

**Rapport annuel 2010 du GBS
Dr Marc MOENS, Secrétaire général**

**LE DR DOOM
ET
LES SEPT
NAINS**

**Bruxelles
05.02.2011**

TABLE DES MATIERES

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | RAPPORT D'ACTIVITES | 1 |
| 2. | REPRESENTATION | 3 |
| 2.1. | Master après master | 3 |
| 2.2. | Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes ... | 5 |
| 2.3. | Une histoire sans fin : l'oncologie..... | 6 |
| 2.4. | Des contacts avec la direction du SPF Santé publique..... | 8 |
| 2.5. | IPhEB | 9 |
| 2.6. | "Fondation Médicaments et Société" | 10 |
| 2.7. | Conférence européenne interministérielle sur les médicaments innovateurs des 23-24.09.2010 | 10 |
| 2.8. | KCE | 10 |
| 2.9. | Contacts politiques | 12 |
| 2.10. | Flanders care | 14 |
| 2.11. | Safe surgery saves lives | 15 |
| 2.12. | Royal Belgian Society for Plastic Surgery | 15 |
| 2.13. | La Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux..... | 15 |
| 2.14. | Medicanorm..... | 16 |
| 2.15. | UEMS | 16 |
| 2.16. | FEMS | 17 |
| 2.17. | Conférence européenne "Investing in the European health work force of tomorrow" | 17 |
| 3. | POLITIQUE | 17 |
| 3.1. | Généralités | 17 |
| 3.2. | La chute de Leterme II le 26.04.2010..... | 19 |
| 3.3. | Les élections fédérales du 13.06.2010..... | 20 |
| 3.4. | Formation du gouvernement | 24 |
| 3.5. | Le numerus clausus | 26 |
| 3.6. | Pratiques non conventionnelles | 28 |
| 3.7. | Durée du travail et directive européenne sur le temps de travail | 30 |
| 3.8. | Elections médicales..... | 31 |
| 3.9. | Plate-forme eHealth | 36 |
| 4. | L'ACCORD MEDICO-MUTUALISTE DU 13.12.2010..... | 37 |
| 4.1. | Introduction..... | 37 |
| 4.2. | Des économies mais uniquement chez les médecins spécialistes | 38 |
| 4.3. | Désenchantement et grincements de dents..... | 41 |
| 4.4. | Accréditation..... | 44 |
| 5. | PROCEDURES JURIDIQUES | 46 |
| 5.1. | Introduction | 46 |
| 5.2. | Recours introduits ou cofinancés par le GBS..... | 46 |
| 5.2.1. | Le 0,8 équivalent temps plein médecin en biologie clinique nécessaire pour l'agrément d'un laboratoire de biologie clinique | 46 |
| 5.2.2. | Loi du 19 novembre 2010 portant reconnaissance des organisations professionnelles d'une pratique non conventionnelle | 48 |
| 5.3. | Arrêts..... | 49 |
| 5.3.1. | Les montants de références ou l'hôpital reçoit la facture mais le médecin reste le dindon de la farce | 49 |
| 5.3.2. | Le budget des moyens financiers de l'hôpital | 50 |
| 6. | CONCLUSION | 51 |

1. RAPPORT D'ACTIVITES

Plus d'un dixième du 21^e siècle s'est déjà écoulé. La Terre tourne toujours sur son axe, un peu plus chaudement certes mais avec une présence nettement plus marquée de la neige et du verglas en Belgique. Et le GBS a un rythme d'activité plus soutenu que jamais.

Depuis notre assemblée générale statutaire du 06.02.2010, le comité exécutif s'est réuni 35 fois le lundi midi tandis que le comité directeur s'est réuni à six occasions le jeudi en soirée.

Durant cette même période, le GBS a publié sept "numéros ordinaires" de notre bulletin "Le Médecin Spécialiste" très consulté, trois éditions "spéciales" et 52 numéros de l' "e-spécialiste".

Le symposium "Plus et Mieux avec Moins?" organisé ce même 6 février a accueilli pas moins de 248 participants.

Quelque 111 médecins ont pris part au symposium du 13 novembre 2010 sur la qualité dans la médecine spécialisée. La présence et l'exposé de Monsieur Christiaan Decoster, Directeur général de la Direction générale Etablissements de soins auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire & Environnement ont été fortement appréciés et le directeur général a été agréablement surpris par l'intérêt suscité par ce thème parmi les médecins spécialistes. Ce symposium a été organisé dans le cadre de la réunion internationale annuelle du MS7, un groupe de spécialistes qui a vu le jour en 2004 au départ de contacts entre la direction du GBS et l'association des médecins spécialistes du Québec (Canada)¹. C'était la deuxième fois que le GBS était l'organisateur de cette rencontre de trois jours à Bruxelles. Pour la sixième année de suite, différents problèmes affectant la médecine spécialisée ont été traités, des comparaisons ont été effectuées et on a tenté de trouver des solutions, cette année avec des confrères canadiens, français, suisses et roumains.

Le GBS a également organisé un minisymposium consacré à la formation médicale continue le vendredi 28.05.2010 dans la matinée à l'hôpital Erasme à la demande du Prof. Dr S. de Fontaine du service de chirurgie plastique. Le Prof. Dr Francis Heller y a parlé de la durée de travail des médecins spécialistes en formation. Le Dr Eddy Maes a présenté la situation actuelle concernant la directive européenne sur le temps de travail. Le soussigné et le Dr A. le Maire, adjoint administratif de la direction médicale de l'hôpital Erasme ont livré un exposé théorique et pratique sur le système des montants de référence dans les hôpitaux. Le Dr Jean-Luc Demeere a réalisé une présentation PowerPoint sur la qualité de notre activité spécialisée. Le Dr Jacques Brotchi, professeur de neurochirurgie et également sénateur fédéral MR désigné par le Parlement de la Communauté française, a débattu, avec le soussigné et avec le Prof. Dr J. Gruwez, de sa loi², de l'abrogation de celle-ci^{3,4} et du numerus clausus. Le Prof. J. Gruwez a livré un exposé sur la saga de l'oncologie et plus particulièrement sur la (non-)attribution des différents titres professionnels pour des motifs strictement politiques.

¹ Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

² 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)

³ "La quadrature du cercle". Dr M. Moens. Rapport annuel 2009 du GBS. Le Médecin Spécialiste, numéro spécial, mars 2010. Point 5.3.5.: L'arrêt 190.694 et ses conséquences pour la "Loi Brotchi" '

⁴ Loi du 23.12.2009 portant des dispositions diverses en matière de santé publique, article 44 (M.B. du 29.12.2009).

Le bureau du Forum des commissions d'agréation et la séance plénière se sont tous les deux réunis deux fois en 2010. Comme cela avait déjà été indiqué dans mon rapport de l'année dernière, le Forum des commissions d'agréation a été porté sur les fonds baptismaux le 07.01.2010 dans le but de créer une plate-forme de discussion collective offrant aux différentes commissions d'agréation la possibilité de nouer des contacts et d'élaborer une stratégie en parallèle. Il a fallu au président du Forum René Heylen consentir moult efforts pour y parvenir, que ce soit pour réunir des confrères déjà fort occupés par ailleurs ou pour faire en sorte qu'ils soient tous sur la même longueur d'onde. Une conséquence de ces initiatives a été la création, le 04.05.2010, de la Cellule Information et Assistance pour les Candidats Spécialistes avec une sorte de vade-mecum électronique pour les assistants sur le site du GBS.

Sous le titre "*Saviez-vous que... ?*", chacun peut trouver des informations très complètes sur tout ce qui a trait à l'agréation des différentes spécialités : leurs critères d'agréation respectifs, la composition des commissions d'agréation, etc.⁵. Ces informations sont actualisées systématiquement à chaque modification. Préalablement, une minibrochure "*Saviez-vous que... ?*" a été envoyée à l'ensemble des médecins spécialistes en formation connus de nous accompagnée d'une lettre dat e du 25.03.2010. Dans le cadre du master après master (cf. point 2.1.), une lettre a été envoyée le 28.07.2010 aux candidats médecins spécialistes en formation, aux maîtres de stage non universitaires et aux membres non universitaires des commissions d'agréation pour les informer concernant la législation fédérale en vigueur qui est parfois diamétralement à l'opposé des initiatives que certains gestionnaires d'université entendent imposer aux nouveaux assistants.

Le 18.03.2010, le comité directeur du GBS a décidé d'entamer une collaboration avec Acerta⁶ dans le but d'assurer l'accompagnement des médecins spécialistes récemment agr es au début de leur activité sur le plan de la législation sociale, d'informer les médecins spécialistes concernant les modifications apportées à leur statut et de les renseigner au mieux sur un statut optimal. Bon nombre de médecins spécialistes sont également des employeurs et pourront profiter des informations Acerta sur la gestion du personnel.

L'année dernière, nous vous communiquions que l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en neurologie a été la première union professionnelle reconnue par le Service public fédéral Economie, PME, Classes moyennes et Energie⁷. Depuis que la compétence pour l'enregistrement et le suivi des unions professionnelles a été transférée le 10.12.2006 du Conseil d'Etat au SPF Economie, PME, Classes moyennes et Energie, l'union professionnelle des neurologues a en effet été la première à avoir été reconnue par ce SPF. Après trois ans, l'union professionnelle a enfin pu être admise comme membre à part entière du GBS par l'Assemblée générale du 06.02.2010. Les statuts de l'Association professionnelle belge des neurologues et psychiatres ont dû être convertis en Association Professionnelle Belge de Neuropsychiatrie⁸. Pour rappel, les statuts de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en psychiatrie ont été publiés d s 2007.

A l'occasion de la réunion du Comité directeur du 13.01.2011, les très nombreux membres du Comité directeur présents ont pris congé de Jos Van den Nieuwenhof qui aura été notre

⁵ <http://www.gbs-vbs.org/gbs/celluleCS.asp>

⁶ "Le GBS et ACERTA ont conclu un partenariat en ce début 2010". Le Médecin Spécialiste, n  3, avril 2010

⁷ Annexes du Moniteur belge, 14.01.2010, numéro d'entreprise 821.594.948

⁸ Annexes du Moniteur belge, 14.10.2010, numéro d'entreprise 0408.866.876

directeur administratif durant pas moins de 20 ans. Jos a débuté au GBS il y a exactement 38 ans à l'occasion de l'assemblée générale statutaire de février 1973. Le 31.01.2011, il a mis un terme à sa carrière au service des médecins spécialistes et de la médecine spécialisée belge. Son amabilité, sa disponibilité et sa connaissance phénoménale de tout ce qui touche à l'INAMI et au SPF Santé publique nous manqueront. Il ne sera pas évident de lui trouver un successeur à même d'assumer à terme toutes ses anciennes tâches.

Au cours de ces dernières années, Fanny Vandamme a petit à petit repris les tâches de Jos. Elle l'a remplacé comme directeur administratif du GBS à partir du 01.02.2011.

2. REPRESENTATION

Avant toute chose, il convient de dire que, comme cela a déjà été le cas par le passé, le soussigné n'est pas toujours en mesure d'indiquer avec précision s'il était invité en sa qualité de secrétaire général du GBS ou de président de l'ABSyM⁹. En ce qui concerne les mandats à l'INAMI, les choses sont claires. Seules les organisations "représentatives" de médecins – comptant dans leurs rangs aussi bien des médecins généralistes que des médecins spécialistes – comme c'est le cas de l'ABSyM peuvent y proposer des candidats en tenant compte des résultats des élections médicales (cf. 3.8). Pour ce qui est des mandats au niveau du SPF Santé publique, des accords ont été conclus entre le GBS et l'ABSyM suivant un protocole établi le 17.03.1999.

Au cours des dernières semaines de son mandat, le président de l'ABSyM Roland Lemye a pris une initiative pour élargir la collaboration entre l'ABSyM et le GBS. Une délégation des deux organisations a tenu une réunion de groupe de travail très constructive sur ce sujet le 26.04.2010. Trois segments d'une possible collaboration ont été suggérés : la représentation au sein des organes de l'INAMI avec une collaboration plus étroite entre les unions professionnelles du GBS et les commissions monospécialisées actives de l'ABSyM couplée à une diffusion des informations améliorée et plus rapide; synergies en termes de défense professionnelle logistique commune et mise en place d'éventuelles cotisations communes. Pour l'instant, cela reste à un stade de grand "work in progress". La prochaine réunion programmée pour le 28.06.2010 a dû être reportée car il n'y avait "rien de nouveau". Mais reporté ne veut pas dire annulé.

2.1. Master après master

L'année dernière, je vous ai exposé en détail les multiples actions entreprises par le GBS dans le domaine du master après master. Nous avons été une nouvelle fois forcés de constater que le VLIR (Vlaamse Interuniversitaire Raad) a préféré, pour la troisième fois, ne pas donner de suite à la discussion – sur une période de huit ans – réengagée le 28.09.2009¹⁰. Le président du Groupe de travail formation médecin spécialiste du VLIR, le Prof. Wilfried DE BACKER (pneumologie, Universiteit Antwerpen), également membre actif du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes auprès du SPF Santé publique, a alors pris l'initiative de porter le débat à un niveau fédéral dans un cadre où nous ne nous étions pas encore exprimés, à savoir la Conférence des Hôpitaux

⁹ Le soussigné a été élu pour la troisième fois président de l'Association belge des syndicats médicaux le 08.05.2010, succédant ainsi au Dr Roland Lemye.

¹⁰ "La quadrature du cercle". Dr M. Moens. Rapport annuel 2009 du GBS. Le Médecin Spécialiste, numéro spécial, mars 2010. Point 2.1.8.

Académiques de Belgique (CHAB). Cette Conférence, instituée en 1998, comprend les sept hôpitaux universitaires : le CHU de Liège, les Cliniques Universitaires St. Luc, l'Hôpital Érasme de l'ULB, l'UZ Antwerpen, l'UZ Brussel, l'UZ Gent et l'UZ Leuven. On peut lire dans leur brochure du 11.07.2007¹¹ qu'ils disposent de 7.000 lits justifiés et emploient 23.000 personnes à plein temps, dont 3.800 médecins. Ils ont communiqué un chiffre d'affaires de plus de 2 milliards d'euros en 2007¹².

Une première réunion informelle entre le soussigné et la directrice adjointe Fanny VANDAMME au nom du GBS et le Prof. Dr Wilfried DE BACKER et Mme Chantal DEBOEVERE, coordinatrice de la CHAB, a eu lieu à l'UZA le 08.01.2010. Elle a été suivie de trois réunions formelles avec une délégation élargie de la CHAB et du GBS, avec des hauts (les 03.05 et 07.06) et des bas (le 05.07), puis un intermède informel avec les quatre précités à l'UZA (le 03.09.2010) pour finir par une nouvelle réunion formelle le 06.10.2010. Les réunions formelles ont systématiquement eu lieu dans une salle de réunion mise à la disposition par les Cliniques Universitaires St. Luc et pourtant aucun représentant de l'UCL n'a assisté à aucune des réunions formelles. En tout cas au niveau du nombre de représentants, l'intérêt flamand était plus marqué que celui des francophones.

Un document a finalement été élaboré le 06.10.2010 puis discuté en interne par les deux groupes et traduit dans les deux langues nationales. Finalisé depuis fin décembre 2010, il fera bientôt l'objet d'un examen final dans le cadre d'une (espérons-le) dernière réunion formelle. Le document a été intitulé : "Formation de Médecin-Spécialiste en Belgique. Optimalisation du contenu et des formes d'organisation". Je propose d'ores et déjà une modification au titre néerlandais de manière à ce qu'au 21^e siècle, nous n'utilisions plus que les termes "artsen" et "artsen-specialisten" en lieu et place de genesheer(-specialist). Le législateur devrait y veiller tant pour la réglementation future que par des adaptations de la législation existante.

Nul ne peut évidemment savoir si les autres cénacles suivront la ligne des négociations entre le GBS et la CHAB. Si par exemple les 28 sous-commissions du VLIR s'obstinent à formuler les objectifs finaux par spécialité "in splendid isolation", la concertation ne débouchera pas sur grand-chose. *"Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer."*¹³

Entre-temps, la procédure suit son cours devant le Conseil d'Etat où le comité directeur a décidé d'introduire un recours le 12.11.2009 contre les arrêtés de la Communauté flamande portant agrément de la formation de master après master pour l'obtention du titre de master en "specialistische geneeskunde"¹⁴.

Pendant ce temps, tout le monde semble avoir oublié que le rapport consultatif de la NVAO (Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie) intitulé "Toets nieuwe opleiding" mettait en garde contre le fait que les universités flamandes risquaient de créer un "trou de production" dans les soins avec l'académisation de la formation de médecin spécialiste. Même après la publication du 22.12.2010 de la loi Milquet sur la durée du temps de travail

¹¹ <http://www.univ-hospitals.be/cms/upload/pdf/2007%2007%2011%20comm%20de%20presse%20fr%20lignes%20de%20force.pdf>

¹² Même si cela revient certainement à comparer des pommes et des poires, indiquons quand même qu'en 2007, les dépenses totales de l'INAMI pour les soins de santé ont atteint 18,415 milliards d'euros et les honoraires médicaux 5,603 milliards d'euros.

¹³ Devise attribuée à Guillaume I^{er} de Nassau, dit le Taciturne, prince d'Orange.

¹⁴ 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).

et son entrée en vigueur le 01.02.2011¹⁵, il semble que les pouvoirs académiques flamands n'aient pas encore conscience de ce que seront les conséquences des arrêtés flamands. Les hôpitaux non universitaires en ressentiront les effets d'autant plus rapidement. Si la barre scientifique est placée trop haut, le temps supplémentaire consacré au travail scientifique ne pourra pas être affecté au travail clinique de sorte que les hôpitaux universitaires souhaiteront garder auprès d'eux un nombre plus important d'assistants. Cela ne profitera pas à la formation professionnelle et aux soins aux patients. Un expert préconise la suppression pure et simple de l'académisation pour pouvoir se conformer à la loi Milquet ("Schaf de academisering gewoon af zodat aan de wet Milquet kan worden voldaan"). Pour les médecins en activité une vision très réaliste et pour certains universitaires plaçant la science au-dessus des soins aux patients un point de vue condamnable. Pourtant, pour tous les médecins, c'est "primum non nocere" qui prévaut et pour l'ensemble des citoyens la sagesse populaire qui veut que qui ne peut galoper, qu'il trotte.

2.2. Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

Pour ce qui est de la législation relative au fonctionnement du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, il n'y a pas eu le moindre changement par rapport à la situation de l'année dernière. Cela signifie que le Conseil est toujours composé de 101 membres et qu'il n'est pas prévu de suppléants. Par conséquent, il y a toujours un risque bien réel que le quorum requis d'au moins la moitié des membres ne soit pas atteint aux réunions et que la réunion suivante convoquée avec un ordre du jour inchangé puisse décider quel que soit le nombre de membres présents¹⁶. Comme nous l'avons décrit l'année dernière¹⁷, directement après l'envoi par le secrétariat du SPF Santé publique des invitations à une réunion, le secrétariat du GBS adresse à tous les membres du Conseil supérieur un appel à ne pas assister à la première réunion et à ne se rendre qu'à la deuxième réunion. Depuis deux ans, lors de chaque convocation, il est également indiqué à quel moment aura lieu la deuxième réunion au cas où le quorum venait à ne pas être atteint à la première réunion. La conséquence est qu'une multitude d'excuses pour la première réunion parviennent au GBS alors qu'en fait, elles auraient dû être envoyées au SPF. Dans la mesure où le SPF s'est plaint à plus d'une occasion d'être en sous-effectif, cela peut en quelque sorte être considéré comme un service rendu gratuitement par le GBS au SPF puisque toute cette correspondance est transmise sans faute.

La présence d'au moins un fonctionnaire juriste par rôle linguistique¹⁸ dans le secrétariat des chambres du Conseil supérieur, désigné par le ministre, n'est pas réalisée d'après ce que nous avons pu voir. Il est possible que cela explique le retard de certains dossiers et l'existence de malentendus. Un dossier d'agrément d'un candidat spécialiste qui s'écarte pour l'une ou l'autre raison futile du parcours classique subira inmanquablement un retard imprévisible, parfois de plusieurs mois. Ni le ministre ni le fonctionnaire concerné ne se soucient le moins du monde que, en attendant, ils ôtent le pain de la bouche de jeunes

¹⁵ Loi du 12.12.2010 fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants-stagiaires se préparant à ces professions (M.B. du 22.12.2010).

¹⁶ Article 5 § 6 de l'A.R. du 21.04.1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 27.04.1983).

¹⁷ "La quadrature du cercle". Dr M. Moens. Rapport annuel 2009 du GBS. Le Médecin Spécialiste, numéro spécial, mars 2010. Point 2.1.9.

¹⁸ 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).

confrères et qu'ils les placent dans une position impossible. Ceux-ci n'ont plus de maître de stage car leur formation est achevée. Ils ne sont donc plus des assistants et ils perdent leur numéro d'agrément INAMI provisoire débutant par un 0 de sorte qu'ils ne peuvent même pas exercer leur spécialisation à 75 % de leurs honoraires normalement prévus¹⁹. Nous avons connaissance de plusieurs cas de confrères qui ont vu leur échapper une nomination qui leur avait été promise dans l'un ou l'autre hôpital à cause de ces carrousels administratifs.

Le 07.04.2010, le GBS a protesté sous la forme d'une lettre ouverte²⁰ contre la position que le Prof. Dr Marleen Temmerman, chef de service de gynécologie-obstétrique de l'UGent, a défendue dans la presse médicale²¹. Le GBS estime qu'elle a abusé de sa fonction de présidente de la chambre néerlandophone du Conseil supérieur pour propager l'idée du master après master et pour présenter sous un jour défavorable les hôpitaux non universitaires en matière de ce qu'elle juge être un non-respect de la durée de travail des médecins assistants²². Libre à elle d'exposer ses vues partiales pour le SP-a au Sénat. Si elle agit de même dans la fonction qu'elle occupe au sein du SPF Santé publique, elle se livre à une forme non autorisée de favoritisme à l'égard de son milieu universitaire. Le soussigné avait eu une discussion franche avec le Prof. Temmerman sur le master après master à l'occasion d'une rencontre dans le cadre de la séance d'ouverture académique du congrès international parfaitement organisé de l'EBCOG²³ qui s'est tenu à Anvers le 06.05.2010. En fine politicienne, elle n'a dit ni oui ni non lorsque je lui ai expliqué que le diplôme de master après master n'était aucunement nécessaire pour être agréé comme médecin²⁴, et ce que ce soit en Belgique ou nulle part ailleurs en Europe.

2.3. Une histoire sans fin : l'oncologie

Sauf en 2004, ces dix dernières années, j'ai consacré systématiquement un point à l'oncologie dans mon rapport annuel. Il en va de même cette année. Juste avant l'impression de mon 20^e rapport annuel²⁵, on a publié les arrêtés ministériels concernant les critères d'agrément pour l'obtention de la compétence particulière en oncologie pour les gastro-entérologues²⁶ et les pneumologues²⁷. J'ai émis alors le vain espoir de voir publier rapidement les arrêtés pour au moins 3 autres spécialités²⁸ qui pouvaient obtenir cette même compétence particulière. Le Conseil supérieur, lors de sa réunion du 4 juin 2009, avait en effet émis également un avis au sujet des projets d'arrêtés pour la chirurgie, la gynécologie et l'urologie. Pour les 8 autres spécialités²⁹, la discussion n'était pas terminée au Conseil supérieur.

¹⁹ 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, article 1, § 4ter, 2. c).

²⁰ L'e-spécialiste, la lettre d'information électronique du GBS, n° 143, 27.04.2010.

²¹ "Huisartsenopleiding als voorbeeld" et "Streven naar één manama per specialisme". De Specialisten, 04.05.2010.

²² "Is Marleen Temmerman partijdig?". Artsenkrant 30.04.2010.

²³ The European Congress on Obstetrics and Gynaecology, Antwerp, 6-8 May 2010.

²⁴ "Manama specialistische geneeskunde, diploma voor aan de muur?". Veto, nummer 21, jaargang 36, Leuven, 19.04.2010.

²⁵ Rapport annuel 2009 point 3.2.2.

²⁶ A.M. du 29 janvier 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)

²⁷ A.M. du 29 janvier 2010 fixant les critères d'agrément supplémentaires des candidats, maîtres de stage et services de stage pour la qualification particulière en oncologie, spécifiques aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en pneumologie (M.B. du 03.02.2010)

²⁸ Chirurgie, gynécologie et urologie

²⁹ Dermatologie, neurochirurgie, neurologie, ORL, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie plastique

On a soumis les projets d'arrêtés lors des séances du Conseil supérieur des 14 et 21 janvier 2010. Comme on pouvait s'y attendre, les esprits s'enflammèrent à nouveau concernant le bien-fondé de cette compétence particulière en oncologie. Il apparut vite qu'il serait impossible d'harmoniser les points de vue. Vu cette impasse, un membre du Conseil supérieur suggéra de consulter une dernière fois les commissions d'agrément qui seraient invitées à transmettre leur avis au Conseil supérieur. Les réponses reçues reflétèrent exactement les discussions du Conseil supérieur : une grande cacophonie ! La chambre francophone d'orthopédie n'avait aucun intérêt pour cette compétence particulière, mais la chambre néerlandophone de cette même spécialité y trouvait un intérêt. Les commissions de neurochirurgie, de chirurgie plastique, de stomatologie et d'ORL font savoir qu'elles ne sont pas demanderesse pour la création d'une nouvelle compétence. Des réponses reçues, il ressort clairement que les spécialités non intéressées continuent de demander à pouvoir soigner les cas oncologiques relevant de leur spécialité ! Les stomatologues et les ORL estiment que la formation oncologique fait partie intégrante de leur spécialité. Ces deux spécialités veulent éviter que l'on forme deux sortes de stomatologues et d'ORL. Les commissions d'ophtalmologie et de neurologie n'ont pas répondu. Le Prof. Dr Patrick De Potter, qui se consacre principalement à la pathologie ophtalmologique de sa spécialité, a envoyé le 08.06.2010 une lettre personnelle au Conseil supérieur où il revendique cette compétence particulière pour l'ophtalmologie. Il semble donc impossible de formuler une réponse unanime. Le Conseil supérieur décide alors d'envoyer au ministre les réactions des commissions d'agrément telles quelles.

La chute du gouvernement Leterme II fit que l'on ne publia aucun arrêté supplémentaire en 2010 au sujet de la compétence particulière en oncologie. Le dossier ne relève pas à vrai dire des "affaires urgentes". Les discussions se traînent depuis 1999. La publication prendra sans doute encore un sacré bout de temps. Il n'est pas évident que ce dossier sera considéré comme prioritaire par le futur nouveau ministre de la Santé publique.

Les critères d'agrément pour l'obtention de cette compétence particulière ne sont peut-être pas encore publiés mais les dispositions transitoires appartiennent au passé. Les médecins qui escomptaient faire valoir leur droit sur base des mesures transitoires ont eu jusqu'au 31 décembre 2010 pour introduire leur demande et pour prouver qu'ils avaient l'expérience requise à la date du 30 juin 2010. En fait, un saut dans le vide, car on ne connaît pas encore les critères complémentaires pour ces différentes spécialités. L'administration avait vu venir le problème et a proposé au Conseil supérieur, le 28.10.2010, d'allonger la période transitoire jusqu'au 31.12.2011³⁰. Le GBS a réitéré sa proposition d'allonger les périodes transitoires de 12 mois après la publication de l'arrêté qui fixe les critères d'agrément supplémentaire. En 2009, la ministre avait jugé cette solution trop simple. Cependant, en 2010, on ne publia aucun arrêté. D'un point de vue strictement juridique, seuls les médecins ayant introduit leur demande auprès du SPF Santé publique avant le 31 décembre 2010 seront pris en considération à moins que de nouvelles dispositions transitoires avec effet rétroactif ne soient publiées.

³⁰ A.M. du 27 novembre 2009 modifiant l'arrêté ministériel du 26 septembre 2007 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale et de la qualification professionnelle particulière en oncologie ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité et cette qualification professionnelle particulière (M.B. du 01.12.2009)

Je voudrais allumer une petite lueur dans cette histoire sans fin. La ministre Onkelinx avait fait savoir au Conseil supérieur du 21.01.2010 que, pour les candidats souhaitant obtenir la compétence particulière en oncologie et hématologie pédiatriques, la commission d'agrément de pédiatrie était compétente³¹. C'était cependant sans compter M. Xavier Van Cauter, juriste chargé de rendre des avis au Dr Dirk Cuypers, président du Conseil supérieur, et à Michel Van Hoegaerden, directeur général. Van Cauter estime que, sur base de l'A.R. du 21.4.1983³², cette compétence ne peut être confiée qu'à une commission d'agrément créée spécialement à cet effet. En Belgique, seuls 30 médecins peuvent prétendre à ce titre professionnel. Les organisations de médecins et les universités ont été invitées à présenter sur des listes doubles 16 néerlandophones et 12 francophones pour une nomination par la ministre. Par conséquent, la ministre a besoin de 28 membres afin de pouvoir attribuer cette compétence particulière, en d'autres termes presque tous les médecins pratiquant cette discipline. M. Xavier Van Cauter prétend que l'attribution de cette compétence à la commission d'agrément de pédiatrie assistée de quelques experts est en contradiction avec les prescriptions légales. De ce fait, il remet en question la validité de la reconnaissance d'environ 82 neuropédiatres, 273 néphrologues et 249 endocrino-diabétologues!

Donc, durant cette année 2010, aucune lueur d'espoir, mais rien que des misères.

2.4. Des contacts avec la direction du SPF Santé publique

Au cours de l'année 2010, la direction du GBS, en groupe ou individuellement, a rencontré les dirigeants du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

La première rencontre a eu lieu le 26 mai 2010, suite à une correspondance entre le Dr Demeere et le directeur général Michel Van Hoegaerden concernant le fonctionnement de la chambre francophone de la commission d'agrément d'anesthésie. Trois nouveaux projets du SPF Santé publique ont été présentés. Dans un premier temps, on s'efforcera de mettre à disposition électroniquement et de manière conviviale les dispositions légales applicables. Un deuxième projet a trait à la mise en service de l'application informatisée de la gestion du dossier individuel du candidat spécialiste. Ce projet doit faciliter la gestion et le suivi quotidiens, par la commission d'agrément, des dossiers des candidats spécialistes. Un troisième projet a trait à la mise en place d'un "call center" qui permettra, par un système de question/réponse, de recevoir une réponse rapide et efficace aux problèmes et questions posés.

Malheureusement, l'expérience prouve que ce dernier projet échoue lamentablement : quand on désire prendre contact avec un fonctionnaire du SPF Santé publique, il faut s'armer de patience. Après un premier contact avec un répondeur, il faut patienter entre 10 à 15 minutes avec un accompagnement musical avant de pouvoir parler à un interlocuteur "en chair et en os". Puis, la déception! Les personnes travaillant au call center ont apparemment reçu comme mot d'ordre de ne jamais transférer l'appel à un fonctionnaire. Le Directeur général, M. Van Hoegaerden, nous a expliqué en détail que c'était le seul moyen pour que son personnel puisse travailler de manière efficace et sans

³¹ Ceci était conforme à la réponse que la ministre Laurette Onkelinx avait donnée à une question du député CD&V Luc Goutry concernant la compétence particulière 'en oncologie' pour les spécialistes d'organes lue par le secrétaire d'Etat Jean-Marc Délézée le 09.11.2008

³² A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. 27.04.1983).

interruption en vue de résorber l'arriéré administratif accumulé depuis des années. La dame ou le monsieur travaillant au call center vous propose très poliment d'adresser votre question par mail au fonctionnaire concerné. Selon l'expéditeur, le mail reçoit ou non une réponse. Un médecin inconnu au bataillon ne doit pas y compter. Il ne reçoit même pas d'accusé de réception. Pour les candidats spécialiste qui attendent depuis des mois l'avis du Conseil supérieur siégeant en appel, c'est une situation dantesque.

Le 19 novembre 2010, une délégation du GBS a à nouveau été reçue au SPF Santé publique. Le motif de cette rencontre était le dossier d'un candidat spécialiste en anesthésie dont l'approbation du plan de stage pour obtenir la compétence en médecine d'urgence traînait à être approuvé. Il manquait le soi-disant "billet" académique. Lors de sa réunion du 10 juin 2010, le Conseil supérieur avait expressément décidé que cette attestation³³ n'était en aucun cas légalement nécessaire pour le candidat spécialiste qui introduit un plan de stage pour l'obtention d'une compétence professionnelle particulière relevant de l'article 2 de l'arrêté royal dressant la liste des titres professionnels³⁴. C'était compter sans Xavier Van Cauter qui prétendait que le candidat spécialiste devrait présenter une attestation de l'université, qui attestait... qu'aucune attestation n'était nécessaire. Avant qu'il ne soit trop tard, cet homme doit contacter d'urgence le démissionnaire Vincent Van Quickenborne, ministre pour l'Entreprise et la Simplification administrative. Pour le reste, la réunion peut être considérée comme constructive, car les deux parties ont pu librement échanger leurs idées. On lançait de part et d'autre des petits ballons d'essai concernant la réalisation de projets futurs.

2.5. IPhEB³⁵

Le Prof. Dr Francis Heller est nommé administrateur au nom du GBS au cours de l'assemblée générale du 31.05.2010. L'Institut Pharmaco-Epidémiologique Belge (IphEB asbl) a été créé en 1990 à l'initiative de l'Association Pharmaceutique Belge (A.P.B.) et compte parmi ses membres fondateurs le GBS au côté d'autres associations de médecins et de pharmaciens. L'IphEB est une asbl ayant un objectif strictement scientifique qui est chargée de l'interprétation épidémiologique des données relatives aux spécialités pharmaceutiques remboursées en Belgique. Le Conseil d'administration comprend six membres nommés par ces associations, paritairement entre médecins et pharmaciens. A l'initiative du Prof. Francis Heller, il est recherché dans quelle mesure et à quelles conditions (financières) il est possible d'informer les médecins sur leur profil de prescription sur base des données récoltées par l'IphEB sur les médicaments délivrés en ambulatoire. Les pourcentages de médicaments bon marché à prescrire par les médecins ont été relevés au niveau atteint par 60 % des médecins de la même spécialité durant la première moitié de 2010 (P60). Cette obligation a été inscrite dans la loi³⁶. Le GBS et l'ABSyM ont envoyé une lettre commune aux médecins pour sonder dans quelle mesure leurs membres sont intéressés à disposer pratiquement en temps réel de leur profil personnel. L'INAMI communique ces profils avec ± deux ans de retard, de sorte qu'il n'est plus possible pour le médecin concerné d'adapter ou de rectifier

³³ L'art. 21, 4° de l'A.R. du 21.04.183 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 27.04.1983)

³⁴ A.R. du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (M.B. du 14.03.1992).

³⁵ IPhEB - Institut Pharmaco-Epidémiologique Belge asbl

³⁶ Loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses (I) (M.B. du 31.12.2010)

son comportement de prescription. Cela ne se fera toutefois pas sans frais. Le projet ne pourra être réalisé que si un nombre suffisant de médecins se déclarent intéressés par cette initiative. Ce n'est qu'à cette condition qu'un accord pourra être passé avec l'IphEB.

2.6. "Fondation Médicaments et Société"

Au sein du comité directeur du GBS, le dossier des médicaments au sens large du terme peut sans conteste être considéré comme la matière de prédilection du Prof. Francis Heller, secrétaire général adjoint francophone du GBS. Le 25 février 2010, il a participé dans ce cadre à la réunion organisée par la "Fondation Médicaments et Société" sur les innovations thérapeutiques et leurs contraintes et perspectives³⁷. Il a été plus particulièrement captivé par les concepts de la recherche translationnelle et de la médecine personnalisée.

2.7. Conférence européenne interministérielle sur les médicaments innovateurs des 23-24.09.2010

Le Prof. Francis Heller a également participé à la Conférence européenne interministérielle des 23-24.09.2010 sur les médicaments innovateurs organisée par l'INAMI dans le cadre de la Présidence belge de l'Union européenne. Le Prof. Francis Heller déplore toutefois que ni les médecins en activité ni les organisations de patients n'ont été approchés pour participer activement au panel, de sorte que la discussion a eu des allures de réunion en petit comité entre les universités et les sociétés pharmaceutiques.

2.8. KCE

Le Prof. Francis Heller a également été expert externe pour le rapport du KCE "*Seamless care with regard to medications between hospital and home*"³⁸. Sur les 100 personnes interrogées, il y avait 15 médecins généralistes et 10 médecins spécialistes, dont 6 gériatres, 2 psychiatres, 1 cardiologue et 1 néphrologue. Sur l'insistance du Prof. Heller, deux internistes généraux ont également été interviewés³⁹, à savoir les Drs Geneviève Derue et Johan Bockaert, mais sans les nommer. Ce sont surtout les pharmaciens cliniques qui prennent l'initiative.

Le soussigné a pris une part active et critique aux réunions du Conseil d'administration du KCE les 19.01.2010, 23.03.2010, 29.06.2010, 14.09.2010, 19.10.2010 et 21.12.2010. Il m'a été absolument impossible de marquer mon accord avec certains rapports et j'ai émis des remarques cinglantes au sein du Conseil d'administration. Il en est pris acte en termes voilés dans le rapport, après quoi la responsable de la communication du KCE, Mme Gudrun Briat, jette au grand public, avec la bénédiction du directeur général, le Dr Raf Mertens, un fragment prêt à être consommé qui a de quoi faire dresser les cheveux sur la tête des experts consultés. A titre d'exemple en 2010, nous pouvons citer le rapport sur la dialyse rénale⁴⁰ et le système de financement hospitalier «all-in»⁴¹. La responsable de la

³⁷ "Innovations thérapeutiques : contraintes et perspectives" Fondation Médicaments et Société - Erasme 25.02.2010

³⁸ "Seamless care with regard to medications between hospital and home". KCE Reports 131C (12.07.2010).

³⁹ "Seamless care with regard to medications between hospital and home – Supplement" KCE Reports 131C p. 67

⁴⁰ "Organisation et financement de la dialyse chronique en Belgique". KCE reports 124B du 10.02.2010.

⁴¹ "Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement hospitalier «all-in» par pathologie". KCE Reports 121B du 25.01.2010.

communication Gudrun Briat a confondu avec une "ale inn" puisqu'elle a comparé les hôpitaux avec une destination de vacances⁴².

Pour ce qui est du projet de rapport consacré à la qualité de la formation et des lieux de stage⁴³, nous avons transmis des dizaines de pages de corrections d'erreurs factuelles et de critiques portant sur le parti pris des universitaires qui avaient réussi à remporter l'adjudication de cette étude. Ils ont profité de l'occasion pour développer leurs idées sur le master après master sous le couvert d'un rapport pseudo-scientifique. Le projet a été renvoyé à ses auteurs par le conseil d'administration du KCE le 23.03.2010 à cause des multiples manquements, pas uniquement à ma demande mais aussi et surtout à la demande du Dr Dirk Cuypers qui a été fortement blessé dans son amour-propre à cause des nombreuses approximations. Le Dr Dirk Cuypers est non seulement vice-président du conseil d'administration du KCE mais également président du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes et administrateur général du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. A l'occasion d'une entrevue sur le sujet que j'ai réussi à obtenir le 25.06.2010, en préparation du conseil d'administration du 29.06.2010, avec le directeur Dr Raf Mertens et deux des auteurs, collaborateurs du KCE, il est clairement apparu qu'aucune de ces trois personnes n'a la moindre notion concernant ce sujet. Ils ont accepté sans réfléchir et mis sur papier les quelques propos que les universitaires ont bien voulu leur accorder. Seules mes corrections des innombrables erreurs factuelles ont été retenues par le conseil d'administration du 29.06.2010. Le Dr Dirk Cuypers s'était excusé à cette réunion. Pour le conseil d'administration, le lavage de cerceau idéologique devait rester intact : seule l'académisation totale pouvait trouver grâce aux yeux des auteurs. Pour eux, le seul modèle acceptable de formation des médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, est le modèle introduit par le Prof. Jan De Maeseneer pour la formation des médecins généralistes flamands. L'impact du banc de la profession a été ramené pratiquement à zéro dans cette discipline. Le GBS a publié un communiqué de presse critique sur ce rapport⁴⁴ le 14.07.2010 qui a été repris dans la presse médicale^{45, 46}.

Dans le communiqué de presse du KCE⁴⁷, nous lisons – malgré mes demandes répétées faites aussi bien oralement que par écrit pour obtenir que cette erreur soit corrigée – que les candidats médecins généralistes doivent suivre une formation de trois ans après l'obtention du diplôme de médecin. Cela représente donc sept ans plus trois ans. Les initiés savent que la formation de médecin en Belgique dure pour le moment sept ans mais que la dernière année des étudiants désireux de devenir médecin généraliste peut être comptabilisée comme première année de la formation de médecine générale. Le KCE ne parvient apparemment pas à communiquer des choses aussi simples correctement au grand public. A moins que ce ne soit de la mauvaise volonté?

⁴² " 'All-in' : une formule de vacances populaire mais aussi une façon intéressante de financer les hôpitaux. Communiqué de presse KCE 25.01.2010.

⁴³ "Critères de qualité pour les lieux de stage des candidats-médecins généralistes et candidats-spécialistes" KCE reports 130B du 09.07.2010.

⁴⁴ "Fierté à propos de la formation professionnelle de médecin spécialiste" Le Médecin Spécialiste n° 6, septembre 2010.

⁴⁵ "VBS noemt KCE-pleidooi voor academisering opleiding provocatie". De Specialisten, 15.07.2010.

⁴⁶ "BVAS en VBS: stop de academisering ". Artsenkrant 23.07.2010.

⁴⁷ "Les lieux de stages des futurs médecins généralistes et spécialistes devraient faire l'objet d'un contrôle de qualité externe et indépendant". Communiqué de presse du KCE, 09.07.2010.

Les neurologues et les psychiatres se souviendront encore des années d'un autre rapport, à savoir celui sur l'EEG et les potentiels évoqués de 2009⁴⁸. Il est directement à la base des mesures d'économie qui les frappent à la suite des fortes pressions des mutuelles⁴⁹ via l'exécution de l'accord médico-mutualiste du 13.12.2010 (cf. point 4) et de la lettre incriminante que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux leur a adressée début décembre 2010. A propos de ce rapport, le Dr Georges Otte, neuropsychiatre, a publié un billet d'humeur brillant de cynisme sur le fondateur de l'électrophysiologie, le Dr Hans Berger, sous-titré comme suit. "*Met grote droefheid melden wij U dat onze eminente collega psychiater Dr. Hans Berger (geboren Neuses bij Coburg 21 mei 1873 – overleden Jena 1 juni 1941) een tweede maal is overleden. Door toedoen van een ontoelaatbaar rapport van het Kenniscentrum stierf Hans Berger andermaal op 10 december 2010. De neurologie en de psychiatrie zijn in diepe rouw*"⁵⁰ (nous traduisons : "C'est avec une profonde tristesse que nous vous informons que notre éminent confrère psychiatre Dr Hans Berger (né à Neuses près de Coburg le 21 mai 1873 – décédé à Jena le 1^{er} juin 1941) est décédé une seconde fois. A la suite d'un rapport inadmissible du Centre d'expertise, Hans Berger a succombé une nouvelle fois le 10 décembre 2010. La neurologie et la psychiatrie sont en grand deuil".) Le Dr Georges Otte (Psychiatrisch centrum, Dr. Guislain Instituut, Gent) est cité comme expert externe dans le colophon du KCE reports 109B devenu entre-temps célèbre.

Plusieurs experts de ce rapport et de bien d'autres m'ont contacté au cours de ces sept années tandis que je suis membre du conseil d'administration du KCE pour signaler qu'ils ressentaient comme un viol ce que le KCE publiait au final. En tant que membre du conseil d'administration du KCE, j'ai eu ce sentiment à plus d'une occasion. Dans le colophon de chaque rapport du KCE, il est indiqué que : "*Les experts externes ont collaboré au rapport scientifique qui a ensuite été soumis aux validateurs. 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.*" Et la responsabilité incombe donc à son conseil d'administration au sein duquel ne siègent pratiquement pas de médecins en activité. Fort de mes sept années d'expérience – durant lesquelles je n'ai pas encore raté le moindre conseil d'administration – je sais qu'on peut dire sans hésiter qu'un rapport ayant trait à la pratique médicale débouche sur une action du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et sur une demande de la ministre des Affaires sociales à l'INAMI pour que des mesures d'économies soient prises sur-le-champ au niveau du Conseil technique médical.

2.9. Contacts politiques

* Le 21 avril 2010, le Prof. Francis Heller a pris part à une soirée-débat animée par le Prof. Jacques Brotchi, sénateur, dans le cadre du Printemps des Réformes du MR. Compte tenu du public présent, la discussion a principalement porté sur la problématique de l'environnement. L'organisation de notre système de santé n'a été abordée qu'en passant.

⁴⁸ "A propos de la valeur de l'EEG et des potentiels évoqués dans la pratique clinique". KCE reports vol. 109B, 20.04.2009.

⁴⁹ Sur les 24 membres que compte le conseil d'administration du KCE, il y a trois membres effectifs (et tout autant de suppléants) qui sont délégués par l'agence intermutualiste. Jusqu'à fin 2009, le Dr Raf Mertens, directeur général, était à la tête du département recherche et développement de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes. Le Prof. Dr Pierre Gillet, président du conseil d'administration du KCE, a débuté sa carrière à l'Union nationale des mutualités socialistes. Deux médecins en activité y siègent comme membres effectifs, à savoir le soussigné au nom de l'ABSyM et le Dr Jean-Pierre Baeyens au nom du Cartel, leurs suppléants étant respectivement le Dr Roland Lemye et la juriste Rita Cuypers.

⁵⁰ "De dood van Hans Berger". Artsenkrant 28.01.2011.

* Le Prof. Francis Heller et le Dr Edgard Maes ont participé, le 14 juillet 2010, au nom du GBS à la première réunion organisée par le conseil scientifique de l'Observatoire wallon de la santé⁵¹. Cette première réunion a été consacrée aux indicateurs de santé en Wallonie.

* Nous avons perdu quelques-uns de nos contacts politiques à la suite des résultats des élections. Citons par exemple le Dr Lieve Van Ermen (cardiologue, ex-VLD, jusqu'au 13.06.2010 sénatrice pour la Liste Dedecker LDD) qui n'a pas été réélue et le Dr Yolande Avontroodt (députée Open-VLD) qui ne s'est pas représentée aux élections. Quant au spécialiste CD&V des soins de santé Luc Goutry, il a échoué. Il n'a pas été réélu le 13.06.2010. Le 1er avril 2010, de concert avec son ami et président des Mutualités chrétiennes Marc Justaert, il a crié au scandale à propos des 20 % de prestations de santé déclarées inutiles à l'occasion du décès de son père. Au même moment, Marianne Thyssen qui était alors présidente du CD&V a inscrit dans le programme électoral du CD&V que les soins de santé devaient se satisfaire d'une croissance zéro et que seules les personnes ayant travaillé 45 années accomplies ont droit à une pension complète.

* Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille

Les ministres flamands successifs du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille organisent une concertation structurée avec les organisations de médecins deux fois par an. Le ministre Jo Vandeurzen a reçu les organisations de médecins les 1^{er} juillet et 2 décembre 2010. Le GBS a été représenté à ces réunions activement par le Prof. J. Gruwez, le Dr J. Bockaert, le Dr M. Moens et Mme F. Vandamme.

En 2010, le cabinet du ministre Jo Vandeurzen a investi énormément d'énergie dans l'organisation d'une grande conférence flamande sur les soins de santé de première ligne le 11 décembre 2010⁵². Le 1^{er} juillet 2010, les organisations de médecins ont été invitées par le ministre Jo Vandeurzen pour prendre connaissance d'un rapport intermédiaire d'une centaine de pages. Tous les prestataires de soins possibles ont été associés aux travaux préparatoires. Conformément au décret flamand relatif aux soins de santé primaires⁵³, les médecins spécialistes ont été tenus à l'écart des débats. Cinq groupes de travail ont été constitués dans le cadre des travaux préparatoires⁵⁴.

Le groupe de travail 'positionnement' était dirigé par le Prof. J. De Maeseneer, professeur de médecine générale à l'Ugent, qui a tenté d'introduire son système de pensée communiste dans notre système de santé au moment de définir les lignes de sa note. Pourtant, l'expérience nous a appris que nulle part au monde, les systèmes de médecine étatisée ne fonctionnent durablement. Le souhait le plus cher du Prof. J. De Maeseneer est d'introduire un tel système de médecine étatisée en Flandre. Pour ce faire, il pouvait compter pour certains points sur l'appui du SVH⁵⁵ qui caresse l'espoir que les autorités octroient enfin au médecin généraliste la place qui lui revient de droit selon lui. Pour le SVH, cela veut

⁵¹ Observatoire Wallon de la Santé (OWS)

⁵² Radisson Blu Astrid Hotel, Koningin Astridplein 7, 2018 Antwerpen

⁵³ Décret du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins (M.B. du 20.04.2004)

⁵⁴ Groupe de travail positionnement, prévention, collaboration, 'zorg om talent' et développements ICT dans les pratiques de première ligne

⁵⁵ Syndicaat van Vlaamse Huisartsen

notamment dire que le patient doit d'abord consulter son médecin généraliste avant de pouvoir se rendre chez un médecin spécialiste. Il est surprenant que le SVH positionné à droite sur l'échiquier politique et qui est très proche de la N-VA de Bart De Wever, cherche du soutien auprès d'un penseur de gauche notoire comme le Prof. De Maeseneer. Ils ne se rendent manifestement pas compte que ce gourou universitaire ne laissera guère de place aux médecins généralistes. Pour lui, le nouveau système de soins de santé débute chez l'agent de quartier, l'assistant social, l'aide-soignant et l'assistant de pratique. Pour peu que le patient parvienne à franchir tous ces écueils, il verra peut-être alors un médecin généraliste mais pas encore son médecin généraliste.

Après la publication des rapports intermédiaires, de vives critiques ont fusé. Le ministre J. Vandeuren a dès lors jugé opportun de soumettre les rapports intérimaires à un conseil de trois sages – bien évidemment pas des médecins – composé des professeurs Lieven Annemans (UGent), économiste de la santé, Guido Van Hal (UA), sociologue médical et docteur en sciences médicales, groupe d'étude de l'épidémiologie, et le Prof. émérite Yvo Nuyens, sociologue médical. Leurs critiques à l'encontre des rapports intérimaires n'ont pas été tendres. Certains points ont été légèrement modifiés mais le contenu est resté fondamentalement inchangé.

Des sessions d'information ont été organisées dans toutes les provinces flamandes et dans la "province de Bruxelles" après les vacances d'été. Tout le monde, y compris les médecins spécialistes, a été invité à participer à ces réunions. Le Prof. Dr Jacques Gruwez était présent à Louvain pour la préparation de la conférence sur les soins de santé de première ligne le 14.09.2010 et a remis un rapport écrit au comité exécutif du GBS le 20.09.2010. Il a remarqué qu'aucun médecin généraliste en activité n'a pris la parole et qu'il fallait déjà être familiarisé avec toute une série de sigles et de notions pour pouvoir suivre plus ou moins les exposés. Le GBS a formulé sa position dans le numéro de novembre 2010 de son bulletin⁵⁶. Ce dont d'aucuns ont su mauvais gré aux médecins spécialistes⁵⁷.

2.10. Flanders care⁵⁸

Le soussigné a été appelé en son nom propre comme un des quarante experts de Flanders care. La réunion d'installation officielle avec le ministre-président flamand Kris Peeters, le vice-ministre président Ingrid Lieten et le ministre Jo Vandeuren s'est déroulée avec faste à la Errerahuis le 22.11.2010⁵⁹. Flanders Care, un des principaux piliers de Vlaanderen in Actie, entend garantir de meilleurs soins par l'innovation et l'esprit d'entreprise. La plate-forme est constituée de personnes issues du secteur des soins, du monde de l'entreprise et des institutions de connaissances. Elles conseillent les ministres compétents concernant les mesures politiques de développement de Flanders' Care et l'attribution d'un label Flanders' Care. Deux des réunions mensuelles ont déjà eu lieu.

⁵⁶ "Conférence sur les soins de santé de première ligne organisée par le ministre J. Vandeuren le 11.12.2010 – Commentaires du GBS". Le Médecin Spécialiste, n° 7, novembre 2010.

⁵⁷ "Graag een eerstelijnsconferentie zonder specialisten; Moens blijft beter weg". Artsenkrant, 03.12.2010.

⁵⁸ <http://www.eutrio.be/nl/pressrelease/flanders-care-betere-zorg-door-innovatie-en-ondernemerschap>

⁵⁹ "Cockpit Flanders' care samengesteld". Artsenkrant, 26.11.2010.

2.11. Safe surgery saves lives

En 2010, le SPF Santé publique a lancé, sous la direction de M. C. Decoster, la campagne de l'OMS "Safe surgery saves lives". Cette campagne a pour but d'encourager notamment le recours à la check-list⁶⁰ de l'OMS⁶¹ dans le quartier opératoire. Le Dr J.-L. Demeere a participé aux réunions préparatoires en sa qualité de président du GBS et de vice-président de l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation. Une étude a montré que cette check-list simple de l'OMS peut aussi contribuer à abaisser le nombre d'accidents dans les pays industrialisés, à condition que le remplissage de cette liste ne se transforme pas en un simple rituel.

L'année dernière, nous avons signalé la création d'un "groupe de travail/cellule de réflexion sur la sécurité du patient à l'hôpital" au sein de la Direction générale II du SPF Santé publique par M. C. Decoster. Malgré des demandes répétées, la direction d'Assuralia n'a pas été disposée à organiser une réunion de suivi en présence de représentants du SPF Santé publique après notre rencontre du 02.11.2009. Il reste le problème de l'arme à double tranchant consistant à enregistrer les fautes et quasi-fautes pour pouvoir en tirer des leçons et puis mettre en œuvre des actions d'amélioration.

2.12. Royal Belgian Society for Plastic Surgery

Le Prof. Dr Albert Demey, chef de service de chirurgie plastique à l'Hôpital Brugmann, a invité le Prof J. Gruwez à prendre la parole le 20 novembre 2010 à l'occasion de la réunion d'automne de la Royal Belgian Society for Plastic Surgery pour présenter les positions du GBS concernant la formation. Un public nombreux a assisté à cette réunion.

2.13. La Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux

La réunion plénière de la CPNMH s'est réunie quatre fois en 2010⁶². En l'absence du président M. Christian Decoster, les réunions qui se sont déroulées le 23 mars 2010 et le 28 septembre 2010 ont été présidées par le Dr Jacques Mercken, ancien président du GBS qui a mené à bien les discussions avec l'aide compétente de l'administration. En 2010, on n'a pas pu renouveler les mandats des membres de la CPNMH, le gouvernement étant en affaires courantes. Les membres actuels continuent leur mandat jusqu'à ce que de nouvelles nominations interviennent. Lors de la réunion du 23 mars 2010, il a été décidé de mettre sur pied un groupe de travail ad hoc qui se penchera plus particulièrement sur le dossier des candidats spécialistes et du temps de travail. Ce groupe de travail résulte d'une correspondance de l'ABSyM par la voix du Dr Jacques de Toeuf et de M. Henri Anrys. Le Dr Jacques de Toeuf a présidé ce groupe de travail. Au nom du GBS mais aussi comme membres de l'ABSyM ont participé activement, outre le soussigné, les Dr Jacques Mercken et Edgard Maes. Ce groupe de travail s'est réuni trois fois⁶³ afin de formuler des réponses à trois questions précises de la ministre Onkelinx concernant les notions d'employeur, de fonction de direction et de rémunération raisonnable. Le Dr Jacques de Toeuf, président du

⁶⁰ Il s'agit d'une check-liste simple avec vérification de plusieurs données élémentaires telles que l'identité du patient, le lieu et la nature de l'intervention, les allergies répertoriées, l'emplacement d'un pulsoxymètre.

⁶¹ OMS – Organisation mondiale de la santé

⁶² 23.03.2010, 27.04.2010, 28.09.2010 et 21.12.2010

⁶³ 27.04.2010, 11.05.2010, 28.09.2010

groupe de travail ad hoc, a présenté un rapport lors de la réunion plénière du 28.9.2010. Le débat se poursuit encore principalement au sujet du financement des coûts complémentaires résultant du système de l' « opting out » (voir le point 3.6). Un problème supplémentaire surgit car quelques membres du banc hospitalier contestent la légitimité des décisions prises car les mandats des membres sont en fait arrivés à leur terme depuis un certain temps déjà.

2.14. Medicanorm

Depuis plusieurs années, le Dr J.-L. DEMEERE participe activement, au nom du GBS, sur une base informelle et en qualité de formateur, à un projet de formation de visiteurs médicaux dans le secteur pharmaceutique. Le Dr J.-L. DEMEERE assure le volet management hospitalier. Cette série de cours est notamment coorganisée par pharma.be, les mutuelles et Domus Medica. Cette initiative est une réponse à un projet conçu par l'ex-ministre Frank Vandembroucke visant à ne plus autoriser que des fonctionnaires de l'Etat comme visiteurs médicaux. Récemment, il a toutefois été jugé utile de donner une forme plus formelle à ce projet. Des entretiens sont menés entre les différents partenaires pour mettre en place une structure indépendante. Nous nous attendons à ce que la création de l'asbl Medicanorm soit finalisée dans un futur proche.

2.15. UEMS

A la suite de l'éruption du volcan islandais Eyjafjallajökull⁶⁴ qui était resté en sommeil pendant plus de 200 ans⁶⁵, la réunion du Management Council des 14 et 15 avril 2010 a été annulée pour éviter que les participants ne restent bloqués plusieurs jours à Bruxelles. Des rumeurs annonçant la fermeture progressive de l'espace aérien européen à l'ensemble du trafic à cause du nuage de cendre se faisaient de plus en plus insistantes.

Pour malgré tout satisfaire aux obligations statutaires, l'UEMS a organisé une assemblée générale le 2 juin 2010 dans un format réduit à l'aéroport de Munich. Le Prof. Dr Jacques Gruwez y représentait le GBS. La réunion d'automne du Management Council a eu lieu du 7 au 9 septembre 2010 à Prague. Cette réunion peut sans aucun doute être qualifiée d'historique. Pour la première fois dans l'histoire de l'UEMS, des représentants des sections et des boards ont également été invités à participer aux travaux du Management Council. Cela doit permettre aux sections et aux boards d'être associés plus étroitement aux activités de l'UEMS. Les représentants n'ont pas encore de droit de vote.

L'UEMS est installée dans les locaux du GBS depuis 52 ans. Le Management Council de l'UEMS a toutefois décidé d'acquérir son propre immeuble dans le quartier européen à Bruxelles. L'objectif est de réunir toutes les organisations de médecins européennes sous le toit d'un "Domus Medica" européen afin d'améliorer la visibilité vis-à-vis des instances européennes. Le GBS a été remercié pour ses années de collaboration au nom du président de l'UEMS, le Dr Zlatko FRAS.

⁶⁴ Les complications à la suite de l'éruption du volcan islandais ont mis en évidence les limites de l'assurance voyage GBS-ACE. Cette police a été modifiée en urgence et sa couverture a été étendue. La nouvelle proposition d'assurance figure dans le numéro de septembre de notre bulletin (Le Médecin Spécialiste n° 6, 2010).

⁶⁵ Le volcan est entré en éruption une première fois le 20 mars 2010.

Comme chaque année, le GBS a organisé, le 18 novembre 2010, une réunion des représentants belges au sein des sections et des boards de l'UEMS afin de les tenir informés des activités de l'UEMS.

2.16. FEMS⁶⁶

Le Dr E. MAES, vice-président, a participé au nom du GBS aux assemblées générales qui se sont tenues à Lyon les 14 et 15 mai 2010 et à Istanbul les 1^{er} et 2 octobre 2010. En 2010, la FEMS s'est surtout intéressée aux directives européennes sur la durée du temps de travail et sur les soins de santé transfrontaliers.

2.17. Conférence européenne "Investing in the European health work force of tomorrow"

Les 9 et 10 septembre 2010, le soussigné a assisté en sa qualité de président de l'ABSyM à la conférence européenne organisée par la Présidence belge de l'UE et intitulée "Investing in the European health work force of tomorrow". Dans la perspective de cette réunion, le comité directeur du GBS a communiqué au Dr Zlatko Fras et au Dr B. Maillet, respectivement président et secrétaire général de l'UEMS, par écrit⁶⁷ les positions défendues par le GBS en matière de recertification (ou "revalidation", terme utilisé par les Anglo-Saxons). Les participants à cette conférence étaient principalement des fonctionnaires européens et les "delegates". Il est apparemment d'usage dans ces cénacles que les interventions de la salle se fassent en termes feutrés. La salle s'est dès lors réveillée en sursaut quand le soussigné a déclaré en des termes clairs que les médecins belges accoutumés à un système d'accréditation volontaire ne sont absolument pas favorables à l'introduction d'une recertification obligatoire telle qu'elle est prônée par la délégation britannique. Un convive autorisé à s'asseoir à la table d'honneur m'a confié pendant que nous faisons la file pour le dessert après le souper en soirée au Château du Lac à Genval que l'intervention du soussigné avait donné lieu à un débat animé entre les ministres présents, comme Madame Onkelinx, ou leurs représentants. Tant les interventions des délégués de l'UEMS, les Drs Zlatko Fras et Bernard Maillet, que cette intervention ont très probablement contribué à ce que ni le terme "recertification" ni le terme anglais "revalidation" ne soient retenus dans les conclusions finales approuvées par la conférence le lendemain.

3. POLITIQUE

3.1. Généralités

Le 08.01.2011, notre gouvernement belge en affaires courantes a battu le record européen de "formation d'un gouvernement" de 208 jours qui était détenu par nos voisins néerlandais sous Van Agt I en 1977. Soit que de nouvelles élections aient lieu, soit que nos négociateurs continuent à tergiverser comme durant ces sept derniers mois, la Belgique est assurée de battre le record du monde des Irakiens le 1^{er} avril 2011 et rentrera dans le Guinness Book of Records avec une mention peu honorable. Nous communiquons d'ores et déjà l'adresse où

⁶⁶ FEMS - Fédération Européenne des Médecins Salariés

⁶⁷ Lettre du 06.09.2010

le gouvernement en affaires courantes peut faire parvenir sa demande⁶⁸. En 2010, l'Irak n'a en effet eu besoin que de 293 jours pour constituer un gouvernement d'unité nationale. Nul ne peut dire, au moment où je rédige cette partie de mon rapport (30.01.2011), s'il est encore possible de parvenir à cette unité en Belgique.

Assez étonnamment, le gouvernement qui a été 249 jours en affaires courantes et 116 jours en plein exercice a malgré tout produit 83.678 pages de Moniteur belge, soit 678 pages (0,82 %) de plus qu'en 2009, en restant néanmoins de 3.752 pages en deçà du record "absolu" de 2004 (cf. tableau 1).

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 |
| 2010 | 83.678 | + 0,8 | 386,8 |

Source : Moniteur belge,

http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm

Tableau 1

Le Service central de traduction allemande à Malmédy a manifestement finalement rattrapé ses siècles de retard en 2010. La quasi-totalité de nos lois, de celle du 25.08.1885 portant révision de la législation en matière de vices rédhibitoires (M.B. du 01.03.2010, p. 13291) jusqu'à celles promulguées le 31.12.2009, existent aujourd'hui aussi officiellement dans notre troisième langue nationale.

Les nombreux gouvernements et autorités dont notre pays est doté ne publient pas seulement une multitude de règles, ils se coupent aussi mutuellement l'herbe sous le pied et cela ne se passe pas toujours suivant une logique bien établie. En voici un exemple. L'Autorité flamande est extrêmement mécontente de l'attribution, par l'INAMI, d'un "Quality award" à un projet de dépistage du cancer de l'intestin du cercle de médecins généralistes de Buggenhout-Baasrode. Le cercle n'avait pas demandé d'autorisation officielle à la

⁶⁸ <http://www.guinnessworldrecords.com/register/login.aspx>

Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid⁶⁹. Une autre fois, les principes n'ont plus aucune importance. Lorsque le cercle de médecins généralistes de Turnhout obtient, grâce aux mutualités chrétiennes, une subvention de 1.364.223,24 € d'argent fédéral, étalée sur cinq ans, au titre de l'article 56 de la loi fédérale S.S.I. pour quelque chose qui constitue très clairement une matière communautaire, à savoir le développement d'un centre de prévention, nous n'entendons pas le moindre cri de protestation de la part de l'Autorité flamande⁷⁰. Apparemment, l'argent a parfois une odeur (à moins que ce ne soit dû à l'objet du dépistage à Buggenhout-Baasrode?) et parfois pas. Dans notre système politique, il ne s'agit pas à proprement parler d'une attitude conséquente et honnête⁷¹.

3.2. La chute de Leterme II le 26.04.2010

Selon les estimations du Bureau fédéral du plan, nous serons 12,6 millions de Belges en 2060⁷². Il est donc temps de gouverner en faisant montre d'une solidité tranquille pour reprendre les mots prononcés par Herman Van Rompuy (CD&V) à l'occasion de sa première déclaration de politique générale en octobre 2009 en qualité de premier ministre belge, avant de rejoindre l'Union européenne⁷³. Il n'y en a eu aucune trace en 2010.

Si, au cours de son premier mandat de premier ministre fédéral (du 20.03.2008 au 30.12.2008), Yves Leterme a été catalogué de Flamand enragé par les francophones, il s'est transformé à leurs yeux en "un vrai Belge", en succédant à son camarade de parti Herman Van Rompuy au poste de premier ministre le 24.11.2009. Les cinq minutes de courage politique qu'il avait réclamé en juin 2004 pour scinder l'arrondissement de Bruxelles-Hal-Vilvorde avant son entrée en fonction au poste de ministre-président flamand (du 20.07.2004 au 28.06.2007) étaient presque oubliées. Il a hérité du dossier BHV qu'il avait lui-même écrit en partie et s'est vu demander de réaliser une réforme de l'Etat en profondeur. La sixième. Une mission quasi impossible, comme on allait rapidement s'en rendre compte.

Leterme allait s'occuper en priorité de la crise économique-financière. Fin novembre 2009, le Roi Albert II a nommé Jean-Luc Dehaene, vétéran du CD&V et ex-premier ministre fédéral, chargé de mission royal pour démêler le sac de nœuds communautaires. Celui-ci avait pour mission d'élaborer un plan devant servir de base aux négociations communautaires qui seraient menées par le premier ministre Yves Leterme. La date butoir était fixée après Pâques, le 05.04.2010. Bien que Dehaene ait reporté Pâques de deux semaines, ce qui n'est pas très chrétien, la mayonnaise n'a pas pris⁷⁴. Le 20.04.2010, Dehaene a rendu son tablier au Roi^{75, 76}.

Le 22.04.2010, pour la troisième fois en deux ans, celui qui a obtenu 796.521 voix de préférence aux élections fédérales du 10 juin 2007, c'est-à-dire Yves Leterme, a été contraint de présenter la démission de son gouvernement fédéral au Roi. Le Roi a refusé cette

⁶⁹ "Vlaamse overheid doet moeilijk over Quality Award". Artsenkrant, 16.03.2010.

⁷⁰ Décision prise au cours de la réunion du Comité de l'assurance de l'INAMI du 21.06.2010, avec seulement 10 voix pour (pratiquement exclusivement des représentants des MC), 5 voix contre et 18 abstentions.

⁷¹ "Eerlijk blijven a.u.b." Artsenkrant, 21.01.2011.

⁷² "Vergeet de vergrijzing, hier komt de nieuwe babyboom". De Morgen, 25.02.2010.

⁷³ "Dit land heeft nood aan rustige vastheid". De Morgen, 13.10.2009.

⁷⁴ "BHV: Les tuyaux du plombier Dehaene". La Libre Belgique, 20.04.2010.

⁷⁵ "Politiek testament van een staatsman". De Standaard, 22.04.2010.

⁷⁶ "Dehaene rend son tablier et passe la main à Leterme". L'Echo, 21.04.2010.

démission et, par des discussions de la dernière chance entre le CD&V et les libéraux, Leterme s'est efforcé de recoller les morceaux. Le président du MR Didier Reynders a encore pu remplir le rôle de médiateur royal durant le week-end des 24-25.04.2010, en vain⁷⁷. Car le jeune Alexander De Croo, président de l'Open VLD depuis le 12.12.2009, soit 135 jours, a dit non, tirant ainsi définitivement la prise du gouvernement Leterme II le 26.04.2010. Une "source bien informée" au sein de l'Open VLD dira à ce propos qu'il y a deux clans dans l'Open VLD : les responsables et les aventuriers⁷⁸. Depuis lors, le parti n'avait plus été convoqué au Palais royal pour donner son avis... jusqu'à l'impasse totale fin janvier 2011⁷⁹. Le père Herman De Croo, belge et royaliste, n'aura certainement soupçonné à aucun moment que son fruit tomberait un jour aussi loin de l'arbre.

Le Roi a accepté la démission du gouvernement Leterme II le 26.04.2010 et, depuis lors, le Royaume de Belgique a un gouvernement en affaires courantes, soit à la date d'aujourd'hui le 05.02.2011, depuis 285 jours.

Le 28.04.2010, le politologue Carl Devos a déclaré que le gouvernement en affaires courantes devait gérer la boutique en bon père de famille mais que la boutique est bien fermée⁸⁰. Tout dépend de ce que l'on entend par affaires courantes. Des économies dans les soins de santé sont possibles (cf. point 4, accord médico-mutualiste). Les arrêtés engendrant des dépenses comme les honoraires de disponibilité pour les médecins spécialistes hospitaliers (pourtant un dossier datant de 2009) restent indéfiniment en suspens, tout comme le fonds Impulseo III pour les médecins généralistes exerçant en solo. Des experts me disent que la décision finale appartient au Roi. Mais beaucoup de choses dépendront évidemment de la façon dont ses conseillers présenteront les dossiers dans un contexte économique et politique très instable.

3.3. Les élections fédérales du 13.06.2010

Siegfried Bracke, un ancien journaliste vedette de TV1, m'a demandé, le 24.12.1999, au cours d'une interview pour le journal télévisé à la veille de Noël s'il n'était pas exact que l'ABSyM est opposée à la loi sur l'euthanasie car il n'est plus possible d'envoyer une facture à une personne décédée (diffusé le soir en question)^{81, 82}. Ceci faisait suite au rejet du projet de loi sur l'euthanasie de l'époque par le conseil d'administration de l'ABSyM, ce que le journal De Standaard avait annoncé en une⁸³. Aujourd'hui comme hier, je trouve que pareille question vole très bas.

Ce même Siegfried Bracke est soudainement tombé du ciel (ou plutôt de la loge) pour devenir chef de file de la N-VA (Nieuw-Vlaamse Alliantie). Après s'être remis de leur étonnement en apprenant que le franc-maçon orienté à gauche optait soudainement pour le camp nationaliste de droite démocratique de la N-VA, plus d'un ex-confrère journaliste s'est

⁷⁷ "Uitmeete verzoeningspoging van CD&V en MR botst op njet van Open VLD-voorzitter Alexander De Croo". De Morgen, 27.04.2010.

⁷⁸ "Regeringexit zet Open VLD onder hoogspanning. Niet iedereen akkoord met demarche Open VLD voorzitter Alexander De Croo". De Tijd, 23.04.2010.

⁷⁹ "Crisis: Koning nodigt ook liberalen uit". Belga, 27.01.2011.

⁸⁰ "Als een goede huisvader in een gesloten winkel". Metro, 28.04.2010.

⁸¹ "Rapport annuel 1999 du GBS. Points VIII.3.3. Juridisme? et VIII.3.6. Brève analyse du texte. Le Médecin Spécialiste n° 2. Février 2000.

⁸² "Aujourd'hui, des économies sans fin, et demain, Soyent Green ?" Rapport annuel 2005 du GBS. Point III.6. Débat autour de l'euthanasie: direction Soyent Green ? Le Médecin Spécialiste, février 2006.

⁸³ "Grootste artsensyndicaat verwerpt paarse euthanasieplannen. Dit is de banalisering van de dood". De Standaard. 24.12.1999.

demandé au cours de la campagne électorale s'il était acceptable d'un point de vue d'éthique journalistique que Bracke puisse ainsi se servir de toutes les informations d'initié auxquelles il avait eu accès par le passé en sa qualité de journaliste, contre ceux qui avaient été interviewés à l'époque⁸⁴. Le 01.06.2010, je l'ai croisé dans les studios de la radio du bâtiment de la VRT où j'avais une discussion avec Peter Degadt⁸⁵ à 07 h 35 à propos des dépenses dans les soins de santé. A 08 h 10, il a pu expliquer en détail ses positions politiques à ses anciens collaborateurs. En décochant une nouvelle pique à l'adresse des médecins qui, de l'avis de Bracke, abusent du jackpot de l'assurance-maladie.

Avec le président Bart De Wever, ce franc-maçon éthicien passionné est devenu une locomotive électorale par excellence pour la N-VA en Flandre. Selon un sondage réalisé par Artsenkrant à la veille des élections⁸⁶, 10 % des sondés ont désigné Bracke comme le personnage politique le plus populaire, soit heureusement deux fois moins que Louis Ide (20 %) et 5,6 fois moins que le leader de la N-VA Bart De Wever (56%). Le sondage sur les intentions de vote en termes de parti parmi les médecins flamands nous a appris que 48,9 % voteraient pour la N-VA, 24,1 % pour Open VLD et seulement 10,8 % pour CD&V. Groen! (5,5 %) et sp.a (5,2 %) se situent aux alentours du seuil électoral. Le Vlaams Belang (3,4 %) et la Liste Dedeker (2,1 %) n'auraient plus vraiment de rôle parmi les médecins flamands⁸⁷. Selon le même sondage, du côté francophone, le Mouvement Réformateur obtiendrait la majorité absolue parmi les médecins (50,8 %), bien loin devant Écolo (13,0 %), le CDH (11,7 %), le Parti Populaire (8,4 %), le PS (7,1 %) et enfin le RWF (Rassemblement Wallonie-France) 4,6 %⁸⁸.

Le score très élevé obtenu en Flandre par la N-VA chez les médecins suscite quelque peu l'étonnement. Dans leur programme d'économies de 10 milliards d'euros, ils prévoient 2,1 milliards d'économies dans les soins de santé, un dégraissage à hauteur de 2 milliards des pouvoirs publics et 538 millions d'euros dans la gestion de la sécurité sociale⁸⁹. Si nous pouvons comprendre l'exaspération des médecins spécialistes à l'occasion des économies programmées pour un montant supplémentaire de 30 millions d'euros dans la médecine spécialisée (en sus de l'économie de 100 millions d'euros déjà décidée en 2009), que se passera-t-il lorsqu'il faudra trouver un pourcentage non communiqué de ces 2,1 milliards d'euros chez les médecins? Certes, le couperet ne tombera que sur la tête des spécialistes. Ou uniquement sur celle des spécialistes francophones? Les médecins généralistes qui pensent avoir droit à une indexation automatique en sont aussi pour leurs frais. La N-VA a toujours été opposée à cette indexation automatique pour les travailleurs et les employés et à plus forte raison pour les dispensateurs de soins indépendants⁹⁰.

A l'occasion de sa victoire électorale historique du 13.06.2010, Bart De Wever a paraphrasé le sigle de la N-VA (Nieuw-Vlaamse Alliantie) en "Nil volentibus arduum" (à cœur vaillant, rien d'impossible). La N-VA obtient 28,5 % des voix flamandes. Tous les autres partis

⁸⁴ "Siegfried Bracke bekeert zich tot Vlaams-nationalisme. VRT-journalist lijsttrekker N-VA in Oost-Vlaanderen. Moet geloofwaardigheid partij opkrikken." De Tijd, 05.05.2010.

⁸⁵ Peter Degadt est administrateur délégué de Zorgnet Vlaanderen.

⁸⁶ "Bart De Wever walst over tegenstand heen". Artsenkrant 08.06.2010.

⁸⁷ "N-VA meer dan ooit dokterspartij". Artsenkrant 08.06.2010.

⁸⁸ "MR et ... N-VA plébiscités par les médecins". Le Journal du Médecin, 08.06.2010.

⁸⁹ "Communautair akkoord voor links beleid. Kloof tussen N-VA en PS is diep maar overbrugbaar". De Standaard, 18.06.2010.

⁹⁰ Cf. notamment l'exposé de Jan Jambon, membre de la direction de la N-VA, dans le magazine 'Ter Zake' diffusé sur Canvas le 14.12.2010.

flamands ont enregistré un recul, à l'exception de Groen! qui a progressé de 6,3 % en mai 2007 à 7,0 %⁹¹. Plusieurs journaux francophones ont immédiatement réagi en termes virulents au revirement nationaliste démocratique flamand. La Capitale a fait très fort en collant, au moyen de Photoshop, la tête du président de la N-VA Bart De Wever sur le corps typique d'un sumotori japonais et en titrant : "Il ne nous écrasera pas"⁹².

Dans la partie francophone du pays, le Parti socialiste a éclipsé la concurrence en remportant 37,4 % des bulletins de vote (+ 7,9 %). Le MR arrive en deuxième position avec 22,4 % (- 8,8 %), le CDH en troisième avec 14,7 % (-1,1 %) et même Écolo est en recul (12,3 %, soit - 0,5 %)^{93, 94}. Qui peut écarter Elio Di Rupo du 16 rue de la Loi, telle est la question que se pose plus d'un commentateur politique. Même Elio Di Rupo fait remarquer qu'après vingt années, les socialistes sont redevenus la famille politique la plus importante en Belgique. En fait, il s'agit d'une locomotive socialiste francophone puissante tirant un petit wagon flamand.

Huit mois plus tard, il est plus que jamais difficile de dire si ce que la N-VA souhaite est possible. Pour l'instant, les médecins élus pour la N-VA plaident au Parlement avec les socialistes flamands pour la généralisation du régime du tiers payant. Ni le médecin généraliste ni le médecin spécialiste de base n'en sont demandeurs. Pendant ce temps, la figure de proue Siegfried Bracke reçoit un boomerang en pleine face de la part d'anciens amis politiques. "*Onze geloofwaardigheid is een kapitaal om te bewaken*"⁹⁵, déclarait-il dans la presse le 15.06.2010. C'est embêtant maintenant qu'il apparaît qu'il n'a pas toujours dit la vérité et rien que la vérité sur son passé politique, notamment en qualité de billettiste – sous un pseudonyme – pour le journal des affiliés du SP "Doen"⁹⁶ à l'époque où il était journaliste pour la VRT. Siegfried Bracke a affirmé à plus d'une occasion qu'il n'avait pas la carte du SP. Ou tout au moins pas la carte du sp-a. Puis il y a un communiqué rassurant du député de la N-VA pour dire qu'il n'est pas dans les intentions d'aller vers la guerre civile ("*Het is niet de bedoeling om naar een burgeroorlog te gaan*")⁹⁷. Qui sait ce que Wikileaks nous révélera à ce sujet dans les prochaines années.

Le comité directeur du GBS réuni le 17.06.2010 a approuvé à l'unanimité le mémorandum rédigé par le comité exécutif. Ce mémorandum a été transmis aux négociateurs en vue de la formation d'un nouveau gouvernement et également aux membres par e-spécialiste, la lettre d'information électronique du GBS – n° 149. Sept mois et demi plus tard, les négociateurs de tous bords l'analysent certainement encore en profondeur! Dès lors, cela ne peut pas faire de mal de reproduire le texte concis de ce mémorandum dans le présent rapport annuel :

"L'électeur s'est rendu aux urnes le 13 juin 2010. Il appartient maintenant aux négociateurs en vue de la formation d'un nouveau gouvernement de trouver un accord qui prenne en compte les desiderata des uns et des autres de façon équilibrée.

Le GBS demande qu'une attention toute particulière soit accordée aux points suivants :

⁹¹ "Bart De Wever takes it all". De Standaard, 14.06.2010.

⁹² "Le triomphe de Bart De Wever va peser très lourd lors des négociations gouvernementales. Mais les francophones ne braderont ni la Belgique ni nos intérêts". La Capitale, 14.06.2010.

⁹³ "PS en hausse, MR en baisse". L'Echo, 13.06.2010.

⁹⁴ "Rode tsunami in Wallonië". De Standaard 14.06.2010.

⁹⁵ "Nieuwbakken N-VA stemmenkanon Siegfried Bracke over de monsterwinst van zijn partij". De Morgen, 15.06.2010.

⁹⁶ "Siegfried Bracke dient klacht in tegen Humo". De Morgen 25.01.2011.

⁹⁷ Siegfried Bracke cité dans De Standaard, p. 4, 12.01.2011.

1. *Les besoins en soins augmentent, la médecine évolue et devient plus performante. Pour ces raisons, il est essentiel que la norme de croissance de 4,5 % dans les soins de santé soit maintenue.*
2. *Les moyens disponibles doivent être utilisés efficacement et il convient de lutter contre les abus. Cela n'implique toutefois pas que les autorités peuvent s'immiscer dans le libre accès du patient au médecin de son choix. La liberté diagnostique et thérapeutique du médecin doit continuer à être garantie dans l'intérêt du patient. Il faut favoriser une collaboration étroite et harmonieuse entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Au besoin, une approche pluridisciplinaire des besoins en soins du patient doit être encouragée. L'échelonnement est un concept dépassé.*
3. *Les activités des médecins généralistes et des médecins spécialistes doivent donner lieu à des honoraires à l'acte corrects de manière à rendre superflu le subventionnement occulte par toutes sortes de forfaits.*
4. *L'échange électronique de données doit être favorisé dans le respect de la vie privée et du secret professionnel médical. Les besoins en informations et les programmes IT des instances concernées doivent être fonctionnellement adaptés à l'intérêt des soins de santé. Un système de type "big brother is watching you" n'est pas acceptable.*
5. *L'art médical évolue à un rythme soutenu. Les possibilités technologiques dans le domaine des soins de santé augmentent toujours plus vite et mobilisent des moyens financiers considérables. Dès lors, la mise en oeuvre des innovations doit être mûrement réfléchie en concertation avec les organisations professionnelles et les prestataires de soins concernés et sans privilèges.*
6. *La loi prévoit que le patient ne peut être hospitalisé que s'il ne peut pas être soigné en ambulatoire. Les traitements (notamment chirurgicaux) en extra-muros permettant d'éviter une hospitalisation doivent être encouragés pour autant que les garanties indispensables en termes de qualité et de sécurité soient offertes au patient. Ces prestations doivent être rétribuées au même niveau qu'à l'hôpital. Toute forme d'obstacle purement formel qui serait le produit d'un hospitalocentrisme coûteux doit être levé.*
7. *Le système des montants de référence est injuste. Les hôpitaux doivent être évalués en fonction de la qualité des soins fournis et pas en fonction d'un coût moyen. L'art. 56ter de la loi S.S.I.⁹⁸ doit être abrogé.*
8. *Apprendre à utiliser efficacement les moyens disponibles constitue un aspect important de la formation des MSFP⁹⁹. 90 % des MSFP exerceront dans des établissements non universitaires au terme de leur formation. Il est essentiel que les MSFP acquièrent de manière équilibrée leurs connaissances scientifiques, expérience de terrain et leurs aptitudes technico-professionnelles dans des services de formation non universitaires. Il n'est pas admissible que les universités essaient, par le biais d'un "master na master" ou d'un diplôme de "master complémentaire", de lier autant que possible aux hôpitaux universitaires les MSFP, qui sont pourtant des médecins diplômés au terme de 7 années d'études, en leur imposant un statut d'étudiant. La spécialisation est et doit rester une formation professionnelle relevant de la compétence du ministre fédéral de la Santé publique."*

Le gouvernement en affaires courantes a d'ores et déjà, sans se démonter, foulé aux pieds le mémorandum. En effet, la réponse de la ministre Onkelinx à notre demande que la norme de croissance pour les soins de santé soit maintenue à 4,5 % (point 1 de notre mémorandum) a été de fixer la norme de croissance à - 0,01 %. Elle a transféré davantage (1,103 milliard d'euros) vers la gestion globale de la sécurité sociale (avec le chômage et les pensions) que ce qui était initialement prévu par la norme de croissance de 4,5 % pour les soins de santé (1,091 milliard d'euros).

⁹⁸ Loi S.S.I. : Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

⁹⁹ MSFP : médecin spécialiste en formation professionnelle

3.4. Formation du gouvernement

A l'attention de Johan Vande Lanotte, dans un premier temps, et de l'historien Bart De Wever, dans un second temps : "*Ad impossibile nemo tenetur*" (à l'impossible nul n'est tenu).

De Wever est passé, par l'action du Roi himself, du statut de séparatiste républicain représentant un danger pour l'Etat¹⁰⁰ à celui d'informateur, mais même De Wever semble ne pas pouvoir accomplir de miracles.

Les journaux vont devoir à nouveau adapter leur format. Sous peu, une double page ne suffira plus pour pouvoir contempler d'un coup d'œil la ligne du temps de la formation du gouvernement. Se pourrait-il que, bientôt, l'iPad ne puisse plus être utilisé en Belgique pour lire le journal?

Les politiques qui ont jadis qualifié la Belgique de république bananière ont pu remiser pour de bon leur ambition de se voir accorder un titre de noblesse. Pour autant, ce à quoi nous avons assisté sur la scène politique en 2010 et ce à quoi nous continuons d'assister encore aujourd'hui dépasse l'imagination. Le Roi pourra-t-il un jour à nouveau remettre des décorations à des (ex) politiques? En guise de titre de mon rapport annuel 2008, j'ai opté dans les deux langues pour la formule "Rien ne va plus"¹⁰¹ et pour celui de 2009 pour "La quadrature du cercle"¹⁰². Cette fois, dans mon titre, je fais référence au tristement célèbre Dr Doom ou "Dr Catastrophe", le surnom de Nouriel Roubini, professeur d'économie à l'université de New York. Celui-ci doit son surnom à ses prédictions (dès 2005) du mécanisme de la crise bancaire mondiale et à sa vision pessimiste de l'économie. Au cours du premier débat du Forum économique mondial à Davos le 26.01.2011, il a déclaré que la Belgique, tout comme l'Espagne, pourrait être le prochain domino dans la crise de la dette¹⁰³.

S'efforcer sept mois durant de réunir sept partis autour de la table pour parvenir à un compromis sans pouvoir présenter le moindre résultat, c'est tout simplement courir à la catastrophe. Nous avons eu un informateur (Bart De Wever, N-VA), un préformateur (Elio Di Rupo, PS), le duo comique¹⁰⁴ de médiateurs royaux Danny Pieters (N-VA) et André Flahaut (PS), respectivement président de la Chambre et du Sénat, un clarificateur royal (Bart De Wever, N-VA) et enfin, 99 jours durant, à nouveau un médiateur royal (Johan Vande Lanotte, sp-a). A l'exception d'une interruption pour "une semaine familiale" du 30.07.2010 au 05.08.2010 et de quelques jours en raison de la maladie grave et du décès de la mère du médiateur royal Johan Vande Lanotte, les négociateurs n'ont jamais cessé de trimer ou, pour la plupart, de se regarder le nombril. Le 11.01.2011, le Roi a institué un triumvirat composé de Johan Vande Lanotte et des deux grands vainqueurs des élections du 13.06.2010, à savoir Elio Di Rupo et Bart de Wever. Les négociateurs allaient travailler moins en largeur et plus en profondeur. Et les journaux d'écrire : "*less is more*"¹⁰⁵ ou "*reculer pour mieux sauter*"¹⁰⁶. Le

¹⁰⁰ "Van staatsgevaarlijk tot informateur". De Morgen, 18.06.2010.

¹⁰¹ Le Médecin spécialiste, n° spécial mars 2009

¹⁰² Le Médecin spécialiste, n° spécial mars 2010

¹⁰³ "Dr. Doom neemt België in vizier". De Standaard 27.01.2011.

¹⁰⁴ "Het 'olijke duo' dat het veld ingestuurd wordt. 'Een olijk duo.' Zo bestempelt SP.A-voorzitter Caroline Gennez de tandem van de Kamervoorzitter en de Senaatsvoorzitter". De Standaard, 06.09.2010.

¹⁰⁵ "Less is more-scenario voor regeringsonderhandelingen". De Standaard 11.01.2011.

¹⁰⁶ "Meer diepgang, minder breedte. Met triumviraat verandert regeringsformatie van aanpak." De Standaard, 12.01.2011.

triumvirat n'a pas tenu deux semaines. Il n'a heureusement pas pris fin sur le modèle romain, comme pour Jules César qui s'était vu offrir, pour son plus grand déplaisir, la tête de son ancien allié¹⁰⁷. Le souverain pourra peut-être essayer, lors d'une prochaine tentative, la formule du triumvirat comme à Domus Medica. Après moult accrochages internes, trois dames ont été désignées au terme d'élections internes tenues le 20.01.2011 aux plus hautes fonctions du conseil d'administration de Domus Medica : comme président, vice-président et porte-parole¹⁰⁸. Le Roi peut peut-être attendre de voir comment cela se passera là-bas.

Le dimanche 23.01.2011, la génération Facebook, forte de ses 34.000 (selon la police) à 45.000 participants (selon les organisateurs) a défilé contre l'impasse politique en brandissant le slogan "Shame". Belga a déclaré que la manifestation n'était ni anti-N-VA ni belgiciste¹⁰⁹. Le Soir a annoncé que 44 % des manifestants étaient bruxellois, 35 % wallons et 21 % flamands¹¹⁰.

A en croire le sondage réalisé par le journal conjointement avec le bureau d'enquête Dedicated auprès de 1.008 manifestants, l'attachement à la Belgique a constitué le principal motif de participation. Effectivement, les drapeaux tricolores n'ont pu échapper à personne.

Au niveau politique, rien de neuf. Si quand même. Après 99 jours de dur labeur, Johan Vande Lanotte a quitté son poste de médiateur royal. Le ressort était de toute façon brisé dès le 05.01.2011. Le trio qu'il constituait avec Di Rupo et De Wever n'a pas pu se targuer d'avoir réussi. Personne ne s'attendait à autre chose. Au bout du compte, Bart De Wever aurait peut-être quand même mieux fait de participer à la finale de "De Allerslimste Mens", une émission qui fait fureur en Flandre sur TV1. Panem et circenses¹¹¹. Ses électeurs auraient ainsi au moins déjà eu les jeux. Pour le pain, il faudra attendre. La rapidité à laquelle il a reconnu les visages (quand ce n'était pas le mamelon) d'un certain nombre de beautés, pour moi des inconnues, actives dans le show-business ou dans un autre business, a manifestement forcé l'admiration de ses alliés et de ses adversaires politiques. De Wever a déclaré dans la presse que tout le monde cite l'exemple de la photo du mamelon dénudé de Jessica Simpson mais qu'il ne fallait pas oublier qu'il avait également reconnu l'homme politique britannique John Profumo¹¹². Par trop tendre la corde, on la rompt.

Pendant ce temps, les Belges se disent les plus satisfaits parmi tous les citoyens de l'UE de leur système de soins de santé selon "Eurobaromètre 327", un sondage commandité par la Direction générale Santé et Protection des Consommateurs dans 27 Etats membres de l'UE¹¹³. Pas moins de 97 % des Belges jugent les soins belges de bons à très bons. La moyenne européenne se situe à 70 %. Selon l'enquête, certains points pourraient être améliorés, par exemple au niveau du risque d'infection nosocomiale. Mais nul ne peut trouver un argument justifiant de tout jeter par-dessus bord et d'introduire une médecine étatisée flamande, comme d'aucuns voudraient le faire croire aux Flamands.

A titre d'information à l'attention de nos politiques qui se plaisent tant à prendre les médecins en tenaille, je renvoie au baromètre de confiance annuel du bureau d'étude

¹⁰⁷ "Wachten op eerste moord in triumviraat". De Standaard 12.01.2011.

¹⁰⁸ "Vrouwen aan de top bij Domus Medica". Artsenkrant, 28.01.2011.

¹⁰⁹ "Tienduizenden betogen tegen politieke impasse". Belga, dimanche 23.01.2011, 15 h 55.

¹¹⁰ "Le rappel à l'ordre". Le Soir, 24.01.2011.

¹¹¹ "Brood en spelen". Extrait de Satire X du poète romain Juvénal dans la Rome du 1er siècle après J.-C.

¹¹² "Bart De Wever uitgeschakeld: 'Het werk gaat voor'.". Het Nieuwsblad, 11.01.2011.

¹¹³ "Belg prijst zijn gezondheid het sterkst". Artsenkrant 18.05.2010.

GfK¹¹⁴. La note de confiance moyenne accordée en Belgique à une catégorie professionnelle se situe en 2010 à 53,35 % (57,0 % en 2009). Les médecins belges sont en deuxième position avec une note de 91 % (90 % en 2009), après les pompiers qui obtiennent une note de 96 % (97 % en 2009). Les politiques arrivent tout à fait en queue de peloton avec une note de 17 % (18 % en 2009). Le clergé ne fait pas mieux en passant de 41 % en 2009 à 36 % de votes de confiance en 2010. GfK précise que l'enquête a été réalisée avant que n'éclate le scandale de la pédophilie et avant que le nouvel archevêque André-Mutien Léonard ne se mette à dos les médecins¹¹⁵ et toute la classe politique¹¹⁶. Et persiste dans ses propos radicaux sur l'utilisation du préservatif, sur les homosexuels, sur la FIV, etc.

Le soussigné a clôturé le chapitre Politique au 31.01.2011. Le Roi tient à nouveau des consultations, cette fois également avec les libéraux. Le vendredi 28.01.2011, il a reçu le président de l'Open VLD Alexander De Croo et, le lundi 31.01.2011, le président du MR Didier Reynders auquel Charles Michel succédera au poste de président du MR le 14.02.2011¹¹⁷. Peut-être pourrons-nous, l'année prochaine, vous dire en résumé si des élections fédérales ont eu lieu en 2011 et si oui quand, si on a ravivé le principe du "less is more"¹¹⁸, s'il a subsisté quelque chose des sept mois de tentatives de négociations avec les sept partis et si le tristement célèbre Dr Doom aura eu raison. L'organisation des soins de santé et la sécurité sociale restent indéniablement un thème important de controverse au centre des préoccupations.

3.5. Le numerus clausus

L'année passée, j'ai communiqué une information chiffrée abondante concernant le nombre de médecins actifs professionnellement en Belgique, et ce aussi bien en ce qui concerne les collègues belges que les collègues étrangers. Vous pouvez retrouver ces tableaux sur le site du GBS¹¹⁹.

Lors du discours d'ouverture de la Conférence européenne « Investing in the European health work force of tomorrow » du 09.09.2010 (voir aussi le point 2.17.), la ministre Laurette Onkelinx a signalé qu'au niveau de la Belgique, on devrait faire face à une pénurie importante de médecins. Heureusement qu'elle n'a pas présenté de chiffres car, au cours de la conférence qui a duré deux jours, il s'est avéré clairement que les pays qui avaient délégué un orateur, et tous les autres pays de l'UE, présentaient des chiffres qui ne pouvaient en aucun cas s'approcher de la densité du corps médical belge.

La ministre s'était basée tout à fait erronément sur une étude de l'INAMI correcte, effectuée à la demande de la Commission nationale médico-mutualiste dans le contexte du Fonds Impulseo. Les médecins généralistes qui s'établissent dans "des zones de pénurie en médecine générale" peuvent prétendre à un certain soutien financier¹²⁰. Les Irlandais, Lettons, Britanniques, Roumains, etc. étaient abasourdis lorsque je leur ai précisés que notre ministre s'était référée erronément aux seuls médecins généralistes et que l'INAMI

¹¹⁴ "Les médecins deuxièmes, derrière les pompiers". Le Journal du Médecin, 18.05.2010.

¹¹⁵ "Léonard fustige les sidéens. Le prélat assimile l'épidémie à une 'justice immanente'." Le Soir, 15.10.2010.

¹¹⁶ "Léonard krijgt de hele politieke wereld over zich". Artsenkrant 19.10.2010.

¹¹⁷ "Verkiezingen Charles Michel tot MR-voorzitter nu ook officieel". Metrotime, 31.01.2011.

¹¹⁸ Un rétrécissement de la réforme de l'Etat en échange d'un approfondissement de plusieurs dossiers, parmi lesquels les soins de santé.

¹¹⁹ <http://www.gbs-vbs.org/lms/ms2010/ra2009/ra2009.pdf> ; point 3.4. p. 26-36

¹²⁰ http://www.riziv.fgov.be/care/fr/doctors/specific-information/impulseo/index_impulseoi.htm#2

considère une zone avec moins de 90 généralistes pour 100.000 habitants (soit 1 généraliste pour 1.111 habitants) ou une zone avec moins de 125 habitants par km² et moins de 120 généralistes par 100.000 habitants (soit 1 généraliste par 800 habitants) comme étant en pénurie de médecins généralistes. Pour eux, de tels chiffres correspondent à une concentration de médecins impressionnante. Au grand dam des auteurs de cette étude de qualité de l'INAMI, la presse générale a tiré l'analyse hors de son contexte de telle sorte que fin août 2010, durant la morte saison, des titres pompeux ont annoncé la pénurie de médecins généralistes dans beaucoup de communes belges.¹²¹ Pour la fédération des étudiants francophones, ceci était une belle aubaine¹²² et ils poussaient une fois de plus des hauts cris dans les médias. La ministre compétente avait apparemment une plus grande écoute pour les étudiants que pour les experts qui maîtrisaient le sujet de ce rapport de l'INAMI et qui connaissent également les chiffres comparables de l'étranger. La presse médicale a nuancé quelque peu cette histoire.^{123,124} Les inscriptions des étudiants en médecine dans les universités francophones sont montées en flèche¹²⁵. Les auditoires sont trop petits. Est-ce que dans 7 ans, plus de diplômés vont opter pour la filière de la médecine générale afin de s'établir dans les régions peu peuplées de la Belgique francophone? En Flandre, seulement 999 des 4.119 candidats ont réussi l'examen d'entrée des études de médecine, soit 24,3 %.

Des chiffres de l'INAMI, il apparaît que sur le terrain, le nombre de médecins a progressé entre février 2010 et février 2011¹²⁶. Le nombre total de tous les médecins a augmenté légèrement de 44.322 à 44.673 (+ 351 ou + 0,79 %). Le nombre total des médecins généralistes augmente très légèrement de 17.941 à 17.998 (+ 57 ou + 0,32 %), les médecins généralistes agréés (003-004) augmentent à peine de 14.155 à 14.160 (+ 5 ou + 0,04 %), mais les médecins généralistes en formation progressent relativement fort de 554 à 607 (+ 53 ou + 9,57 %)

Le nombre de médecins spécialistes en formation a également augmenté de manière importante, de 3.325 à 3.534 (+ 209 ou + 6,29 %). Le nombre total des médecins spécialistes agréés a augmenté légèrement de 22.407 à 22.790 (+ 383 ou + 1,71 %) (voir également le point 4.4. Accréditation).

A quelle pénurie Madame la Ministre s'est-elle référée le 09.09.2010 ? Directement après son discours d'ouverture, la ministre Onkelinx s'est éclipse pour s'adonner ailleurs à la politique.

Une discussion ou des questions ne figurent pas au programme de pareils discours d'ouverture. Pendant la pause café, j'ai parlé de cette erreur flagrante, notamment avec son chef de cabinet, Madame Laurence Bovy. L'erreur n'a pas été corrigée. Au contraire, le lendemain, l'histoire de la pénurie lancinante des médecins belges a été reprise dans les médias.

¹²¹ "Huisartsentekort treft kwart meer Belgische gemeenten". De Morgen, 27.08.2010.

¹²² "Pénurie de médecins: que font les décideurs?". Le Soir, 27.08.2010

¹²³ "Is huisartsentekort kwestie van perceptie?". Artsenkrant, 03.09.2010

¹²⁴ "Si l'on repensait l'organisation de la 1^{ère} ligne?" Le Journal du Médecin 03.09.2010

¹²⁵ "Nouvelle ruée en médecine". Le Soir, 28.08.2010

¹²⁶ Source : groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI et rapport annuel 2009 du GBS du Dr M. MOENS

3.6. Pratiques non conventionnelles¹²⁷

Rien ne peut ni expliquer ni justifier la façon dont l'Autorité tolère les pratiques non conventionnelles exercées par des non-médecins. Dans un rapport récent du Centre d'expertise¹²⁸ sur l'ostéopathie et la chiropraxie, le circuit alternatif fait l'objet d'une approche totalement différente de celle utilisée pour d'autres disciplines médicales (cf. point 2.7.) . Quand il s'agit d' "alterneutes", l'évidence scientifique passe soudainement après le bien-être que ces pratiques non conventionnelles procurent aux "clients". Du titre du communiqué de presse diffusé par le KCE¹²⁹, la presse a surtout retenu la grande satisfaction des clients. 90 % de ceux-ci sont satisfaits bien que ces thérapies n'aident que de temps à autre pour le traitement des maux de nuque et de bas du dos. Et bien qu'il y ait parfois des accidents graves mais il n'est pas possible de les quantifier dans la mesure où ils ne font pas l'objet d'un enregistrement. La population veut toujours être abusée. Les mutuelles remboursent même une partie des pratiques non conventionnelles. Cela plaide certainement en leur faveur, n'est-ce pas?

Le fait que ces pratiques sont toujours illégales lorsqu'elles sont exercées par des non-médecins est à peine mentionné dans le rapport du KCE. Dans le communiqué de presse, on peut lire que *"les ostéopathes et les chiropracteurs qui ne sont pas médecins travaillent donc dans une zone d'ombre"*. Lorsque le projet de ce rapport a dû être évalué par le conseil d'administration du KCE du 21.12.2010, j'ai insisté pour que le caractère illégal et les risques soient mis beaucoup plus en évidence. Mais cela n'a pas été le cas. Il convenait de traiter le document avec ménagement. Apparemment, le lobby de l'époque, au moment de la signature de la loi le 29.04.1999¹³⁰ par ceux qui étaient alors ministre SP de la Santé publique et des Pensions, à savoir Marcel Colla, et ministre CVP de la Justice, Tony van Parijs, reste puissant. En novembre 2010, la Chambre et le Sénat ont reconnu plusieurs organisations professionnelles de pratiques non conventionnelles, tout bonnement parce que l'Etat doit payer une astreinte de 5.000 € par mois.

Je cite l'exposé des motifs du projet de loi portant confirmation de l'arrêté du 6 avril 2010¹³¹ portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle : *"A la demande de deux associations représentant des ostéopathes, le tribunal de première instance de Bruxelles a cependant condamné le 22 janvier 2010 l'État belge à établir la Commission paritaire prévue à l'article 2, § 2 de la loi du 29 avril 1999 précitée. Ce jugement, dont l'État belge a fait appel, est assorti du bénéfice de l'exécution provisoire, et d'une astreinte fixée à 5 000 euros par mois de retard à compter du 3 mois qui suit celui de la signification du jugement, signification qui est intervenue le 24 février 2010. Le paiement de l'astreinte a en effet été sollicité formellement par les représentants des ostéopathes par le biais d'un commandement de payer signifié à l'État belge le 9 août 2010."* En séance du Sénat de Belgique du 09.11.2010¹³², la ministre Onkelinx a brocardé le législateur. Extrait du rapport : *"La ministre clôture sa présentation en attirant l'attention sur un point technique: l'article 4 de la loi de 1999, qui prévoit le principe de la confirmation*

¹²⁷ Cf. également point 5.2.3. : Procédures juridiques.

¹²⁸ "Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique". KCE reports 148B, 13.01.2011.

¹²⁹ "Ostéopathie et chiropraxie : efficacité prouvée uniquement pour les maux de nuque et de bas du dos, mais 90% des patients sont satisfaits". KCE, 13.01.2011.

¹³⁰ Loi du 29.04.1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales

¹³¹ A.R. du 06.04.2010 portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle reconnues (M.B. du 12.04.2010).

¹³² Sénat de Belgique - 9 novembre 2010 - rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales - Doc 5-407/2-pg3

parlementaire, précise que les arrêtés « ne peuvent produire leurs effets s'ils n'ont pas été confirmés par la loi avant la fin du sixième mois qui suit leur publication au Moniteur belge ». L'arrêté ayant été publié le 12 avril 2010, le délai pour la confirmation expire dès lors théoriquement le 31 octobre 2010.

Le législateur ne peut en principe pas lier ses successeurs. Par conséquent, le législateur actuel, s'il décide de confirmer cet arrêté, doit pouvoir le faire même après l'expiration du délai de six mois.

La ministre précise à cet égard qu'il existe un précédent: l'arrêté du 4 juillet 2001 relatif à la reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle, également pris en exécution de la loi de 1999, a été publié le 19 janvier 2002 et n'a été confirmé que par une loi du 22 août 2002, soit aussi après l'expiration du délai de six mois visé à l'article 4 de la loi de 1999. À la connaissance de la ministre, personne n'a cependant remis en cause la validité juridique de cet arrêté.

Elle a indiqué à la commission de la Santé publique de la Chambre des représentants qu'en vue d'éviter toute controverse future, il était également possible d'amender le projet de loi afin de préciser que cette confirmation intervient malgré l'expiration du délai de six mois, ou encore de modifier l'article 4 de la loi de 1999 afin de porter le délai de six mois à un an.

La ministre Onkelinx a néanmoins rappelé que, selon elle, ces amendements ne sont pas nécessaires, le Parlement étant toujours libre de déroger à des règles qu'il a fixées antérieurement. Elle s'est cependant rangée à l'avis de la commission qui a décidé à l'unanimité d'approuver le projet tel quel."

Comme la loi Colla a déjà été violée en 2002 et que, à l'époque, personne n'est alors allé en appel, la ministre propose, ici aussi, de ne pas tenir compte de la loi. Elle estime qu'il n'est pas utile d'amender la loi pour ce type de détails. Quand Madame Onkelinx aborde des questions communautaires, elle exigera que les points soient mis sur les i, même si elle doit faire usage de son majeur pour insister avec plus de force¹³³.

Une bonne gouvernance? En 2008, le KCE a été chargé de réaliser une étude sur les pratiques non conventionnelles. Il s'avère maintenant que l'étude portant sur deux des quatre pratiques reconnues par la loi est une mesure pour rien. Il n'est pas difficile de deviner quelles seront les conclusions du rapport sur l'homéopathie et l'acupuncture. Pour peu qu'on y croie, ces pratiques peuvent certainement accomplir des miracles.

Révéler et justifier les bases scientifiques sera plus complexe. Dans ce secteur soixante-huitard où beaucoup d'argent circule, ce n'est pas vraiment utile apparemment. Peut-être y a-t-il malgré tout des raisons d'espérer dans ce dossier obscur. L'ostéopathie est sans réelle raison médicale beaucoup utilisée en pédiatrie, pour calmer les pleurs de bébé et traiter le reflux. Dangereux et totalement injustifié. Peut-être que, avec ce rapport, la presse générale aura malgré tout pris conscience du fait que ce n'est pas une si bonne idée. Directement après la publication, Le Soir s'est risqué à un point d'interrogation derrière la suggestion de faire traiter le reflux par un ostéopathe¹³⁴.

¹³³ "Vingeroefening". De Standaard 31.01.2011. Dans l'émission Controverse de dimanche 30.01.2011 sur RTL, la vice-première ministre Laurette Onkelinx a admonesté la N-VA en brandissant son majeur. Selon son porte-parole, elle s'est trompée de doigt. Elle n'a en aucune façon voulu offenser son interlocuteur.

¹³⁴ "Traiter le reflux chez l'ostéopathe?". Le Soir, 22.01.2011.

3.7. Durée du travail et directive européenne sur le temps de travail

Pendant toute l'année 2010, des négociations ont été menées concernant la durée du travail, principalement à la demande des médecins spécialistes en formation (MSFP). Mais la loi qui devait être élaborée concerne aussi les médecins agréés ayant un statut de salarié et certains médecins fonctionnaires. Le 12.02.2010, le Conseil des ministres a déjà publié un communiqué de presse¹³⁵ annonçant que l'avant-projet de loi sur le temps de travail a été approuvé sur proposition des ministres Joëlle Milquet et Laurette Onkelinx. Cette loi doit transposer dans le droit belge la directive européenne 2003/88/CE.

Toute l'année durant, des divergences de vues subsistent dans l'Union européenne concernant le nombre maximum d'heures de travail. Le débat sur cette directive européenne sur le temps de travail (European Working Time Directive – EWTD) est également suivi dans la presse générale. Le 25.03.2010, la FEMS¹³⁶ diffuse à ce sujet un communiqué de presse détaillé¹³⁷.

La majorité de l'UEMS est acquise à une durée de travail de 45 heures/semaine avec un plafond absolu de 60 heures et la possibilité de travailler encore 12 heures supplémentaires sur base volontaire (système "opting out"). Le dernier mot n'a pas encore été dit à propos de cet opting out au niveau européen. Cela aura également des conséquences pour la Belgique dans la mesure où la loi entrée en vigueur le 01.02.2011¹³⁸ a intégré le système opting out dans la loi sur le temps de travail. Au cours des négociations au cabinet de la ministre Milquet, les représentants du GBS se sont efforcés de parvenir à une solution acceptable tant pour les MSFP que pour les maîtres de stage. L'application de la nouvelle loi fera surgir encore bon nombre de questions pratiques, prioritairement sur le coût de ces heures supplémentaires (article 7 § 2) et le caractère volontaire (article 7 § 5) de l' "opting out". L'article 7 § 2 stipule : *"Ce temps de travail additionnel fait l'objet d'une rémunération complémentaire à la rémunération de base"* et l'article 7 § 5 : *"Le travailleur ne peut subir de la part de l'employeur aucun préjudice du fait qu'il n'est pas disposé à effectuer le temps de travail additionnel visé au présent article"*.

A l'occasion des débats de 2010, le comité exécutif du GBS a étudié la littérature qui est publiée régulièrement à propos du temps de travail. Ainsi, aux Etats-Unis, les médecins agréés travaillent moins longtemps et leurs rémunérations sont également moindres. Il convient également de noter que les médecins plus âgés travaillent plus longtemps que leurs confrères plus jeunes¹³⁹. La réduction de 5,7 % de la durée de travail constatée pour les médecins agréés au cours de la dernière décennie correspond, pour un effectif de 630.000 médecins américains, à une réduction de quelque 36.000 unités.

En 2003, l'ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) a mis au point une réglementation sur la réduction du temps de travail pour les assistants en formation.

¹³⁵ "Durée du travail des médecins, dentistes et vétérinaires". Communiqué de presse du Conseil des ministres 12 février 2010.

¹³⁶ Fédération européenne des médecins salariés

¹³⁷ "Premières démarches de la Commission européenne vers une révision des règles sur le temps de travail". 24.03.2010. Document F10-009 Fr; IP/10/345

¹³⁸ Loi du 12.12.2010 fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants-stagiaires se préparant à ces professions. M.B. du 22.12.2010.

¹³⁹ "Trends in the Work hours of Physicians in the United States. Douglas O. Staiger, PhD, David I. Auerbach, PhD, Peterr I Buerhaus, PhD". Jama, February 24, 2010, vol 3030 n°8)

L'expérience a entre-temps montré que 3 problèmes ont subsisté ou sont apparus pour la première fois^{140, 141}:

1. observation d'une "shift mentality" (recherche obsessionnelle du respect de la législation pour la fin ponctuelle des activités médicales quelles qu'elles soient) qui est inconciliable avec la responsabilité professionnelle,
2. application imparfaite de certaines règles relatives à la supervision et au transfert d'informations, absence d'étude approfondie sur la relation entre le sommeil et les prestations et attention insuffisante accordée à la sécurité du patient,
3. problèmes pour les services de chirurgie et de soins intensifs pour se conformer aux directives : obligation de choisir entre abandonner un patient malade pour respecter les prescriptions ou enfreindre ces prescriptions pour assurer les soins à un patient malade.

JAMA a consacré, en septembre 2010, toute une série d'articles aux problèmes auxquels les assistants et les étudiants en médecine sont susceptibles de devoir faire face : burn-out, dépression, tendance suicidaire. Le problème doit donc être pris au sérieux. Nous savons maintenant que ces phénomènes ne disparaissent pas d'eux-mêmes avec l'obtention de l'agrégation comme médecin spécialiste. La recherche d'un juste équilibre restera essentielle pour tous les médecins, indépendamment de leur statut.

3.8. Elections médicales

Durant la première moitié de juin 2010, l'INAMI a organisé des élections médicales. C'était la quatrième fois. Les modalités pratiques de ces élections ont été définies très précisément dans la loi S.S.I.¹⁴² et sont régies par arrêtés royaux^{143, 144} et ministériels¹⁴⁵. C'est important pour les organisations de médecins qui veulent être reconnues comme représentatives pour pouvoir participer aux élections. Le GBS qui compte certes un nombre de membres suffisant tant parmi les médecins spécialistes francophones que flamands ne peut pas se porter candidat car le Groupement ne compte pas de médecins généralistes dans ses rangs. En Flandre, on a longuement spéculé pour savoir si l'alliance entre Domus Medica, qui a succédé à la WVVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen), et le minisyndicat Domino remplissait les exigences juridiques. Domus Medica en solo ne peut pas se porter candidat car il compte exclusivement des médecins généralistes flamands parmi ses membres. Domino compterait parmi ses membres un nombre très réduit de francophones ainsi que quelques médecins spécialistes. Le duo pourrait dès lors remplir les exigences légales. Le SVH (Syndicaat van Vlaamse Huisartsen) qui, pour les mêmes raisons que Domus Medica, ne peut pas non plus se présenter aux élections médicales a pris parti pour l'alliance Domus Medica-Domino¹⁴⁶.

¹⁴⁰ NEJM 2010, 363, e3(1-6) et 2010, 363,e12(1-6)

¹⁴¹ "Diminution des heures de travail pour les médecins en formation de spécialité aux Etats-Unis" Prof. Heller. Le Médecin Spécialiste, n° 6, septembre 2010.

¹⁴² Article 211 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

¹⁴³ Arrêté royal du 11.02.2010 fixant les règles concernant les élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, par. 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. M.B. du 19.02.2010 (Ed. 3).

¹⁴⁴ Arrêté royal fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour les élections médicales en 2010 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. M.B. du 19.02.2010 (Ed. 3).

¹⁴⁵ Arrêté ministériel fixant l'organisation pratique des élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, par. 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. M.B. du 19.02.2010 (Ed. 3).

¹⁴⁶ "Le SVH soutient l'alliance Domus-Domino". Le Généraliste, 11.02.2010.

C'est la ministre des Affaires sociales qui prend la décision sur avis de ses fonctionnaires de l'INAMI¹⁴⁷. Madame Onkelinx a estimé que la combinaison Domus Medica–Domino n'avait pas assez de poids.

L'appel introduit par le duo¹⁴⁸ n'y a rien fait. Il a été rejeté par la ministre Onkelinx¹⁴⁹, notamment pour le motif que la cotisation de Domino est nettement inférieure au minimum imposé par l'A.R. fixé à 180 € en moyenne. Le fait que, entre-temps, le seul membre médecin spécialiste flamand, le Dr Georges Otte, neuropsychiatre, soit parti n'est peut-être pas non plus étranger à la décision finale¹⁵⁰.

N'étant pas directement concerné, le GBS s'est peu mêlé au débat. Compte tenu de la collaboration historique, qui a certes connu des hauts et des bas, entre l'ABSyM et le GBS, documentée depuis 1963, nous avons également pris parti pour la liste n° 1 de l'ABSyM pour ces élections¹⁵¹. Les candidats de l'ABSyM et du Cartel ont fait de la propagande et ont fait couler beaucoup d'encre dans la presse spécialisée. Les rares débats qui ont été organisés n'ont suscité qu'un intérêt limité. Selon les données de l'INAMI¹⁵², finalement 48,82 % des médecins ont pris part aux élections syndicales de 2010. A titre de comparaison : en 2006, la participation était de 46,40 % , en 2002 de 56,33 % et en 1998 – à l'époque où on pensait qu'il y avait une obligation comme pour les élections à l'Ordre des médecins – de 70,66 %.

¹⁴⁷ "C'est Laurette qui décide". Les Spécialistes, 06.04.2010.

¹⁴⁸ "Tegenaanval DM-Domino is ingezet". Artsenkrant, 23.04.2010.

¹⁴⁹ "Onkelinx renvoie Domus Medica/Domino à ses chères études". Le Journal du Médecin, 10.05.2010.

¹⁵⁰ "Georges Otte stapt uit Domino". Artsenkrant, 30.04.2010.

¹⁵¹ " Elections médicales ". Editorial, Le Médecin Spécialiste n° 4, mai 2010.

¹⁵² <http://www.riziv.be/care/nl/doctors/general-information/elections/2010/pdf/elections1.pdf>

MEDISCHE VERKIEZINGEN – ELECTIONS MEDICALES

| | Jaar - Année | | | | Verhouding % - Quote-part % | | | | Evolutie – Evolution % | | |
|------------------------------|--------------|--------|--------|--------|-----------------------------|---------|---------|---------|------------------------|-----------|-----------|
| | 1998 | 2002 | 2006 | 2010 | 1998 | 2002 | 2006 | 2010 | 1998-2002 | 2002-2006 | 2006-2010 |
| Algemeen geneeskundigen | | | | | | | | | | | |
| Médecins généralistes | | | | | | | | | | | |
| ABSyM – BVAS | 4.665 | 2.908 | 3.224 | 3.489 | 39,69% | 28,12% | 40,14% | 38,14% | -11,56% | 12,02% | -2,01% |
| Le Cartel – Het Kartel* | 6.937 | 7.148 | 4.255 | 3.806 | 59,01% | 69,12% | 52,98% | 41,60% | 10,11% | -16,14% | -11,38% |
| Blanco – Blancs | 90 | 81 | 246 | 1.744 | 0,77% | 0,78% | 3,06% | 19,06% | 0,02% | 2,28% | 16,00% |
| Ongeldig – Nuls | 63 | 204 | 306 | 110 | 0,54% | 1,97% | 3,81% | 1,20% | 1,44% | 1,84% | -2,61% |
| TOTAAL - TOTAL | 11.755 | 10.341 | 8.031 | 9.149 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | | |
| Geneesheren-specialisten | | | | | | | | | | | |
| Médecins spécialistes | | | | | | | | | | | |
| ABSyM – BVAS | 13.072 | 10.660 | 9.715 | 9.977 | 89,17% | 87,08% | 85,23% | 82,05% | -2,09% | -1,85% | -3,19% |
| Le Cartel – Het Kartel* | 1.444 | 1.188 | 1.458 | 1.822 | 9,85% | 9,71% | 12,79% | 14,98% | -0,15% | 3,09% | 2,19% |
| Blanco – Blancs | 92 | 127 | 178 | 296 | 0,63% | 1,04% | 1,56% | 2,43% | 0,41% | 0,52% | 0,87% |
| Ongeldig – Nuls | 51 | 266 | 47 | 65 | 0,35% | 2,17% | 0,41% | 0,53% | 1,83% | -1,76% | 0,12% |
| TOTAAL - TOTAL | 14.669 | 12.241 | 11.398 | 12.160 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | | |
| TOTAAL - TOTAL | | | | | | | | | | | |
| ABSyM – BVAS | 17.737 | 13.568 | 12.939 | 13.466 | 67,15% | 60,08% | 66,60% | 63,19% | -7,07% | 6,51% | -3,40% |
| Le Cartel – Het Kartel* | 8.381 | 8.336 | 5.713 | 5.628 | 31,73% | 31,73% | 29,40% | 26,41% | 5,18% | -7,51% | -2,99% |
| Blanco – Blancs | 182 | 208 | 424 | 2.040 | 0,69% | 0,69% | 2,18% | 9,57% | 0,23% | 1,26% | 7,39% |
| Ongeldig – Nuls | 114 | 470 | 353 | 175 | 0,43% | 0,43% | 1,82% | 0,82% | 1,65% | -0,26% | -1,00% |
| TOTAAL - TOTAL | 26.414 | 22.582 | 19.429 | 21.309 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | | |
| Participatie - Participation | 37.383 | 40.090 | 41.870 | 43.651 | 70,66% | 56,33% | 46,40% | 48,82% | | | |

* Verkiezingen 1998 & 2002 : Het Kartel = ASGB + GBO + SVH / Elections 1998 & 2002 : Le Cartel = ASGB + GBO + SVH
 Verkiezingen 2006 & 2010 : Het Kartel = ASGB + GBO / Elections 1998 & 2002 : Le Cartel = ASGB + GBO

Tableau 2

Le tableau du site de l'INAMI montre qu'en 2010, il y a eu une augmentation de 7,39 % des votes blancs et un recul de 1,00 % des votes nuls, probablement à cause de l'appel au boycott lancé par le SVH (Syndicaat van Vlaamse Huisartsen). Alors que par le passé, il était encore possible d'avoir une certaine orientation des résultats par région via les bureaux de dépouillement, cela n'a plus été possible en 2010 du fait de l'informatisation du processus électoral. En présence des témoins, à savoir le soussigné en sa qualité de président de l'ABSyM et du Dr Philippe Vandermeeren en sa qualité de président du Cartel, il a été procédé au scannage des bulletins de vote envoyés par la Poste (la majorité des votes exprimés) et à leur traitement par une machine à compter les votes. Les votes électroniques (la minorité) ont été immédiatement intégrés au système informatique.

L'ABSyM a publié les résultats d'une autre façon que l'INAMI, à savoir sans tenir compte des votes blancs et nuls. Ceux-ci n'ont du reste juridiquement aucun impact sur la répartition des sièges.

MEDISCHE VERKIEZINGEN – ELECTIONS MEDICALES

(exclusief blanco's en ongeldige – blancs et nuls non inclus)

| | Jaar - Année | | | | Verhouding % - Quote-part % | | | | Evolutie – Evolution % | | |
|---|--------------|--------|--------|--------|-----------------------------|--------|--------|--------|------------------------|-----------|-----------|
| | 1998 | 2002 | 2006 | 2010 | 1998 | 2002 | 2006 | 2010 | 1998-2002 | 2002-2006 | 2006-2010 |
| Algemeen geneeskundigen Médecins généralistes | | | | | | | | | | | |
| ABSyM – BVAS | 4.665 | 2.908 | 3.224 | 3.489 | 40,21 | 28,92 | 43,11 | 47,83 | -11,29 | +14,19 | +4,72 |
| Le Cartel – Het Kartel* | 6.937 | 7.148 | 4.255 | 3.806 | 59,79 | 71,08 | 56,89 | 52,17 | +11,29 | -14,19 | -4,72 |
| TOTAAL - TOTAL | 11.602 | 10.056 | 7.479 | 7.295 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | | | |
| Geneesheren-specialisten Médecins spécialistes | | | | | | | | | | | |
| ABSyM – BVAS | 13.072 | 10.660 | 9.715 | 9.977 | 90,05 | 89,97 | 86,95 | 84,56 | -0,08 | -3,02 | -2,39 |
| Le Cartel – Het Kartel* | 1.444 | 1.188 | 1.458 | 1.822 | 9,95 | 10,03 | 13,05 | 15,44 | +0,08 | +3,02 | +2,39 |
| TOTAAL - TOTAL | 14.516 | 11.848 | 11.173 | 11.799 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | | | |
| TOTAAL - TOTAL ABSyM – BVAS | 17.737 | 13.568 | 12.939 | 13.466 | 67,91 | 61,94 | 69,37 | 70,52 | -5,97 | +7,43 | +1,15 |
| Le Cartel – Het Kartel* | 8.381 | 8.336 | 5.713 | 5.628 | 32,09 | 38,06 | 30,63 | 29,48 | +5,97 | -7,43 | -1,15 |
| TOTAAL - TOTAL | 26.118 | 21.904 | 18.625 | 19.094 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | | | |
| Stemgerechtigden – Participatie Ayants droit de vote - Participation | 37.383 | 40.090 | 41.870 | 43.651 | 69,87 | 54,64 | 44,55 | 43,74 | | | |
| Blanco + ongeldig / participatie Blanc + non valable / participation | 296 | 678 | 777 | 2.215 | 0,79 | 1,69 | 1,86 | 5,07 | | | |

* Verkiezingen 1998 & 2002 : Het Kartel = ASGB + GBO + SVH / Elections 1998 & 2002 : Le Cartel = ASGB + GBO + SVH
 Verkiezingen 2006 & 2010 : Het Kartel = ASGB + GBO / Elections 1998 & 2002 : Le Cartel = ASGB + GBO

Bron: RIZIV, herschikt door: Dr. M. MOENS
 Source : INAMI, revu par : Dr M. MOENS

Tableau 3

Il ressort des tableaux que le nombre des médecins généralistes ayant exprimé un vote valable est en recul de 184 unités entre 2006 et 2010. Le Cartel a perdu 449 votes valables chez les médecins généralistes par rapport à 2006 tandis que l'ABSyM a progressé de 265. L'appel des professeurs de médecine générale flamands en faveur de l'ASGB, une composante du Cartel¹⁵³, n'a par conséquent pas été un succès. Par comparaison avec 2006, il y a eu 626 médecins spécialistes de plus qui ont voté en 2010. 262 de ceux-ci ont voté pour l'ABSyM et 364 pour le Cartel. Le Cartel a également mené campagne dans la partie francophone du pays, et ce pour la première fois et avec un succès modeste. En effet, au total, l'ABSyM a recueilli malgré tout encore 84,56 % des votes valables chez les médecins spécialistes et le Cartel seulement 15,44 %.

En ce qui concerne les médecins généralistes, l'ABSyM a obtenu 47,83 % des votes valables et le Cartel 52,17 %. Au total, l'ABSyM a recueilli 70,52 % des votes valables exprimés et le Cartel 29,48 %. En 2006, ces pourcentages étaient respectivement de 69,37 % et 30,63 %, soit une progression de + 1,15 % pour l'ABSyM et un recul de – 1,15 % pour le Cartel.

Au niveau de la répartition des sièges, il n'y a pas eu de changement dans les organes de l'INAMI, même pas dans l'organe symbolique de la Commission nationale médico-mutualiste. Conformément aux dispositions légales, les 12 membres se répartissent entre six médecins spécialistes et six médecins généralistes. Pour les médecins spécialistes, la répartition reste 5 sièges pour l'ABSyM et 1 siège pour le Cartel. En ce qui concerne les médecins généralistes, c'est toujours une répartition 50/50 : 3 sièges pour l'ABSyM et 3 sièges pour le Cartel.

3.9. Plate-forme eHealth

Le soussigné siège au nom de l'ABSyM dans le Conseil d'administration de la plate-forme eHealth. Le Conseil s'est réuni six fois en 2010, sous la présidence du Dr Jacques de Toeuf, vice-président de l'ABSyM, et avec l'assistance durant les réunions d'un Frank Robben, administrateur général de la plate-forme eHealth, omniprésent, très productif et extrêmement bien documenté. Il passe du statut de Mister Banque Carrefour à celui de Mister plate-forme eHealth.

Ayant une vision relativement extérieure – les médecins y ont surtout été associés à cause de la protection de la vie privée et pour éveiller la confiance chez leurs collègues – il n'est pas possible d'analyser et de saisir la totalité des documents soumis par le conseil d'administration, et notamment les nombreux avis de la Commission de la protection de la vie privée (CPVP), dans tous les détails. Pourtant je peux difficilement me défaire de l'idée que Frank Robben communique quasiment tout à l'Autorité. L'industrie IT est mise hors jeu par la concurrence subventionnée de la plate-forme eHealth. Frank Robben est en outre membre de la CPVP, de sorte qu'il y a un risque de confusion d'intérêts.

Un fait positif est que la plate-forme eHealth fédérale sera également utilisée pleinement en Flandre. Nous avons précédemment mis en garde contre le fait que la création d'un système

¹⁵³ "Proffen geven stemadvies pro ASGB. Domus Medica gaat voor blanco". De Huisarts, 03.06.2010.

d'information santé propre à la Flandre (le "SIS") déboucherait sur un double circuit. Nous avons en outre constaté que le système flamand manquait énormément de transparence¹⁵⁴. Le GBS avait du reste réussi à obtenir la suppression de plusieurs éléments importants du décret sur le SIS¹⁵⁵.

Ce que nous percevons comme positif, à savoir que les Flamands peuvent utiliser un même système belge, est perçu négativement par Muriel Gerkens, députée Ecolo. Elle voit d'un mauvais œil que Frank Robben soit constamment présent quand il s'agit d'ICT dans les soins de santé. Elle trouve qu'il y a trop de pouvoirs dans les mains d'une seule personne, surtout que cette personne est flamande et qu'il compte en plus dans son équipe cinq Flamands sur les six positions-clés^{156, 157}.

4. L'ACCORD MEDICO-MUTUALISTE DU 13.12.2010

4.1. Introduction

Les personnes initiées au sein des organes du SPF Santé publique et de l'INAMI ont constaté début 2010 que les dommages collatéraux de la crise économique mondiale n'avaient encore que faiblement affecté leurs secteurs. Hormis parmi les radiologues et les biologistes cliniques à cause de la décision relative à l'économie de 100 millions d'euros imposée par l'Autorité, mise au point par la "Task Force Perl Jr." en septembre 2009¹⁵⁸, le calme régnait encore. Le mécontentement a commencé à se développer dans le courant de l'année 2010. D'une part parce que plusieurs budgets approuvés n'ont pas pu être utilisés du fait que le gouvernement est en affaires courantes à cause de la crise politique qui perdure. D'autre part parce que le spectre des économies a surgi des coulisses internationales.

Le Fonds monétaire international fait savoir à la Belgique depuis des années que notre pays doit réduire ses dépenses dans le domaine de la sécurité sociale, notamment dans les soins de santé qui nous tiennent le plus à cœur. Un bon conseil d'instances étrangères répète sans fin que nous devons augmenter le taux d'activité de la population (il faut plutôt lire : "travailler plus longtemps") et que nous devons garder sous contrôle le coût salarial. Lorsque des experts étrangers disent que les finances publiques belges doivent être assainies, ils pensent généralement aussi qu'il va falloir faire quelque chose à nos soins de santé qui sont financés à 75 % par l'autorité belge. D'ici 2015, la Belgique devra pouvoir présenter un budget en équilibre comme nous l'impose l'Union européenne dans le cadre de son pacte de stabilité. Le 30.01.2011, le Financial Times a laissé entendre que le taux d'endettement belge est nettement supérieur (± 150 %) à ce que nos ministres nous laissent entendre (± 100 %)¹⁵⁹. Le Financial Times nomme la dette publique et la dette des banques dans le même élan. Ce que les politiques accordent aux banques ne peut pas être donné aux soins de santé.

¹⁵⁴ "Vlaamse overheid heeft lak aan transparantie". Artsenkrant, 24.04.2009.

¹⁵⁵ Décret de la Communauté flamande du 16.06.2006 relatif au système d'information santé. M.B. du 07.09.2006 Ed. 2.

¹⁵⁶ "Trop flamande, la plateforme eHealth." Le Soir, 08.12.2010

¹⁵⁷ "Ecolo vindt eHealth 'te Vlaams'." De Huisarts, 16.12.2010

¹⁵⁸ "Point 2.5.: Zorgnet Vlaanderen". Rapport annuel 2009 du GBS. La quadrature du cercle. Le Médecin Spécialiste. N° spécial, mars 2010.

¹⁵⁹ "Sociale zekerheid kan geen taboe meer zijn". Pascal Dendooven in De Standaard, 01.02.2011.

La loi prévoit depuis 2005 que le budget est augmenté de 4,5 % par an¹⁶⁰. Cependant, le Conseil général de l'INAMI, avec ses cinq représentants du gouvernement qui disposent d'un droit de veto, a décidé le 11.10.2010 de transférer le montant de la norme de croissance légale totale (soit 1.093,46 millions d'euros, ce qui correspond à 4,5 % de l'objectif budgétaire de 24.249,164 millions d'euros pour 2010) vers la gestion globale de la sécurité sociale¹⁶¹. La loi a été théoriquement respectée mais il ne restait quasiment rien pour le financement des nouvelles initiatives. De cette façon, la ministre ne disposait pas de suffisamment de moyens financiers pour satisfaire les exigences de certaines catégories de personnel dans les établissements de soins, pour financer son plan cancer et son plan pour les maladies chroniques et les maladies rares et pour abaisser un certain nombre de tickets modérateurs pour les patients. Il a par conséquent aussi fallu faire des économies. Dans le jargon, on appelle cela réallouer les moyens. Les médecins et l'industrie pharmaceutique constituent alors les cibles privilégiées, avec respectivement une économie de 30 millions d'euros réalisée sur les honoraires des médecins spécialistes et une économie de 85,4 millions d'euros dans le secteur pharmaceutique. Les médecins ont malgré tout finalement obtenu un budget de 7,114 milliards d'euros, soit 3,46 % de plus que l'objectif budgétaire 2010, ou, après déduction de l'indexation (théorique) (sur toute l'année) de 1,40 %, une augmentation nette de 2,06 %.

Normalement, l'accord médico-mutualiste doit être valable pour une période de deux ans mais, lors d'un entretien à 11 h le 13.10.2010 avec Mme Laurence Bovy, chef de cabinet de la ministre Laurette Onkelinx, la délégation de l'ABSyM a été informée du fait que cette fois-ci, la préférence irait à une durée d'une seule année en raison de la crise politique. Dans des circonstances exceptionnelles, le législateur autorise en effet le Comité de l'assurance à accepter un accord médico-mutualiste d'une durée d'un an¹⁶². Simultanément, le chef de cabinet nous a également fait savoir que les médecins spécialistes allaient devoir renoncer à 30 millions d'euros. Nous avons en fait pris rendez-vous en urgence avec la ministre pour réclamer au moins 50 millions d'euros de moyens supplémentaires de manière à pouvoir réaliser les éléments les plus urgents de notre liste (cf. infra), avec une attention toute particulière pour les soins d'urgence et pour la réalisation de l'extension des honoraires de disponibilité. On nous a envoyés promener. Si nous voulions une revalorisation des services d'urgence, il nous fallait aller chercher l'argent ailleurs. Un scénario identique s'est apparemment également produit avec le Dr Guy Peeters, secrétaire général, et Jean-Marc Laasmans, directeur du centre d'études des mutualités socialistes, que nous avons croisés dans l'antichambre au moment où ils quittaient le bureau de Mme Bovy et quand nous allions y entrer. Guy Peeters m'a souhaité bonne chance avec un grand sourire.

4.2. Des économies mais uniquement chez les médecins spécialistes

Dans un contexte de restrictions monétaires mondiales, il était ainsi devenu très clair à la mi-octobre 2010 que nous pouvions tirer un trait sur les demandes préparées avec soin par le comité directeur du GBS en faveur d'une nouvelle nomenclature ou d'adaptations de la nomenclature existante. Leur réalisation nécessitait en effet des moyens supplémentaires

¹⁶⁰ Article 40, § 1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

¹⁶¹ Note INAMI CSS 19.10.2010.

¹⁶² Article 50 §8 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

que le gouvernement n'entendait pas accorder. Bien au contraire. En ma qualité de président de l'ABSyM, tous ces éléments ont été examinés par le Conseil d'administration de l'ABSyM et, finalement, les propositions communes (l'ABSyM y incluant naturellement les propositions en faveur des médecins généralistes) ont été soigneusement énumérées dans une lettre adressée à Monsieur Jo De Cock, président de la Commission nationale médico-mutualiste, comme c'est prévu par la loi S.S.I. Cela concernait un montant de ± 125 millions d'euros de moyens supplémentaires.

Dans ce courrier, nous avons également rappelé au président De Cock qu'un montant quasiment identique a été budgété en 2009 et que celui-ci n'avait toujours pas été attribué au milieu de l'année 2010. Pour les médecins généralistes, cela concernait les dossiers importants Impulseo III¹⁶³ et l'extension du Dossier médical global avec un module de prévention¹⁶⁴. Concernant la médecine spécialisée, nous avons également fait une liste des prestations budgétées mais toujours pas introduites dans la nomenclature. Au jour d'aujourd'hui, ce n'est pas totalement réglé. Certains de ces dossiers sont délibérément bloqués par le cabinet Onkelinx car la ministre est en désaccord avec le contenu. Le dossier le plus connu est celui du dépistage du cancer du sein où la ministre suit (tout à fait par hasard) l'école liégeoise de sénologues qui a une autre opinion (plus onéreuse) que les experts consultés, que le conseil technique médical de l'INAMI dans son entièreté et que la littérature internationale sur ce qui est nécessaire pour dépister correctement le cancer du sein dans un groupe de la population en principe saine. Tout d'un coup, les millions d'euros ne jouent plus aucun rôle. Détenir la vérité et s'assurer des voix pour les prochaines élections est alors la seule chose qui compte. Une conséquence de cette débâcle est aussi le blocage du remboursement de la mammographie numérisée.

Concernant les honoraires de permanence promis depuis des lustres aux pédiatres, le président de la Commission médico-mutualiste, Monsieur Jo De Cock, a informé le 21.12.2010 le pédiatre Yves Louis en sa qualité de membre de la médico-mut sur le banc de l'ABSyM que le Conseil d'Etat a rendu un avis positif concernant le projet d'arrêté royal le 20 décembre 2010. Jo De Cock a également annoncé que l'A.R. serait publié dans le courant du mois de janvier 2011 et qu'il portera ses effets à partir du 1^{er} juillet 2010. Nous apprécions véritablement les efforts du président et de ses collaborateurs pour nous tenir informés mais il y a apparemment toujours des forces sur lesquelles même lui n'a pas de prise. En effet, janvier est passé et nous attendons toujours (pour longtemps?) la publication.

D'autres dossiers sont toujours bloqués, du fait de la complexité, au niveau du Conseil technique médical ou dans l'un ou l'autre groupe de travail et là on ne peut incriminer ni la situation politique, ni le Palais, ni un ministre en affaires courantes.

La liste des desiderata de l'ABSyM a été scindée en propositions de nomenclature qui sont déjà finalisées par le Conseil technique médical ou alors dont l'examen devait encore débiter.

¹⁶³ Une sorte de rémunération pour le soutien administratif pour les médecins généralistes exerçant en solo. Doit encore être publié.

¹⁶⁴ A cause de discussions de compétences politiques entre la ministre fédérale de la Santé publique et des Affaires sociales, Laurette Onkelinx, et le ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, Jo Vandeurzen, ce dossier est au frigo depuis plus de temps que ne dure une grossesse. Ce sont des affaires courantes auxquelles le Roi préfère probablement ne pas se frotter.

Dossiers déjà finalisés par le CTM concernant de nouvelles demandes avec les budgets estimés nécessaires

| | |
|---|---------------------|
| Ponction du nœud lymphatique | 11.000 € |
| Cathéter veineux central < 7 ans + cliché | 1.493 € |
| Doppler vaisseaux intracrâniens | 95.200 € |
| Pneumologie – vidéobronchoscopie (par phases, cf. demande 12.06.2008) | 2.308.997 € |
| Biologie clinique - Aspergillus | 76.257 € |
| Biologie clinique – Legionella | 110.920 € |
| Biologie clinique – Sperme | 367.436 € |
| Biologie clinique – Fructosamine, Cystatine C, Iode | 93.000 € |
| Biopsie osseuse | 433.000 € |
| Stomatologie - implants ostéo-intégrés | 26.000 € |
| Urologie – incontinence chez l'homme | 22.301 € |
| Neurochirurgie – Stimulation cérébrale profonde | 383.894 € |
| Neurologie – Stimulation magnétique transcrânienne | 750.000 € |
| Ophtalmologie – Optical Coherence Tomography (OCT) | 4.250.000 € |
| <i>Complément</i> – Pédiatrie – Surveillance NIC (solde) | (*) 1.677.367 € |
| <i>Complément</i> – Rhumatologie – Consultations (solde) | 623.914 € |
| <i>Complément</i> – Nomenclature orthopédie – suite révision nomenclature | 4.500.000 € |
| TOTAL | 15.730.779 € |

* ou 255.938 € si par phases

Tableau 4

Propositions nouvelles (renouvelées), pas encore finalisées par le CTM

| | |
|---|---------------------|
| Permanence consultation en soirée chez le médecin généraliste : à partir de 17 h au lieu de 18 h & augmentation de 1€ | 6.000.000 € |
| Honoraires de disponibilité médecins généralistes pendant la nuit + 53 % (a) | ? € |
| Consultation prolongée médecin généraliste (b) | ? € |
| Honoraires de disponibilité médecins spécialistes – toutes spécialités (28 groupes au lieu de 11) | 35.752.000 € |
| Réintroduction code supplément consultation urgence (590833-590855) (montant 2008, indexé) | 10.746.000 € |
| Supplément honoraires d'urgence pour accouchement (c) | 5.202.000 € |
| Echographie de grossesse - révision | ? € |
| Stomatologie + ORL – fentes labiales | 380.000 € |
| Stomatologie + ORL – hémorragies orales | 143.000 € |
| Stomatologie + ORL – tomo volumétrique os de la mâchoire inférieure | 494.000 € |
| Consultation neuropédiatrique | 1.234.000 € |
| Chirurgie abdominale | 3.081.000 € |
| Désinfection endoscopes | 4.250.000 € |
| TOTAL [provisoire; (a) + (b) + (c) encore à calculer et à ajouter] | 67.282.000 € |

Tableau 5

Outre ce relevé, une série de questions techniques a également été posée avec les conséquences budgétaires. Pour n'en citer que quelques-unes : l'électrophysiologie en psychiatrie et en neurologie, les règles concernant les champs opératoires qui risquent de donner lieu indéfiniment à des discussions avec et à des demandes de remboursement du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, l'aide opératoire, des budgets permettant une répartition plus équilibrée des PET scans sur le territoire belge, etc. Il a également été

demandé que la médico-mut adresse une recommandation à la ministre Onkelinx pour la mise en place d'une rémunération pour les maîtres de stage des médecins spécialistes en formation dans les hôpitaux non universitaires. Le résultat est aujourd'hui connu : zéro sur toute la ligne.

4.3. Désenchantement et grincements de dents

Après avoir longuement pesé le pour et le contre de septembre à fin novembre puis avoir soudainement mis le turbo, les médecins partenaires de la médico-mut ont décidé, le 13.12.2010, que, tout bien considéré, il était préférable de quand même conclure un accord médico-mut pour 2011. Les spécialistes des chiffres l'ont emporté sur les idéologues.

Les économies à réaliser en médecine spécialisée étaient moins importantes que les pertes potentielles globales en cas de non-conclusion d'un accord. En simplifiant considérablement, le bilan se présentait comme suit :

- économies imposées par l'autorité : 50 millions d'euros en biologie clinique + 45 millions d'euros en imagerie médicale (les 5 millions d'euros pour les radio-isotopes relèvent du budget des médicaments) + 30 millions dans d'autres disciplines spécialisées = 125 millions d'euros), étant entendu que la ministre peut à tout moment prendre de sa propre initiative des mesures d'économie, à condition d'avoir sollicité un avis (non contraignant) dans les trente jours au Conseil technique médical;
- perte en cas de refus d'un accord : 112 millions d'euros au titre du statut social¹⁶⁵ + perte de l'indexation de 1,40 % pour toutes les prestations médicales, soit 98,6 millions d'euros, ce qui correspond à un total de 210,6 millions d'euros;

soit un solde positif de 85,6 millions.

Naturellement, les médecins qui sont frappés par les mesures d'économies n'en ont que faire. Nous reproduisons ci-après les tableaux avec la ventilation figurant dans l'accord sous le titre "*4. Mesures relatives aux médecins spécialistes*". Il n'en ressort qu'un seul élément positif, à savoir la réintroduction des honoraires supplémentaires pour les prestations effectuées aux urgences en dehors des heures de travail ordinaires selon la nomenclature. Mais cet argent a dû être ôté ailleurs.

¹⁶⁵ Sur la base de la note INAMI CGSS 2010/9 du 10.02.2010 et des montants de l'accord du 13.12.2010: 4.199,14 € pour les médecins totalement conventionnés et 2.065,28 € pour les médecins partiellement conventionnés.

"4.4. En ce qui concerne les prestations spéciales, les mesures suivantes seront prises en 2011 :

4.4.1. au moyen de l'adaptation de la lettre-clé (dans l'attente de l'adaptation technique de la nomenclature):

| Mesures structurelles | Montant |
|--|-----------------------|
| 11/01 Neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie Révision de la nomenclature "evoked potentials" et "event related potentials" | 2.000.000 EUR |
| 11/02 Chirurgie plastique / ORL Dévalorisation des prestations "chirurgie corrective de l'oreille" : concernant les prestations 253551 à 253606 en chirurgie plastique concernant les prestations 258156 à 258204 en ORL | 500.000 EUR |
| 11/03 Dermatologie Diminution pour 532630-532641 : - 5,06 euros Diminution pour 532652-532663 : - 3,29 euros | 1.750.000 EUR |
| 11/04 Prestations spéciales Diminution pour 353231-353242 : - 4 euros | 755.000 EUR |
| 11/05 Chirurgie plastique Equivalence 251731-251742 avec 532674-532685 | 216.000 EUR |
| 11/06 Pneumologie Diminution des numéros de code 471376 et 471380 | 3.658.000 EUR |
| 11/07 Neuropsychiatrie Suppression de la prestation 477234-477245 | 1.363.000 EUR |
| 11/08 ORL Diminution tympanoscopie | 2.529.000 EUR |
| 11/09 Imagerie médicale : Echographies articles 17bis et 17quater Diminution de 3 % article 17bis | 2.669.000 EUR |
| Diminution de 3 % article 17quater | 4.747.000 EUR |
| 11/10 Imagerie médicale : Coronarographies articles 17 et 17ter | 1.084.000 EUR |
| Total | 21.721.000 EUR |

Tableau 6

Et ensuite :

"4.4.2. au moyen de l'adaptation de la nomenclature des prestations de santé selon le tableau ci-après ou des mesures avec un impact équivalent pour les mêmes groupes de prestataires :

| Mesures structurelles | Montant |
|--|-----------------------|
| 11/11 Imagerie médicale Cone Beam CT | 4.000.000 EUR |
| 11/12 Aide opératoire Suppression de l'imputation de l'aide opératoire pour les prestations interventionnelles percutanées | 3.295.000 EUR |
| 11/13 Honoraires de surveillance pour patients adultes Interdiction de cumul des honoraires de surveillance le jour de l'admission avec les honoraires des prestations d'urgence visées à l'article 25, § 3bis pour patients adultes | 1.500.000 EUR |
| 11/14 Cardiologie Insérer des honoraires forfaitaires annuels pour les contrôles de suivi des stimulateurs cardiaques et défibrillateurs cardiaques implantés | 3.395.000 EUR |
| 11/15 Radiothérapie Révision générale des articles 18 et 19 NPS (ea brachythérapie prostatique, obligation de prescription pour PET-scan,...) | 1.400.000 EUR |
| 11/16 Prestations techniques urgentes article 26 NPS Suppression du supplément d'honoraires pour 475086 (ECG) et 212026 (cardiomonitoring de base) pendant l'hospitalisation | 8.972.000 EUR |
| 11/17 Echographies article 17quater Référencement sélectif par spécialité | 1.500.000 EUR |
| Total | 24.062.000 EUR |

Tableau 7

Le texte de l'accord que deux agents de l'INAMI sont venus me soumettre au laboratoire de l'Imeldaziekenhuis, pour signature, en ma qualité de président de l'ABSyM, vers 13 h le jeudi 16.12.2010, a fait du grabuge dès que l'INAMI l'a publié sur son site le soir même. D'abord chez les médecins spécialistes. Pendant les vacances de Noël et de Nouvel an, j'ai pu, au coin d'un feu virtuel et sous les lumières d'un sapin de Noël virtuel clignotant sur l'écran de mon ordinateur, remplir mes soirées à expliquer par le détail l'accord à des confrères et amis désenchantés, à des membres-alliés très déçus par le résultat des négociations. Plus particulièrement les radiologues, les dermatologues, les neurologues, les pneumologues, les ORL, les consœurs et confrères pour qui les honoraires de disponibilité sont importants ainsi que les cardiologues auront été nombreux à m'envoyer des mails qui ont égayé les jours les plus sombres de l'année.

Ce n'est par exemple pas possible de contenter les 466 pneumologues en activité répertoriés à l'INAMI en leur racontant qu'au lieu de devoir sacrifier 15 millions d'euros (comme cela

avait été initialement proposé par un négociateur des mutuelles), soit \pm 32.200 € par pneumologue, ils ne doivent en définitive renoncer "qu'à" 3.658.000 €, soit une moyenne de "seulement" 7.850 € par pneumologue. Cela ne marche pas, même si vous rajoutez qu'il y a déjà 2 millions d'euros de budgeté pour financer la première étape du remboursement de la vidéobronchoscopie. Autrement dit, l'économie réelle pour 2011 se montera à 1.658.000 euros, soit \pm 3.615 € par pneumologue. Personne ne se réjouit en entendant pareille nouvelle. En contradiction avec le texte de l'accord, l'actuariat de l'INAMI a publié au cours des derniers jours du mois de décembre que les honoraires pour les contrôles de suivi des stimulateurs cardiaques et des défibrillateurs cardiaques implantés étaient diminués de 46,22 % à compter du 01.01.2011. Les rythmologues ont immédiatement réagi. La réponse que je leur ai donnée, à savoir que, dès le premier jour ouvré de la nouvelle année, le Dr De Ridder, directeur général auprès du Service des soins de santé de l'INAMI, a adhéré à ma vision que cette mesure était en contradiction avec le texte de l'accord, et le message 24 heures plus tard que l'économie de 3.395.000 € ne serait réalisée ni à partir du 01.01.2011 ni via les codes existants mais suivrait ultérieurement par le biais de la création d'honoraires forfaitaires n'ont pas davantage été en mesure de réjouir les cardiologues. Depuis la mi-janvier 2011, les médecins généralistes sont très mécontents de la rédaction et de la portée d'une portion de texte de l'accord sur la prolongation du dossier médical global¹⁶⁶. Je ne m'y attarde pas davantage dans mon rapport du GBS.

Les remous persistent mais, cette fois, c'est la presse spécialisée qui assure le spectacle en menant une enquête exclusive auprès de 450 médecins^{167, 168}. Comment les médecins interrogés évaluent-ils la situation? Avec le "*belly*" ou avec les "*brains*" pour répondre à une question du genre "Souhaiteriez-vous gagner plus?" ? "*The proof of the pudding*" se trouvera une fois de plus "*in the eating*". Après un train d'économies, on peut raisonnablement s'attendre à une augmentation du taux de déconventionnement chez les médecins spécialistes. Mais il appartient à chacun de faire ses comptes. Pour les médecins généralistes, les discussions concernant la prolongation du dossier médical global sont encore en cours. L'accord a été publié au Moniteur belge du 17.01.2011. Les médecins ont jusqu'au 16.02.2011 pour refuser d'adhérer à l'accord. Nous saurons au plus tard le 03.03.2011 quels sont les résultats.

Pour rappel : le précédent accord du 17.12.2008 avait été rejeté par 13,01 % des médecins généralistes et par 20,19 % des médecins spécialistes, soit par 17,22 % de tous les médecins réunis. Des informations détaillées peuvent être trouvées dans mon précédent rapport annuel¹⁶⁹.

4.4. Accréditation

Des chiffres comparatifs que nous publions chaque année sur l'accréditation au 1^{er} février de l'année en cours, nous pouvons tirer bien plus d'informations que le simple classement du meilleur élève de la classe jusqu'à l'élève montrant le moins d'intérêt pour l'accréditation. L'évolution au niveau des nombres de prestataires de soins est au moins tout aussi intéressante.

¹⁶⁶ Point 5.4.2. Prolongation de la gestion du dossier médical global, dernier tiret.

¹⁶⁷ "Les mécontents trouvent l'accord imbuvable". Le Journal du Médecin, 01.02.2011.

¹⁶⁸ "Nieuw akkoord krijgt slechte punten". Artsenkrant, 01.02.2011.

¹⁶⁹ "La quadrature du cercle". Dr M. Moens, Rapport annuel 2009 du GBS. Point 4.

Comparaison du nombre de médecins accrédités 01.02.2010 - 01.02.2011

| 2011 | | Nombre d'actifs | | Nombre d'accrédités | | % d'accrédités | | % variation 2010-2011 |
|------|---|-----------------|------------|---------------------|------------|----------------|------------|-----------------------|
| | | 01.02.2010 | 01.02.2011 | 01.02.2010 | 01.02.2011 | 01.02.2010 | 01.02.2011 | |
| | Médecins 000-002 | 2.431 | 2.470 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 |
| | Médecins généralistes 003-004 | 14.155 | 14.160 | 9.901 | 9.955 | 69,95 | 70,30 | + 0,35 |
| | Médecins généralistes 005-006 | 554 | 607 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 |
| | Médecins généralistes 007-009 | 801 | 761 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 |
| | TOTAL | 17.941 | 17.998 | 9.901 | 9.955 | 55,19 | 55,31 | + 0,12 |
| | Médecin spécialiste en formation (MACS) | 3.325 | 3534 | 1 | 1 | 0,03 | 0,03 | = |
| 1 | Oncologie médicale | - | 193 | - | 163 | - | 84,46 | |
| 2 | Pneumologie | 452 | 466 | 362 | 376 | 80,09 | 80,69 | + 0,60 |
| 3 | Gastro-entérologie | 627 | 638 | 504 | 511 | 80,38 | 80,09 | - 0,29 |
| 4 | Ophtalmologie | 1.085 | 1.089 | 838 | 856 | 77,24 | 78,60 | + 1,36 |
| 5 | Dermato-vénérologie | 722 | 732 | 553 | 563 | 76,59 | 76,91 | + 0,32 |
| 6 | Rhumatologie | 255 | 235 | 180 | 175 | 70,59 | 74,47 | + 3,88 |
| 7 | Médecine physique et physiothérapie | 504 | 507 | 363 | 376 | 72,02 | 74,16 | + 2,14 |
| 8 | Radiologie | 1.636 | 1.632 | 1.161 | 1.188 | 70,97 | 72,79 | + 1,82 |
| 9 | Gériatrie | 2 | 310 | 1 | 225 | 50,00 | 72,58 | + 22,58 |
| 10 | Anatomie pathologique | 324 | 333 | 229 | 240 | 70,68 | 72,07 | + 1,39 |
| 11 | Neurologie | 339 | 354 | 247 | 254 | 72,86 | 71,75 | - 1,11 |
| 12 | O.R.L. | 662 | 668 | 458 | 469 | 69,18 | 70,21 | + 1,03 |
| 13 | Urologie | 395 | 398 | 269 | 273 | 68,10 | 68,59 | + 0,49 |
| 14 | Cardiologie | 1.053 | 1.060 | 707 | 725 | 67,14 | 68,40 | + 1,26 |
| 15 | Psychiatrie | 1.773 | 1.811 | 1.185 | 1.224 | 66,84 | 67,59 | + 0,75 |
| 16 | Médecine nucléaire | 326 | 328 | 211 | 214 | 64,72 | 65,24 | + 0,52 |
| 17 | Gynécologie-obstétrique | 1.480 | 1.497 | 948 | 974 | 64,05 | 65,06 | + 1,01 |
| 18 | Radiothérapie | 202 | 211 | 127 | 133 | 62,87 | 63,03 | + 0,16 |
| 19 | Pédiatrie + neurologie pédiatrique | 1.605 | 1.625 | 1.000 | 1.024 | 62,31 | 63,02 | + 0,71 |
| 20 | Médecine aiguë et méd. d'urgence | 270 | 763 | 123 | 472 | 45,56 | 61,86 | + 16,30 |
| 21 | Anesthésie | 2.099 | 1.948 | 1.313 | 1.187 | 62,55 | 60,93 | - 1,62 |
| 22 | Biologie clinique | 699 | 658 | 405 | 395 | 57,94 | 60,03 | + 2,09 |
| 23 | Orthopédie | 1.029 | 1.020 | 619 | 607 | 60,16 | 59,51 | - 0,65 |
| 24 | Médecine interne | 2.104 | 1.524 | 1.296 | 877 | 61,60 | 57,55 | - 4,05 |
| 25 | Chirurgie | 1.582 | 1.507 | 741 | 704 | 46,84 | 46,72 | - 0,12 |
| 26 | Neurochirurgie | 198 | 194 | 90 | 90 | 45,45 | 46,39 | + 0,94 |
| 27 | Neuropsychiatrie | 409 | 397 | 186 | 180 | 45,48 | 45,34 | - 0,14 |
| 28 | Stomatologie | 321 | 329 | 129 | 136 | 40,19 | 41,34 | +1,15 |
| 29 | Chirurgie plastique | 249 | 249 | 94 | 85 | 37,75 | 34,14 | - 3,61 |
| | TOTAL SPECIALISTES | 22.407 | 22.790 | 14.341 | 14.721 | 64,00 | 64,59 | + 0,59 |
| | TOTAL SPECIALISTES + MACS | 25.732 | 26.324 | 14.342 | 14.722 | 55,74 | 55,93 | + 0,19 |
| | TOTAL GENERAL | 43.673 | 44.322 | 24.243 | 24.677 | 55,51 | 55,68 | + 0,17 |

Tableau 8

Source : Groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI 01.02.2011 et rapport annuel du GBS 06.02.2010 Dr. M. MOENS

Au sein de la famille de la médecine interne et de ses "spécialités filles", nous constatons que les "filles" progressent et que les "parents" sont en recul. La médecine interne générale perd pas moins de 27,6 % de ses spécialistes au bénéfice des sous-disciplines. Les 580 unités perdues se retrouvent probablement essentiellement chez les oncologues médicaux et les gériatres. Les 193 oncologues médicaux agréés très récemment surgissent de nulle part et occupent directement la première place avec un pourcentage de 84,46 % d'accrédités. Les gériatres se sont apparemment risqués au grand saut en 2010 de la médecine interne générale à l'agrégation spécifique comme gériatre (passant de 2 à 310 spécialistes). Les gastro-entérologues ont progressé de 11 unités et les cardiologues de 7. Dans la famille des

internistes, on observe par contre un recul du nombre des rhumatologues, de 255 à 235 (-7,8 %).

La biologie clinique également enregistre une forte baisse : - 41 praticiens, soit - 5,9 %. En revanche, la médecine aiguë connaît un boom (urgentistes + acutistes) : de 270 à 763 unités (+ 182,6 %). Toutefois, de l'avis du Dr Jan Stroobants, président de l'union professionnelle des médecins urgentistes, le Belgian College of Emergency Physicians (BeCEP), cela sera loin de suffire pour maintenir les staffs à niveau après l'introduction, le 01.02.2011, de la loi sur la limitation de la durée du travail¹⁷⁰ des médecins salariés ou des médecins dans des situations comparables comme les MSFP et les statutaires¹⁷¹.

Comme nous l'avons indiqué depuis des années, le nombre de neuropsychiatres diminue lentement mais sûrement au profit des psychiatres (+ 38) et des neurologues (+ 15). Pour tous les chiffres qui précèdent, il n'est pas possible d'établir une distinction à partir des données brutes de l'INAMI entre les spécialistes nouvellement arrivés et les médecins ayant effectivement modifié leur agrégation. Ces statistiques n'indiquent pas non plus le nombre de médecins spécialistes ayant mis fin à leur activité professionnelle. Néanmoins, les grandes tendances sont claires.

5. PROCEDURES JURIDIQUES

5.1. Introduction

Les moyens financiers doivent être utilisés de manière optimale. Il est cependant également important que les unions professionnelles membres du GBS sachent par avance à quelles conditions l'organisation couple intervient financièrement dans les procédures juridiques décidées par les unions professionnelles. Les lignes de conduite ont été définies par le comité directeur. L'intervention financière du GBS fluctue entre 50 et 100 %. Si les dispositions légales contre lesquelles une procédure est engagée concernent des intérêts opposés ou divergents de deux spécialités au moins, le GBS s'efforce de parvenir à un consensus par la voie de l'arbitrage. Il a également été décidé que le GBS ne peut pas intervenir dans des dossiers individuels. Le GBS doit cependant mettre son expertise au service de ses membres et de leurs conseils et apporter les arguments utiles pour étayer les dossiers individuels.

5.2. Recours introduits ou cofinancés par le GBS

5.2.1. Le 0,8 équivalent temps plein médecin en biologie clinique nécessaire pour l'agrément d'un laboratoire de biologie clinique ou une action en intervention volontaire afin qu'un arrêté ne soit pas annulé.

¹⁷⁰ Loi du 12.12.2010 fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants-stagiaires se préparant à ces professions. M.B. du 22.12.2010.

¹⁷¹ "Spoedartsen vrezten problemen door nieuwe wet op arbeidsduur". De Morgen, 17.01.2011.

En 1999, un arrêté a été publié¹⁷² stipulant que, à l'exception du laboratoire de biologie clinique, la fonction de chef de service d'un service médical devait être exercée par un médecin spécialiste. L'Union professionnelle des médecins spécialistes en biopathologie médicale membre du GBS a à l'époque introduit un recours en annulation contre cet arrêté. Par l'arrêt du 12 juillet 2007¹⁷³, le Conseil d'Etat a supprimé les mots "à l'exception du laboratoire de biologie clinique". A la suite de cet arrêt, la fonction de chef de service du laboratoire de biologie clinique devait à nouveau être exercée par un médecin spécialiste en biologie clinique. Il est vrai que sur le terrain, la fonction de chef de service dans certains laboratoires est exercée par un pharmacien biologiste. Les pharmaciens biologistes ont immédiatement engagé une campagne de lobbying soutenue auprès des politiques pour remodifier la situation en leur faveur. Leur lobbying a été couronné de succès. En vertu de l'art. 2 de la loi du 10 décembre 2009¹⁷⁴, pour l'application des articles 18 à 22 de la loi sur les hôpitaux, les pharmaciens biologistes cliniques sont assimilés au médecin hospitalier, de sorte qu'un pharmacien biologiste clinique peut également à nouveau exercer la fonction de chef de service d'un laboratoire clinique. Parallèlement, le soussigné a obtenu qu'au niveau du cabinet de la ministre L. Onkelinx, il soit inscrit dans l'arrêté du 3 décembre 1999¹⁷⁵ relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique que chaque laboratoire clinique doit disposer d'au moins 0,8 ETP médecin spécialiste en biologie clinique. Les gestionnaires d'hôpitaux n'apprécient pas du tout cela car ils doivent généralement payer les pharmaciens biologistes cliniques moins que les médecins biologistes cliniques. Les pharmaciens biologistes sont pour la plupart de faux indépendants. Zorgnet Vlaanderen et consorts ont introduit un recours en annulation contre cet arrêté¹⁷⁶. L'Union professionnelle des médecins spécialistes en biopathologie médicale du GBS a décidé d'intervenir volontairement dans cette procédure introduite par Zorgnet Vlaanderen et consorts afin d'empêcher l'annulation de la disposition. Cette intervention volontaire permet à l'Union professionnelle d'avoir une pleine connaissance du dossier introduit auprès du Conseil d'Etat. Les arguments invoqués par Zorgnet Vlaanderen ne peuvent que faire frémir n'importe quel médecin bien-pensant. Zorgnet Vlaanderen dit explicitement dans sa conclusion que les honoraires forfaitaires octroyés en biologie clinique par prescription et par admission sont la propriété de l'hôpital et font partie du solde positif de l'hôpital. L'hôpital s'approprie donc la propriété des honoraires forfaitaires. C'est très certainement le souhait le plus cher de tout gestionnaire d'hôpital. Les honoraires forfaitaires, tout comme les honoraires à l'acte, sont légalement la propriété des biologistes cliniques. L'hôpital procède à des retenues sur ces honoraires en vue du financement des coûts engendrés notamment par le personnel travaillant dans le laboratoire. Zorgnet Vlaanderen tente par ce recours de faire acter le principe du droit de propriété de l'hôpital sur les honoraires forfaitaires des biologistes cliniques. Si les gestionnaires d'hôpitaux y parviennent, il faut s'attendre à ce que ce principe soit étendu à l'imagerie médicale et à toutes sortes d'autres disciplines faisant l'objet de forfaits sous l'une ou l'autre forme.

Pour la première fois dans son histoire, le GBS intervient financièrement afin d'éviter l'annulation d'un arrêté. Comme quoi tout peut arriver dans la vie.

¹⁷² A.M. 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)

¹⁷³ Arrêt du Conseil d'Etat n° 173.407 du 12 juillet 2007

¹⁷⁴ Loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. du 31.12.2009)

¹⁷⁵ 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 30.12.1999)

¹⁷⁶ M.B. du 20.04.2010

5.2.2. Loi du 19 novembre 2010 portant reconnaissance des organisations professionnelles d'une pratique non conventionnelle¹⁷⁷

La loi du 19 novembre 2010 confirme l'A.R. du 6 avril 2010¹⁷⁸ portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle reconnues.

Conformément à l'article 4 de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales¹⁷⁹, l'A.R. du 6 avril 2010 publié au M.B. du 12.04.2010 devait être confirmé par la loi avant la fin du sixième mois qui suit sa publication au Moniteur belge. Le délai pour la confirmation par la loi prenait donc fin en principe le 31 octobre 2010.

Du rapport du 9 novembre 2010 de la commission des Affaires sociales du Sénat¹⁸⁰, il apparaît clairement que la ministre L. Onkelinx était pleinement consciente que le délai pour la confirmation était en principe dépassé. La ministre n'y accordait cependant pas trop d'importance puisque, précisa-t-elle, il y a 10 ans personne n'a mis en cause la légalité de l'arrêté¹⁸¹ de l'époque. Pourtant, à cette occasion, la confirmation était également intervenue après la date fixée.

A la commission de la Santé publique de la Chambre des représentants, la ministre L. Onkelinx avait signalé qu'afin d'éviter toute contestation future, il était possible d'amender le projet de loi afin de préciser que la confirmation avait lieu, malgré que le délai de 6 mois soit révolu. Ou bien il était également possible de modifier l'art. 4 de la loi du 29 avril 1999 afin de porter le délai de confirmation de 6 mois à par exemple un délai d'un an. En commission de la Santé publique, il a finalement été décidé d'approuver le projet de loi sans modifications et de le présenter tel quel au vote de la Chambre.

En 1999, le GBS en collaboration avec l'ABSyM ainsi que les Académies Royales de Médecine n'a pas pu éviter que la loi dite Colla relative à la reconnaissance des pratiques non conventionnelles soit votée. La loi existe depuis 11 ans et il n'y a pas encore d'arrêtés d'exécution qui ont été publiés. Par son attitude, la ministre L. Onkelinx met les organisations de médecins au déficit d'introduire une action en annulation devant la Cour

¹⁷⁷ Loi du 19.11.2010 portant confirmation de l'arrêté royal du 6 avril 2010 portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle reconnues (M.B. du 06.12.2010). Le titre en Néerlandais sonne : « Wet van 19 november 2010 houdende erkenning van beroepsorganisaties van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele gekwalificeerd te worden ». Il y a donc une différence entre ces deux titres.

¹⁷⁸ A.R. du 6 avril 2010 portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle reconnues (M.B. du 12.04.2010)

¹⁷⁹ Art. 4 "Avant leur publication au Moniteur belge, les arrêtés pris en vertu des articles 2 et 3 sont communiqués aux présidents de la Chambre et du Sénat.

Ils ne peuvent produire leurs effets s'ils n'ont pas été confirmés par la loi avant la fin du sixième mois qui suit leur publication au Moniteur belge". (M.B. du 24.06.1999)

¹⁸⁰ Doc 5-107/2

¹⁸¹ A.R. du 4 juillet 2001 relatif à la reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle (M.B. du 19 janvier 2002) confirmé par la loi du 22 août 2002 portant confirmation de l'arrêté royal du 4 juillet 2001 relatif à la reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle (M.B. du 28.09.2002)

constitutionnelle contre cette loi. Le 13.01.2011, le comité directeur du GBS a décidé d'introduire une telle action.

5.3. Arrêts

5.3.1. Les montants de références¹⁸² ou l'hôpital reçoit la facture mais le médecin reste le dindon de la farce

Sous le point 5.2.1 du rapport annuel 2009, un résumé historique du système des montants de référence a été dressé. Le 27 mai 2010, la Cour constitutionnelle s'est prononcée¹⁸³ sur l'action en annulation introduite en commun par le GBS, l'ABSyM, la Chambre syndicale de Bruxelles et appuyée par certains médecins à titre individuel. L'action est déclarée irrecevable aussi bien dans le chef des organisations de médecins que dans le chef des médecins individuels. La Cour estime qu'aucune des parties ne peut prouver un intérêt direct avec la disposition attaquée. Le système des montants de référence tente de gommer dans le secteur hospitalier les différences de pratiques non justifiées. Le système des montants de référence vise financièrement et a posteriori les hôpitaux qui présentent une pratique jugée anormalement onéreuse par rapport à un standard défini. En cas de dépassement par rapport à cette norme, une facture est adressée à l'hôpital qui est invité à rembourser à l'INAMI les montants réclamés. Seuls les hôpitaux peuvent introduire le cas échéant un appel contre cette demande de remboursement auprès du Comité de l'assurance de l'INAMI. Le système des montants de référence ne reconnaît donc que les hôpitaux comme directement concernés et pas les médecins hospitaliers. Malgré que les dispositions attaquées puissent avoir des conséquences financières indirectes pour les requérants, ce sont les hôpitaux qui sont visés directement par les dispositions attaquées.

La Cour constitutionnelle estime que le système des montants de référence ne peut avoir que des conséquences financières indirectes pour les médecins individuels. En effet, l'art. 151 de la loi sur les hôpitaux prévoit qu'aussi longtemps que le règlement général ne prévoit pas d'autre système, l'imputation du dépassement des montants de référence est à raison de 75 % à charge des médecins hospitaliers et à raison de 25 % à charge du gestionnaire de l'hôpital. La Cour constitutionnelle estime que les conséquences financières éventuelles pour les médecins individuels ne sont pas déterminées et ne peuvent pas l'être sur base des dispositions attaquées seules.

Le 17 septembre 2010, l'INAMI a informé les hôpitaux de leur situation dans le cadre des montants de référence sur la base des données de 2007. Les calculs ont été effectués sur base de la méthode de 2006. Les factures de remboursement doivent être payées au plus tard pour le 15 décembre 2010. En 2010, 32 hôpitaux ont été "invités" à rembourser, 1 hôpital universitaire et 31 hôpitaux non universitaire. En 2009, il y en avait 34 dont 2 universitaires¹⁸⁴. En 2010, les montants à rembourser varient entre 4.093 € et 335.545 €¹⁸⁵. Un certain nombre de ces hôpitaux avait déjà reçu une facture en 2009. En 2009, les montants à rembourser variaient entre 1.490 € et 361.176 €. En 2010, il y a aussi quelques nouveaux venus. Les noms des hôpitaux ne sont pas rendus publics.

¹⁸² Arrêt de la Cour constitutionnelle du 27.05.2010 n° 60/2010.

¹⁸³ Arrêt n° 60/2010 du 27 mai 2010 de la Cour constitutionnelle (M.B. du 30.07.2010)

¹⁸⁴ Note INAMI CSS 2009/405 du 09.11.2009

¹⁸⁵ Note INAMI CSS 2010/294 du 14.09.2010

Le GBS ne rappellera jamais assez souvent que les conseils médicaux doivent conclure un accord avec le gestionnaire concernant la manière dont les remboursements doivent avoir lieu. Il ne faut pas attendre jusqu'à ce qu'une facture soit présentée à l'hôpital par l'INAMI avec l' " invitation" de rembourser. La Cour constitutionnelle peut juger que, d'un point de vue strictement juridique, les médecins ne supportent qu'indirectement les conséquences financières de l'art. 56ter de la loi S.S.I. Les médecins les ressentent directement dans leur portefeuille.

Montant à rembourser en 2010

| Région | Montant (en €) | Nombre d'hôpitaux sélectionnés | Montant moyen par hôpital |
|-----------|----------------|--------------------------------|---------------------------|
| Wallonie | 3.201.252 | 19 | 168.487 |
| Flandre | 1.183.515 | 7 | 169.074 |
| Bruxelles | 1.025.575 | 6 | 170.929 |
| Belgique | 5410342 | 32 | 175.958 |

Source : INAMI

Tableau 9

5.3.2. Le budget des moyens financiers de l'hôpital

Le Moniteur belge du 30 mai 2002¹⁸⁶ a publié, dans sa troisième édition, le texte de 128 pages, entièrement revu, de l'arrêté relatif au budget des moyens financiers. Cet arrêté abroge l'A.M. du 2 août 1986¹⁸⁷ fixant les conditions et règles pour la fixation du prix de journée. Depuis lors, des dizaines d'arrêtés de modification ont été publiés. Tout aussi souvent et avec plus ou moins de succès, des recours en annulation soit des arrêtés complets soit de certaines dispositions ont été introduits devant le Conseil d'Etat par l'une ou l'autre personne (juridique). Ceci a eu comme conséquence que l'arrêté du 25 avril 2002 est devenu quasi illisible et incompréhensible. Le futur nouveau gouvernement aura beaucoup de travail légistique afin d'en faire à nouveau un texte "lisible".

Le GBS en collaboration avec l'ABSyM et la Chambre syndicale des médecins de l'agglomération bruxelloise ont introduit un recours en annulation contre l'arrêté du 10 novembre 2006¹⁸⁸ qui stipule que la troisième tranche de 100 millions d'euros, qui devait supprimer le sous-financement structurel des hôpitaux, était réservée aux hôpitaux qui ne portent pas en compte de suppléments d'honoraires dans les chambres communes ou à deux lits. En fixant le financement des hôpitaux en fonction du fait que des suppléments d'honoraires sont demandés ou non par les médecins, la liberté contractuelle dans le cadre du système des accords est réduite à une peau de chagrin. Le Conseil d'Etat dans son arrêt n° 208.232 du 19 octobre 2010 déclare le recours recevable mais non fondé. Les moyens invoqués par le GBS et consorts étaient principalement axés sur l'abus de pouvoir et la violation des principes de bonne gestion.

¹⁸⁶ A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (M.B. du 30.05.2002)

¹⁸⁷ A.M. du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et des services hospitaliers, les conditions et règles de fixation du prix de journée, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation (M.B. du 21.08.1986)

¹⁸⁸ A.R. du 10.11.2006 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (M.B. du 24.11.2006).

Parallèlement au recours en annulation introduit par le GBS et consorts, un recours en annulation plus limité contre quelques dispositions de cet arrêté a été introduit avec plus de succès. Ce recours a été suivi par un recours en annulation de l'arrêté de modification du 19 juin 2007¹⁸⁹ introduit par la Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique et consorts. Le Conseil d'Etat motive l'annulation des dispositions attaquées par le non-respect par le législateur du principe d'égalité et de non-discrimination. Le financement complémentaire était en effet réservé aux hôpitaux qui attestaient que les médecins ne demandaient pas d'honoraires supplémentaires en chambre commune ou à deux lits alors que cette règle n'était pas d'application pour les autres prestataires de soins comme par exemple les kinésithérapeutes ou le personnel paramédical¹⁹⁰. La motivation du Conseil d'Etat pour annuler l'arrêté du 19 juin 2007¹⁹¹ empêchera qu'une nouvelle disposition analogue soit introduite avec un effet rétroactif. Le M.B. du 16 décembre 2010¹⁹² publie un nouvel arrêté qui apporte à nouveau des modifications aux mécanismes de financement des hôpitaux à partir du 01.07.2010.

6. CONCLUSION

Pour reprendre une citation d'un homme politique célèbre aussi bien au nord qu'au sud du pays, mais pas nécessairement aimé, je conclus par ces mots : "Acta est fabula¹⁹³, plaudite" (la pièce est jouée, applaudissez). Le terme "plaudite" a été oublié par l'(ex-)clarificateur.

La première décennie du troisième millénaire est terminée. Mais il y a peu de raisons d'applaudir. La crise politique risque d'avoir des conséquences économiques importantes, en tout cas à en croire le professeur new-yorkais Nouriel Roubini, surnommé Dr Doom.

La réalisation de l'objet du symposium "Introduction de la Haute Technologie en Médecine Spécialisée" organisé par le GBS le 05.02.2011 aura un prix. A un moment où on insiste au niveau international pour que nous réduisions les dépenses dans les soins. Par tous les moyens? Nous nous dirigeons vers un grand débat éthique où le risque d'une médecine utilitaire sera au premier plan. Si les médecins laissent faire et ne prennent plus la défense de leurs patients, même quand leurs "clients" – puisque c'est maintenant le jargon médico-économico-social – ne sont plus "productifs" pour la communauté ou quand leur santé décline, cela devient vraiment risqué lorsque le patient a une maladie "coûteuse". Etant donné le lavage de cerveau que certains défenseurs fanatiques de l'euthanasie basée sur une mauvaise loi font subir en permanence à l'opinion publique, la réalisation de la "slippery slope" est toujours plus proche. Un soi-disant défenseur des soins palliatifs plaide en attendant déjà pour la création d'une clinique de l'euthanasie et/ou du suicide en Belgique. Les médecins néerlandais ont publiquement fait savoir qu'ils n'adhéraient pas à ce type d'initiative.

¹⁸⁹ A.R. du 19 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (M.B. du 28.06.2007)

¹⁹⁰ Arrêt du Conseil d'Etat n° 208.434 du 26.10.2010

¹⁹¹ Arrêt du Conseil d'Etat n° 208.435 du 26.10.2010

¹⁹² A.R. du 26 novembre 2010 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (M.B. du 16.12.2010)

¹⁹³ "De vergissing van de Franstaligen . Acta est fabula, zei Bart De Wever." De Morgen , 18.10.2010.

En Belgique, l'Autorité pourrait peut-être poser la question de l'opportunité d'une telle clinique au Centre fédéral d'expertise (KCE). Le prochain ministre de la Santé publique et des Affaires sociales fera alors certainement, après approbation de la réponse positive dans l'étude, une proposition à l'INAMI pour traduire cela dans la nomenclature. Si la médico-mut résiste, il ou elle pourra imposer une nomenclature de sa propre initiative.

Est-ce faire du catastrophisme? Les risques sociaux sont réels et le contexte économique décrit par le Dr Doom à Davos est sombre.

Ce n'est donc pas le moment pour les médecins et les organisations de médecins de rester sur la touche ou de se couper mutuellement l'herbe sous le pied. Nous devons défendre ensemble notre modèle de concertation pour la protection des soins de santé pour nos patients tout en gardant un esprit ouvert mais sans fermer les yeux face à d'éventuels dérapages qu'il faut combattre avec fermeté et stopper.

Dr Marc MOENS,
Secrétaire général,
Bruxelles, le 05.02.2011