, § 2, B, e	100,00	98,92	83,73	77,72	64,54	40,47	25,73	19,05	16,31	14,73	12,39	10,50	9,68	9,34	9,50
Article 24 § 1	100,00	112,09	108,09	119,15	131,04	110,86	89,85	89,46	96,29	102,48	102,64	104,66	110,79	112,24	124,45
Hon. forfaitaires ambulatoires	100,00	107,60	102,93	111,77	117,25	163,38	205,99	179,26	199,28	232,51	234,27	228,29	242,75	250,72	291,03
Hon. forfaitaires hospitalisés	100,00	111,33	98,77	105,64	103,23	108,47	120,25	120,59	123,42	125,60	130,87	119,78	125,12	131,43	122,05
SOUS-TOTAL	100,00	109,85	101,00	108,22	110,41	111,85	116,23	111,04	117,49	125,72	128,09	122,80	129,24	134,00	140,55
Article 24 bis (microbiol. moléculaire)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00	361,18
Article 33 bis (hémato- oncologie moléculaire)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00	980,75	1.138,23
SOUS-TOTAL BIOL. CLIN.	100,00	109,85	101,00	108,22	110,41	111,85	116,23	111,04	117,49	125,72	128,09	122,80	129,28	134,54	141,31
Art. 26 § 1bis : prestations urgentes biologie clinique ambulatoire	100,00	111,53	123,06	136,55	191,25	225,22	237,43	214,47	253,79	284,02	200,74*	2,93	0,65	0,005	0,00
TOT. BIOLOGIE CLIN.	100,00	109,88	101,34	108,66	111,66	113,59	118,09	112,63	119,59	128,15	129,21	120,96	127,31	132,47	139,14
ANATOMIE PATHOLOG.	100,00	115,95	107,25	109,66	116,83	125,55	129,37	125,03	127,53	134,09	130,51	131,23	137,19	136,93	141,81
EXAMENS GENET.	100,00	106,72	110,59	113,22	138,82	138,85	142,67	153,37	162,81	164,88	169,88	177,72	188,61	169,80	166,59
TOT. EXAMENS LABO	100,00	110,37	102,11	108,86	112,78	115,30	119,72	114,75	121,35	129,57	130,29	123,26	129,68	133,77	140,04
TOT. HONORAIRES MED.	100,00	107,88	99,87	105,70	110,54	114,27	117,19	115,23	122,43	131,45	132,13	128,32	134,35	138,50	148,20
TOT. DEPENSES INAMI	100,00	108,46	103,32	108,70	114,95	119,43	124,74	126,87	134,77	143,29	142,07	141,49	148,64	153,35	167,69

Source : Rapports annuels INAMI 1998-2008 et actuariat INAMI, calculs M. MOENS

*Période 01.01.2005 au 30.06.2005

** Extrapolation à partir du 1S/2009

Tableau 4.4/7

4.5. Accréditation

Le tableau 4.5 montre la situation traditionnelle au 1^{er} février par rapport à l'année précédente. Il n'y a guère de changements à signaler, à moins de vouloir à nouveau plaisanter à propos de la gériatrie. L'année dernière, le seul gériatre à avoir déjà un nouveau numéro INAMI avait réalisé 100 % pour l'accréditation car il était également accrédité. Cette fois, il y a manifestement deux gériatres enregistrés à l'INAMI avec ce nouveau numéro d'agrément, l'un étant accrédité et l'autre pas (encore). La gériatrie chute dès lors dans le classement à la 23^e position.

Comparaison du nombre de médecins accrédités 01.02.2009 - 01.02.2010

2 0 1 0		Nombre d'actifs		Nombre d'accrédités		% d'accrédités	
		01.02.2009	01.02.2010	01.02.2009	01.02.2010	01.02.2009	01.02.2010
	Médecins 000-002	2.373	2.431	0	0	0,00	0,00
	Médecins généralistes 003-004	14.144	14.155	9.830	9.901	69,50	69,95
	Médecins généralistes 005-006	537	554	0	0	0,00	0,00
	Médecins généralistes 007-009	832	801	0	0	0,00	0,00
	TOTAL	17.886	17.941	9.830	9.901	54,96	55,19
	Médecin spécialiste en formation (MACS)	3.302	3.325	3	1	0,09	0,03
1	Gastro-entérologie	565	627	443	504	78,41	80,38
2	Pneumologie	434	452	326	362	75,12	80,09
3	Ophthalmologie	1.070	1.085	830	838	77,57	77,24
4	Dermato-vénérologie	715	722	554	553	77,48	76,59
5	Neurologie	322	339	234	247	72,67	72,86
6	Médecine physique et physiothérapie	496	504	355	363	71,57	72,02
7	Radiologie	1.620	1.636	1.147	1.161	70,80	70,97
8	Anatomie pathologique	318	324	230	229	72,33	70,68
9	Rhumatologie	251	255	170	180	67,73	70,59
10	O.R.L.	649	662	442	458	68,10	69,18
11	Urologie	389	395	262	269	67,35	68,10
12	Cardiologie	1.027	1.053	680	707	66,21	67,14
13	Psychiatrie	1.727	1.773	1.151	1.185	66,65	66,84
14	Médecine d'urgence	3	9	2	6	66,67	66,67
15	Médecine nucléaire	319	326	202	211	63,32	64,72
16	Gynécologie-obstétrique	1.463	1.480	923	948	63,09	64,05
17	Radiothérapie	196	202	119	127	60,71	62,87
18	Anesthésie	2.054	2.099	1.247	1.313	60,71	62,55
19	Pédiatrie	1.571	1.605	950	1.000	60,47	62,31
20	Médecine interne	2.131	2.104	1.320	1.296	61,94	61,60
21	Orthopédie	997	1.029	610	619	61,18	60,16
22	Biologie clinique	702	699	412	405	58,69	57,94
23	Gériatrie	1	2	1	1	100,00	50,00
24	Chirurgie	1.578	1.582	721	741	45,69	46,84
25	Neuropsychiatrie	420	409	192	186	45,71	45,48
26	Neurochirurgie	193	198	82	90	42,49	45,45
27	Médecine aiguë	253	261	116	117	45,85	44,83
28	Stomatologie	312	321	130	129	41,67	40,19
29	Chirurgie plastique	243	249	86	94	35,39	37,75
	TOTAL SPECIALISTES	22.019	22.407	13.937	14.341	63,30	64,00
	TOTAL SPECIALISTES + MACS	25.321	25.732	13.940	14.342	55,05	55,74
	TOTAL GENERAL	43.207	43.673	23.770	24.243	55,01	55,51

Tableau 4.5

Source : Groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI 01.02.2010 et rapport annuel du GBS 07.02.2009
Dr M. MOENS

5. PROCEDURES JURIDIQUES

5.1. Introduction

En ces temps économiques difficiles, il est d'autant plus nécessaire d'utiliser les moyens financiers disponibles d'une manière parcimonieuse. Lorsqu'il s'avère que plusieurs groupes de médecins veulent s'opposer contre l'une ou l'autre disposition légale, le GBS essaie d'organiser un recours groupé afin de partager les frais d'un recours devant le Conseil d'Etat ou la Cour constitutionnelle. Si cela se révèle impossible et que le comité directeur du GBS, après avoir sollicité un avis juridique extérieur concernant les chances de réussite, décide de quand même introduire un recours, le GBS prend seul ses responsabilités.

5.2. Recours introduits ou cofinancés par le GBS

5.2.1. Les montants de référence

Les montants de références ont déjà connu une très longue histoire. Le père spirituel, l'ex-ministre des Affaires sociales, Frank VANDENBROUCKE, a imaginé ce système en 2002¹³¹.

Dans la première version¹³², on a fixé la norme financière de référence pour 14 interventions chirurgicales courantes. Cette norme comprend grosso modo tous les frais liés à une intervention chirurgicale à l'exclusion des frais de séjour (par le budget des moyens financiers) et la partie forfaitaire des honoraires de biologie clinique et d'imagerie médicale. Lorsqu'on dépense plus que cette norme de référence, l'hôpital sera obligé de rembourser la différence. En médecine interne, on a débuté avec 12 APR-DRG¹³³. En cas de dépassement de la norme de référence, l'hôpital est uniquement mis publiquement au pilori sur le website de l'INAMI comme dépensier mais il n'est pas obligé de rembourser. Personne n'a jamais réussi à écrire les arrêtés d'exécution. La loi reste lettre morte.

En octobre 2004, le système des montants de référence est sous les projecteurs communautaires. La presse a eu vent d'un document de l'Agence Intermutualiste (AIM) non encore validé par le Conseil National de la Promotion de la Qualité (CNPQ) duquel il ressort que les dépenses pour les examens préopératoires des hôpitaux bruxellois et wallons sont nettement supérieures à celles des hôpitaux flamands. Dans une tentative d'éteindre cet incendie communautaire, le successeur de Frank VANDENBROUCKE, le Ministre R. DEMOTTE introduit, par le biais des pouvoirs spéciaux¹³⁴, des prix standard (l'article 56quater de la loi SSI parle de "forfaits") pour les 26 APR-DRG déjà déterminés en 2002. Lors d'une modification

¹³¹ L'article 11 de la loi du 22 août 2002 portant des mesures en matière de soins de santé crée un art. 56ter « Montants de référence » dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi SSI).

¹³² "Les soins de santé, un schizomycète pourpre tacheté de points verts". Dr M. Moens. Rapport annuel 2002 du GBS. Point III.2. "La responsabilité individuelle et les montants de référence".

¹³³ All Patients Refined Diagnosis Related Groups

¹³⁴ Loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (M.B. du 20.05.2005), les articles 9 et 10.

ultérieure¹³⁵ du système de référence, le nombre d'APR-DRG a été élargi et la possibilité de l'élargir à l'hôpital de jour a été prévue. Cette modification s'est avérée aussi inapplicable que les versions précédentes.

Troisième essai, bon essai ? Comme troisième ministre de suite, Laurette ONKELINX a tenté de délivrer dans le Moniteur belge un article 56ter applicable au système des montants de référence¹³⁶. Une des grandes nouveautés du système consistait dans le fait que tout était prévu dans la loi même. En d'autres termes, il n'y avait plus lieu d'écrire d'arrêtés d'exécution de sorte que l'INAMI pouvait faire tourner ses ordinateurs à plein régime pour séparer les boucs des brebis et établir ensuite les factures. Le nouvel art. 56ter prévoit deux systèmes de calcul, un système pour les hospitalisations classiques avant le 31 décembre 2008 et un système pour les hospitalisations après cette date. L'INAMI s'est investi beaucoup pour guider les collègues et les directions des hôpitaux à travers cette matière ardue avec des conséquences financières importantes par le biais d'une journée d'information le 03.02.2009 et par la publication d'une brochure et d'une présentation PowerPoint sur son website¹³⁷.

Malgré tous ces efforts et malgré les exposés qu'un collaborateur de l'INAMI spécialisé dans cette matière, Monsieur Mickael DAUBIE, a donnés ici et là avec une patience à toute épreuve, les médecins n'avaient pas confiance dans ce dossier. Ceci a amené la Chambre Syndicale de Bruxelles, l'ABSyM, le GBS et un certain nombre de personnes physiques à introduire une action en annulation auprès de la Cour constitutionnelle contre le nouvel art. 56ter de la loi SSI. Le système des montants de référence est discriminatoire et la sanction est hors de toute proportion. La brochure de l'INAMI expose clairement que le législateur avait l'intention de sanctionner moins d'hôpitaux mais d'une manière beaucoup plus sévère. Des simulations effectuées sur base du système originel de 2002, il découle que 112 des 117 hôpitaux généraux auraient dû rembourser. Sur base du système applicable actuellement, "seulement" 34 des 125 hôpitaux examinés séparément ont reçu une facture à rembourser pour un montant global de 5,983 millions d'euros. Il y a 11 hôpitaux flamands (2,228 millions d'euros, soit en moyenne 202.525 euros par hôpital), 8 hôpitaux bruxellois (1,259 millions, soit en moyenne 157.422 euros par hôpital) et 15 hôpitaux wallons (2,496 millions d'euros, soit en moyenne 166.362 euros par hôpital) (voir tableau 5.2.1.).

Montants de référence à rembourser

Région	Montant (en €)	Nombre d'hôpitaux sélectionnés	Montant moyen par hôpital
Wallonie	2.495.424	15	166.362
Flandre	2.227.773	11	202.525
Bruxelles	1.259.380	8	157.422
Belgique	5.982.577	34	175.958

Source : INAMI

Tableau 5.2.1

¹³⁵ Loi du 27 décembre 2005 portant des dispositions diverses (M.B. du 30.12.2005), les articles 105 et 106.

¹³⁶ Loi du 27 décembre 2008 portant des dispositions diverses (M.B. du 31.12.2008).

¹³⁷ <http://www.inami.fgov.be/care/fr/hospitals/specific-information/amounts-reference/pdf/prospectus.pdf>

Un autre argument juridique est basé sur le fait que les hôpitaux sélectionnés sont dans l'impossibilité absolue d'adapter rétroactivement leur manière de travailler. Depuis la lettre du 19.09.2009 (pour les dépenses de 2006), les hôpitaux savent qu'ils devront rembourser des montants analogues pour leurs activités en 2007 (en 2010) et 2008 (en 2011). Ce n'est qu'à partir des hospitalisations de 2009 que la loi prévoit que le système de calcul des montants de référence sera modifié. Le Gouvernement est pourtant parfaitement conscient que la manière dont l'utilisation de la physiothérapie est intégrée dans le calcul est très injuste, de même que la comparaison des chiffres des prestations cardiologiques d'un hôpital général avec ceux des hôpitaux ayant un service de cardiologie spécialisé sera nécessairement défavorable pour les centres spécialisés de cardiologie, de même que l'on sait parfaitement que pour des raisons de démographie ou autres, certains hôpitaux réussissent à réaliser un certain nombre de prestations techniques en ambulatoire avant l'hospitalisation alors que, pour d'autres hôpitaux, cette manière de travailler n'est pas réalisable et ils sont donc pénalisés. Un argument juridique supplémentaire est que les honoraires des kinésithérapeutes indépendants travaillant dans un hôpital sélectionné devraient être remboursés par les médecins.

Un médecin spécialiste qui adapterait sa pratique médicale à celle de x année auparavant se mettrait en outre en porte-à-faux avec l'obligation déontologique de prodiguer les meilleurs soins à son patient compte tenu de l'état de la science.

L'hospitalisation de jour n'est toujours pas comprise dans le système. On ne tient donc pas compte des dépenses liées aux interventions «one day». Il y a toute une série de raisons pour lesquelles un hôpital opte pour une pathologie donnée parfois pour l'hospitalisation classique et parfois pour un traitement en hôpital de jour. Les dépenses liées à l'hospitalisation de jour seront éventuellement prises en compte pour les hospitalisations à partir du 1^{er} janvier 2009 mais, techniquement, la méthodologie n'est pas encore mise au point. De plus on veut également introduire le concept de la période de "carence" d'un mois précédant l'intervention chirurgicale. Toutes les prestations ambulatoires attestées durant cette période seront prises en compte dans le calcul. La question qui se pose immédiatement : les prestations qui n'ont aucun lien direct avec l'intervention planifiée aussi? Aussi les examens d'imagerie médicale et de biologie clinique qui n'ont pas été effectués dans l'hôpital mais sur prescription du médecin traitant dans le cabinet privé d'un radiologue ou d'un laboratoire privé. Beaucoup plus de questions que de réponses sur lesquelles la structure multipartite du Conseil national des établissements hospitaliers devrait se pencher d'urgence. Mais l'urgence n'est peut-être pas aussi grande. La multipartite tient compte du fait que la Cour constitutionnelle pourrait, dans le courant de 2010, annuler l'art. 56ter, ce qui les obligerait à recommencer le travail.

Le 25.06.2009, le Comité directeur a décidé à l'unanimité d'introduire auprès de la Cour constitutionnelle une action en annulation du nouvel art. 56ter de la loi SSI.

5.2.2. *Master après Master*

La formation a toujours été un des fers de lance du GBS. Au début des années 1950, le GBS était l'instance en charge de la reconnaissance des médecins spécialistes. Au fil des années, cette compétence a été reprise tout d'abord durant deux années par l'Ordre des Médecins puis par le gouvernement fédéral par le biais des

commissions d'agrément auprès des ministères, actuellement le Service Public Fédéral (SPF) Santé publique.

Le Moniteur belge des 18 et 21 septembre 2009¹³⁸ a publié les décisions du gouvernement flamand du 4 septembre 2009 autorisant les 4 universités flamandes à organiser une nouvelle formation de Master après Master dans la médecine spécialisée, et ce à partir de l'année académique 2009-2010. La durée de la formation comprend 120 unités d'études.

Dans le cadre d'une formation de Master, un point d'étude correspond à 25-30 heures prescrites d'enseignement, d'activités d'études et d'évaluation¹³⁹. Le Master après Master dans la médecine spécialisée comprend donc entre 3.000 et 3.600 heures d'activités d'études ou deux années académiques entières. Dans le rapport d'avis de la «Nederlands Vlaamse Accreditering Organisatie» (NVAO) 'Toets nieuwe opleiding', on peut lire en toutes lettres que les unités d'études sont à répartir d'une manière flexible durant la totalité de la durée de la formation qui diffère selon les orientations diplômantes. Cette durée est de trois ans pour la gériatrie¹⁴⁰, 4 ans pour la dermatologie-vénérologie et 6 ans pour la chirurgie¹⁴¹. Cette nouvelle formation de Master après Master a donc la vocation de s'étaler sur la durée totale de la formation du médecin spécialiste. Ceci représente à notre avis un excès de pouvoir flagrant de la Communauté flamande. En effet, l'art. 21,4° de l'arrêté fédéral du 21 avril 1983¹⁴² stipule que le candidat spécialiste doit disposer "d'une attestation qui prouve que le candidat a suivi avec fruit une formation universitaire spécifique; pour les candidats spécialistes, cette formation doit avoir coïncidé avec les deux premières années de la formation". De plus la décision du gouvernement flamand ne correspond pas à la déclaration du Ministre Président flamand Kris PEETERS dans une interview avec Tendances pour Spécialistes¹⁴³ concernant le maintien de la solidarité "... Et le ticket modérateur pour un produit donné doit rester identique en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles, y compris pour les consultations chez le généraliste, chez le spécialiste ou à l'hôpital. *L'agrément est un autre aspect qui doit être maintenu au niveau fédéral.*"

Le 12.11.2009, compte tenu d'une abstention, le comité directeur a décidé à l'unanimité d'introduire une requête en annulation auprès du Conseil d'Etat contre les décisions précitées du Gouvernement flamand.

¹³⁸ Arrêté du 04.09.2009 du Gouvernement flamand portant agrément de la formation de master après master 'specialistische geneeskunde' comme nouvelle formation de la 'Vrije Universiteit Brussel' (M.B. du 18.09.2009) - Arrêté du 04.09.2009 du Gouvernement flamand portant agrément de la formation de master après master "specialistische geneeskunde" comme nouvelle formation de la "Universiteit Antwerpen", de la "Universiteit Gent" et de la "Katholieke Universiteit Leuven" (M.B. du 21.09.2009)

¹³⁹ <http://www.vub.ac.be/infoover/onderwijs/bama/bama.html>

¹⁴⁰ Conformément à l'article 1 de l'A.M. du 29 juillet 2005 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage en gériatrie, la formation en gériatrie a une durée de 6 ans dont trois années de formation en médecine interne générale et trois années de formation spécifique en gériatrie (M.B. du 19.08.2005).

¹⁴¹ NVAO Universiteit Antwerpen Master in de specialistische geneeskunde (master na master 15 juni 2009 blz. 21).

¹⁴² A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 27.04.1983).

¹⁴³ Après 10 ans de débat, il faut aller de l'avant. Tendances pour spécialistes 02.06.2009

5.3. Arrêts

5.3.1. *L'intervention volontaire*

En 2008, à la demande de l'hôpital universitaire d'Anvers¹⁴⁴, le GBS est intervenu volontairement dans l'appel contre un arrêt du tribunal de première instance d'Anvers. Le juge avait condamné un médecin à prendre en charge les coûts des implants, non repris dans la nomenclature, utilisés lors d'une intervention chirurgicale. Le coût des implants utilisés représentait un multiple des honoraires réclamés au patient pour l'intervention. Avant cette intervention et conformément à la loi sur les droits des patients, le patient avait été informé dûment des implications financières de sa décision. Dans un premier temps, le patient avait, sans faire de problèmes, payé ces implants. Après coup les mutualités chrétiennes ont, au nom de leur affilié, introduit une action en justice pour obtenir le remboursement du coût de ces implants.

Le recours en intervention volontaire du GBS a, pour des raisons de procédure, été déclaré irrecevable. Mais, malgré tout, nous n'avons pas de raisons de nous plaindre. En appel l'arrêt a été modifié sur base de l'argumentation développée par le conseiller du GBS. Le juge en appel¹⁴⁵ confirme tout d'abord que les implants concernés ne sont pas compris dans le budget des moyens financiers comme le juge l'avait décidé en première instance. Mais le juge en appel estime en outre – contrairement au jugement en première instance – que ces frais ne peuvent pas être considérés comme des frais inhérents à la prestation médicale. Il ne s'agit en tout cas pas de frais pour l'utilisation des "équipements et appareillages" que les établissements de soins peuvent retenir sur les honoraires des médecins traitants.

On aurait pu croire que ce jugement était d'une importance capitale pour le développement et le maintien à niveau de la qualité de la médecine si, entre-temps, la réglementation pour le remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs n'avait pas été modifiée avec effet au 1^{er} mai 2009¹⁴⁶. Actuellement seuls les implants qui ont été notifiés selon la procédure applicable de l'INAMI entrent en ligne de compte pour un remboursement par la sécurité sociale.

Les implants qui n'ont pas fait l'objet d'une notification alors qu'ils entrent dans les conditions d'une notification, ne peuvent plus être portés en compte au patient. Lorsque le patient est hospitalisé, ces frais seront entièrement à charge du budget des moyens financiers de l'hôpital. Cette nouvelle réglementation promet encore beaucoup de conflits.

¹⁴⁴ Arrêt du Tribunal de première instance d'Anvers du 09.05.2008 dans le dossier avec numéro de rôle 06-7250-A.

¹⁴⁵ Cour d'appel d'Anvers du 30 mars 2009.

¹⁴⁶ A.R. du 1^{er} mars 2009 portant exécution de l'article 35septies, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant la notification d'implants et de dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme (M.B. du 26.03.2009).

5.3.2.¹⁴⁷ Article 17 de la nomenclature – diminution des honoraires de 4 prestations réalisées avec la RMN alignés au niveau du CT-scan^{148, 149}

Afin de pouvoir imposer une série de mesures d'économie sans trop de chichi, le ministre de la Santé publique et des Affaires sociales de l'époque, le ministre Rudy DEMOTTE, a reçu des pouvoirs spéciaux en 2005¹⁵⁰. Dans le cadre des pouvoirs spéciaux, les honoraires de certains examens de la tête, du cou, du thorax ou de l'abdomen, de la colonne vertébrale et des membres effectués avec la RMN ont été alignés sur les examens comparables réalisés avec le CT-scan.

Le Conseil d'Etat qui, habituellement, annule avec beaucoup d'aplomb des arrêtés par méconnaissance des plus insignifiantes règles de procédure ne tient cette fois-ci aucun compte d'une méprise flagrante de ses propres règles de fonctionnement. Le Conseil d'Etat ne voit pas non plus d'objections dans la motivation lacunaire de cet arrêté. La simple constatation que les mesures sont nécessaires pour réaliser les objectifs budgétaires semble être une motivation suffisante.

Dans son arrêt n° 194.532 du 22 juin 2009, le Conseil d'Etat rejette la demande en annulation.

5.3.3. Honoraires d'urgence. Pour la biologie clinique, une victoire à la Pyrrhus ou durant quelques jours content avec du vent. Pour l'imagerie médicale simplement une fin de non-recevoir.

Le 29.08.2005, le GBS et le soussigné ont introduit auprès du Conseil d'Etat un recours en annulation contre l'A.R. du 15.06.2005 supprimant les honoraires d'urgence pour les patients non hospitalisés pour des prestations de biologie clinique à l'article 26 § 1bis de la nomenclature¹⁵¹.

L'A.R. était conçu comme une mesure d'économie et destiné à supprimer radicalement une surconsommation supposée. Au vu de l'augmentation explosive des dépenses pour ces honoraires d'urgence dans le secteur ambulatoire, il y avait certes de quoi se poser des questions. Dans le groupe de travail de biologie clinique du Conseil technique médical, des discussions étaient en cours afin d'y remédier. Parmi les biologistes, personne n'était cependant d'accord avec leur suppression pure et simple. Cette mesure draconienne n'était pas justifiée.

¹⁴⁷ L'arrêt du Conseil d'Etat n° 194.562 du 22.06.2009.

¹⁴⁸ A.R. du 15 juin 2005 modifiant en ce qui concerne les dispositions de l'article 17, § 1er, 11°bis, l'annexe de 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. du 30.06.2005).

¹⁴⁹ "Aujourd'hui, des économies sans fin, et demain Soylent Green?" Dr M. Moens. Rapport annuel 2005 du GBS, p. 33.

¹⁵⁰ Loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (M.B. du 20.05.2005).

¹⁵¹ A.R. du 15 juin 2005 modifiant, en ce qui concerne les honoraires d'urgence pour les prestations de biologie clinique, l'article 26 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. du 30.06.2005, éd. 1).

L'arrêt du 16.09.2009¹⁵² est cependant le prototype d'une victoire à la Pyrrhus. Le Conseil d'Etat rétablit le droit à des honoraires d'urgence en biologie clinique mais il "oublie" d'annuler la suppression de l'ancien paragraphe 1bis de l'article 26 de la nomenclature. Ce §1 bis indiquait le code de nomenclature pour pouvoir attester ces prestations d'urgence ambulatoires en biologie clinique (les codes 599818 à 599955¹⁵³ ayant cessé d'exister depuis le 01.07.2005). Par conséquent, les prestations urgentes en biologie clinique continuent à ne pas pouvoir être rémunérées. La ministre ONKELINX a donné instruction au Comité de l'assurance de clarifier le dossier. A ce jour, il n'y a personne qui ose formuler une réponse à la question de savoir si des honoraires d'urgence peuvent être oui ou non portés à la charge du patient.

Dans le cadre des pouvoirs spéciaux, des mesures analogues ont été prises en imagerie médicale¹⁵⁴. Les honoraires d'urgence d'un certain nombre de prestations, dont la radiographie de l'abdomen, du bassin, de la vésicule et de la vésicule biliaire et du thorax, ont été supprimés, et ce aussi bien pour les patients ambulatoires que pour les patients hospitalisés. La technique légistique pour obtenir ce résultat différerait quelque peu de celle utilisée pour la suppression des honoraires d'urgence en biologie clinique. Le Conseil d'Etat estimait qu'en ce qui concerne l'imagerie médicale, le législateur était resté dans les limites définies par les pouvoirs spéciaux et a donc rejeté le recours.

Mais en dehors ou dans les limites des pouvoirs spéciaux, le résultat net reste identique : une fin de non-recevoir.

5.3.4. Les honoraires de disponibilité¹⁵⁵

Les honoraires de disponibilité pour les médecins participant à une permanence dans le cadre d'un service de garde organisé par un hôpital ont été introduits dans notre arsenal législatif par l'A.R. du 29.04.2008. Pour des raisons purement budgétaires, l'attribution de ces honoraires a été limitée à un nombre restreint de spécialités de base¹⁵⁶ ou groupes de spécialités de base¹⁵⁷ énumérés à l'art. 3 pour

¹⁵² L'arrêt du Conseil d'Etat n° 196.105 du 16.09.2010.

¹⁵³ Les honoraires d'urgence pour les prestations de biologie clinique pour des patients hospitalisés étaient déjà supprimés par A.R. du 21.03.2000 (M.B. du 30.03.2000)

¹⁵⁴ A.R. du 15 juin 2005 modifiant, en ce qui concerne les dispositions de l'article 26, §§ 9 et 12, 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. du 30.06.2005).

¹⁵⁵ A.R. du 29 avril 2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital (M.B. du 22.05.2008)

¹⁵⁶ 1° médecin spécialiste en médecine interne ou en cardiologie ou en pneumologie ou en gastro-entérologie ou en gériatrie; 2° médecin spécialiste en chirurgie; 3° médecin spécialiste en anesthésie-réanimation; 4° médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, si l'hôpital dispose d'un service M agréé; 5° médecin spécialiste en pédiatrie, si l'hôpital dispose d'un service E agréé; 6° médecin spécialiste en radiodiagnostic; 7° médecin spécialiste en chirurgie orthopédique; 8° médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie; 9° médecin spécialiste en ophtalmologie; 10° médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie.

¹⁵⁷ Le groupe 10 a été scindé en psychiatrie ou neuropsychiatrie et groupe 11 neurologie ou neuropsychiatrie par l'A.R. du 20 septembre 2009 modifiant l'arrêté royal du 29 avril 2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital (M.B. du 30.09.2009)

autant que les médecins soient effectivement disponibles et qu'ils viennent effectivement à l'hôpital lorsqu'ils sont appelés. En 2007, le Conseil d'Etat avait déjà renvoyé un premier projet avec une critique virulente à l'INAMI. Il estimait que ce projet introduisait une discrimination inacceptable entre les disciplines¹⁵⁸. Afin de rencontrer la critique émise par le Conseil d'Etat, la liste originelle de 5 disciplines a été élargie à 10 et plus tard à 11 disciplines ou groupes de disciplines de base, s'inspirant des arrêtés fixant les critères d'agrément des fonctions de soins urgents spécialisés et soins intensifs¹⁵⁹.

Le GBS, les unions professionnelles de biologie clinique, de neurochirurgie, d'urologie et de stomatologie, chirurgie maxillo-faciale, en collaboration avec un certain nombre de médecins individuels, ont introduit avec succès un recours en annulation auprès du Conseil d'Etat.

Dans ce dossier, le Conseil d'Etat a fait preuve d'une diligence et d'une précision rarement observées. Un an et demi à peine après l'introduction du recours, il a dans son arrêt du 16 décembre 2009 annulé d'une manière sélective l'article 3 de l'arrêté du 29.04.2008. Bien que le GBS soit convaincu que toutes les disciplines qui participent à un service de garde étaient discriminées par cet arrêté, le Conseil d'Etat se base pour justifier cette annulation sur une discrimination envers les seuls biologistes. L'A.R. relatif à l'organisation d'une fonction de soins urgents spécialisés prévoit en effet dans l'article 4§1, 3° qu'on doit pouvoir faire appel à tout moment "à un laboratoire de biologie clinique équipé et organisé pour effectuer sur place et à tout moment, les analyses nécessaires". Afin de répondre à cette exigence, un médecin spécialiste en biologie clinique doit être disponible selon l'arrêté d'agrément des laboratoires de biologie clinique¹⁶⁰.

Suite à l'annulation de la liste limitative, tous les médecins qui participent effectivement à la permanence durant le week-end et les jours fériés dans le cadre d'un service de garde organisé par un hôpital et qui se sont déplacés effectivement à l'hôpital lors d'un appel urgent peuvent faire valoir leurs droits sur ces honoraires de disponibilité. Les nouvelles modalités de communication à l'INAMI que le médecin-chef doit assurer seront déterminées dans les prochains jours.

5.3.5. L'arrêt 190.694¹⁶¹ et ses conséquences pour la "Loi Brotchi"¹⁶²

Il y a une bonne dizaine d'années, l'Union professionnelle des médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation a introduit un recours en annulation contre l'attribution de la compétence particulière en réadaptation fonctionnelle et

¹⁵⁸ Le projet datant de 2007 prévoyait dans le paiement de tels honoraires à seulement 5 disciplines, à savoir la médecine interne, la chirurgie, l'anesthésie, la pédiatrie et la radiodiagnostic.

¹⁵⁹ Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée (M.B. du 19.06.1998) et l'A.R. du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée (M.B. du 19.06.1998).

¹⁶⁰ A.R. du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions (M.B. du 31.012.1999, éd. 2).

¹⁶¹ Arrêt du Conseil d'Etat n° 190.642 du 19.02.2009.

¹⁶² Loi du 10 décembre 2008 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, en vue d'instaurer les conditions d'un débat contradictoire entre les chambres des commissions d'agrément des médecins spécialistes et le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 09.01.2009).

professionnelle des handicapés. Après une procédure qui a duré une dizaine d'années, le Conseil d'Etat vient d'annuler l'agrément du médecin. Pour les lecteurs fidèles des arrêts du Conseil d'Etat, cette annulation s'est faite d'une manière familière, c'est-à-dire sur base de règles de procédure. Le Conseil d'Etat constate que la décision d'attribuer ce titre particulier a été prise par la commission compétente sans que le quorum de présence nécessaire soit atteint. L'avis a donc été rendu au mépris d'une condition de forme substantielle. Le fait que le ministre dispose d'un pouvoir discrétionnaire et qu'il ou elle peut donc prendre une décision qui se démarque de cet avis n'implique pas qu'il ou elle peut prendre une décision sur base d'un avis non valable et des motifs qui y sont repris.

Cette argumentation du Conseil d'Etat a cependant des conséquences pratiques énormes pour le traitement des appels introduits auprès du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes par des candidats spécialistes contre une décision de la commission d'agrément.

La «Loi Brotchi¹⁶³» a modifié en profondeur la composition du Conseil supérieur siégeant en appel. Au moins un de ses membres agréés dans la spécialité concernée doit assister à la délibération. Si la Chambre ne compte aucun membre agréé dans cette spécialité, le président désigne un médecin agréé dans cette spécialité pour assister à la délibération avec voix consultative. En tout état de cause, la chambre du Conseil supérieur désigne également deux médecins agréés et actifs dans la spécialité concernée pour participer à sa délibération avec voix consultative.

Lesdits experts peuvent faire valoir des droits à la même rémunération exorbitante qui peut être réclamée par les membres du Conseil supérieur, en tout et pour tout 4,96 euros par séance, y compris les travaux préparatoires pour prendre connaissance de dossiers parfois très volumineux et un remboursement du prix d'un ticket de train du domicile au SPF Santé publique sis à la Place Victor Horta à 1060 Bruxelles. Il n'est dès lors pas étonnant que dans ces conditions, c'est une tâche très ardue voire impossible de convaincre deux collègues professionnellement actifs à délaissier leur pratique clinique pour une bonne demi-journée.

Si le Conseil supérieur siégeant en appel émet un avis en méconnaissance de ce quorum de présence imposé (mais impossible à obtenir), alors la décision du ministre peut être attaquée au Conseil d'Etat sur base de l'arrêt n° 190.694 précité.

En pratique, suite à cette augmentation du seuil de présence, introduit par le sénateur MR et professeur de neurochirurgie à l'ULB, le Dr Jacques BROTCHE, le traitement des dossiers en appel par le Conseil supérieur était devenu quasiment impossible. A notre demande appuyée en cela par l'administration du SPF Santé publique, qui accueillait des médecins en formation désespérés parce que leur dossier ne pouvait pas être traité en appel et qui, de ce fait, ne pouvait pas

¹⁶³ Loi du 10.12.2008 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, en vue d'instaurer les conditions d'un débat contradictoire entre les chambres des commissions d'agrément des médecins spécialistes et le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 09.01.2009; éd. 1).

commencer leur carrière de médecin spécialiste, la ministre Laurette ONKELINX a réduit les exigences de quorum excessives imposées par la Loi Brotchi¹⁶⁴.

6. CONCLUSION

Des idées sclérosées ont dû passer à la trappe en 2009. Une conférence de presse de l'INAMI sur son étude "Géographie de la consommation médicale"¹⁶⁵ du 26.10.2009 sur la consommation médicale en Belgique a fait l'effet d'une bombe. Dans la presse, on a pu lire, souvent à la une des journaux, les titres suivants : "*Nouvel atlas de la géographie de la consommation médicale*"¹⁶⁶, "*Vlaanderen duurste regio voor gezondheidszorg*"¹⁶⁷, "*Oude argumenten gelden niet meer*"¹⁶⁸, "*Verschiif*"¹⁶⁹, "*La Flandre la plus dépensière en soins de santé*"¹⁷⁰.

Des différences de pratique très importantes ont malgré tout été mises en évidence : davantage de consultations de spécialistes dans le centre du pays et, dans le cadre de la pratique de la médecine générale, une utilisation beaucoup plus fréquente du dossier médical global dans le nord du pays.

A propos de la consommation de médicaments, on a été frappé par une utilisation élevée de Rilatine en Flandre et de psychotropes dans le sud du pays. Faut-il en conclure que tous les enfants flamands souffrent d'hyperkinésie et que les francophones sont dépressifs? Bien sûr que non mais il y a autrement dit des possibilités de changement, d'ajustement, d'adaptation et donc d'amélioration. Je suppose que les médecins apporteront volontiers leur concours, et ce même si - pour des raisons philosophiques ou autres - tout le monde n'a pas été heureux des nouvelles conclusions de l'INAMI.

Les déclarations de guerre systématiques et répétées du KCE à l'encontre d'un exercice autonome de la profession pour les médecins et les autres prestataires de soins de santé nous causent beaucoup de souci. Les derniers rapports sont d'un niveau pseudo-scientifique servile. Plus particulièrement la lettre de la nouvelle année sur le système all-in dans les hôpitaux belges qu'il aurait mieux valu ne pas envoyer. Malheureusement, on en verra d'autres du même calibre politique, à moins que le président nouvellement nommé, le Dr Raf MERTENS, puisse inverser la tendance¹⁷¹. Il devrait être clair pour le conseil d'administration du KCE que les gratte-papier et les serviteurs politiques ne sont pas nécessairement de grands scientifiques.

Pour garantir la qualité des soins dispensés à leurs patients, les médecins établis doivent défendre la qualité de la formation de leurs futurs successeurs. Les médecins récemment diplômés en cours de formation pour devenir médecin spécialiste ou

¹⁶⁴ Loi du 23 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé publique (MB 29.12.2009)

¹⁶⁵ <http://www.riziv.fgov.be/information/FR/studies/study44/pdf/reportFR.pdf>

¹⁶⁶ Vincent CLAES dans Le Journal du Médecin, 30.10.2009.

¹⁶⁷ Peter BACKX dans Artsenkrant, 30.10.2009.

¹⁶⁸ Guy TEGENBOS dans De Standaard, 27.10.2009.

¹⁶⁹ Filip Ceulemans dans De Huisarts, 29.10.2009.

¹⁷⁰ Le Soir, 26.10.2009, rédaction en ligne 18:38.

¹⁷¹ "Raf Mertens: 'We hebben geen verborgen agenda'." Artsenkrant, 20.10.2009.

médecin généraliste ne sont pas des "étudiants". Il s'agit de jeunes gens ayant déjà suivi une formation universitaire qui doivent pouvoir suivre au moins la moitié de leur formation professionnelle complémentaire en dehors des hôpitaux universitaires. Pour que tout fonctionne parfaitement, il faut qu'un concours soit organisé au niveau fédéral au début des études. Libre à chacun, s'il le souhaite, d'entamer des études de médecine mais seuls ceux qui ont obtenu une cote leur assurant un classement dans les limites du quota admis peuvent effectivement se lancer dans la profession au terme de 9 à 15 ans. En 1993, je proclamais qu'un tel système était urgent¹⁷². Aujourd'hui, je dis qu'il est urgent et nécessaire, à moins de ne pas être gêné, sur le plan politique, que d'ici 6 à 7 ans, quelque 2.000 médecins ayant terminé leurs études ne puissent ou ne soient pas autorisés à trouver un job correspondant.

C'est sur ce vœu réitéré que je clôture mon 20^e rapport annuel du GBS et je vous remercie pour l'attention que vous m'avez accordée.

Dr Marc MOENS,
Secrétaire général du GBS
Bruxelles, le 06.02.2010

¹⁷² "Numerus clausus kan zonder studiekeuzebeperking". Opinie, De Standaard 31.03.1993.