

**Rapport annuel 2008 du GBS
Dr Marc MOENS, Secrétaire général**

RIEN NE VA PLUS

**Bruxelles
07.02.2009**

TABLE DES MATIERES

I. Volet administratif	3
II. Représentation	4
III. Politique. Quelle politique?	7
1. Fâcheuse tendance ministérielle à se mêler de tout en 2008.....	7
2. Mais le paysan il continuait à labourer.....	8
3. La plate-forme eHealth au Moniteur du 13.10.2008.....	12
1. Un accouchement politique difficile.....	12
2. Les rhumatologues transformés en “cobayes”.....	16
3. La prescription électronique de médicaments.....	18
4. Enregistrement euthanasie comme service à valeur ajoutée.....	19
5. Projets thérapeutiques et psychiatrie.....	20
4. No fault.....	22
5. Numerus clausus, Master après Master et formation de spécialistes.....	24
1. Numerus clausus.....	24
2. Master après Master et formation de spécialistes.....	27
IV. Accords médico-mutualistes	28
1. Accord du 20.12.2007 (M.B. du 14.01.2008).....	28
2. Accord du 17.12.2008 (M.B. du 19.01.2009).....	33
1. Les négociations.....	33
2. Le budget.....	33
3. Premiers commentaires.....	34
3. Accréditation.....	35
V. Oncologie	38
VI. Procédures juridiques	40
1. Introduction.....	40
2. Recours introduits ou cofinancés par le GBS en 2008.....	42
1. Les honoraires de disponibilité.....	42
2. Intervention volontaire dans la procédure en appel contre le jugement du tribunal de première instance d'Anvers du 09.05.2008. Imputation sur les honoraires des médecins du coût des implants non mentionnés dans la nomenclature.....	43
3. Arrêts.....	44
1. Le décret flamand relatif au système d'information santé.....	44
2. Radiothérapie – redevance annuelle appelée par l'AFCN à charge des laboratoires in vivo.....	44
3. Remboursement des prestations du médecin spécialiste en médecine physique par rapport au kinésithérapeute.....	45
4. Le titre professionnel particulier en médecin d'urgence et en médecine aiguë.....	46
5. La réadaptation.....	46
VII. Fonction de chef de service dans un laboratoire hospitalier	47
VIII. Conclusion	49

I. VOLET ADMINISTRATIF

En choisissant comme thème "La qualité de l'acte médical" pour le symposium du GBS du 02.02.2008 précédant notre assemblée générale statutaire annuelle organisée le même jour, le ton était donné pour l'année 2008. Cet élément a été examiné plus d'une fois au cours des 40 réunions du comité exécutif que nous avons tenues depuis lors. La sécurité du patient bénéficiant de soins, la prescription correcte de médicaments, les effets de la pression du travail et la transmission des informations sont des éléments qui ont retenu régulièrement notre attention, notamment du fait du Prof. Francis Heller, secrétaire général adjoint. De la même manière, la qualité de la formation et, dans la même ligne d'idée, la pression du travail sur les médecins assistants en formation ont été régulièrement à l'ordre du jour.

Des réunions (quasi) hebdomadaires du lundi midi du comité exécutif se dégagent les points inscrits à l'ordre du jour des réunions du comité directeur. Au cours de la période écoulée, le comité directeur s'est réuni à sept reprises. Les excellents comptes rendus de toutes ces réunions rédigés par notre directrice adjointe Fanny Vandamme sont essentiels pour le comité directeur pour diriger l'organisation de manière adéquate.

Depuis la dernière assemblée générale, le GBS a publié, tant sur papier qu'électroniquement, douze numéros du "Médecin Spécialiste", dont 4 numéros spéciaux. Le numéro de décembre 2008 consacré aux problèmes des médecins spécialistes en formation a suscité quelques remous. Depuis le 08.09.2008, le comité exécutif s'est penché chaque semaine sur la façon d'aborder ce point noir. Après l'approbation de principe du comité directeur du 13.11.2008, le texte a été finalisé le 17.11.2008 puis expédié. A la fin novembre d'abord comme une édition spéciale à destination des médecins spécialistes en formation, des maîtres de stage et des responsables politiques et, début décembre, comme un numéro classique du "Médecin Spécialiste" à nos quelque 8.000 membres. Le numéro de janvier 2009 y donne suite avec un certain nombre de réactions.

Toutes les modifications de la nomenclature et des honoraires sont tenues à jour et communiquées tant électroniquement que sur papier.

Entre-temps, un problème pratique important se pose à toutes les unions professionnelles ainsi qu'au GBS. La loi du 31 mars 1898 sur les unions professionnelles est modifiée depuis septembre 2006¹. Désormais, ce n'est plus au Conseil d'Etat mais au ministre ayant les Classes moyennes dans ses attributions que les statuts et les annexes des unions professionnelles doivent être introduits. Le ministre des Classes moyennes est compétent en la matière depuis le 01.12.2006 et son ministère doit envoyer un acte à la direction du Moniteur belge en vue de la publication des modifications de statuts, des modifications de la composition des comités directeurs ou de nouveaux statuts. Cette loi ne dispose toutefois pas encore d'arrêtés d'exécution. Cet état de fait provoque non seulement des problèmes majeurs pour les nouvelles unions professionnelles en cours de constitution mais entame également la sécurité juridique des unions professionnelles existantes lorsqu'elles décident de saisir les tribunaux. Les modifications de la composition de leurs comités directeurs ne peuvent plus être introduites nulle part, de sorte que le Conseil d'Etat ou la Cour constitutionnelle par exemple pourraient considérer que le recours d'une union professionnelle n'a pas été introduit valablement. L'intention ne peut quand même pas être d'empêcher les unions professionnelles d'introduire un recours en annulation contre certains arrêtés. Le Dr Yolande Avontroodt, députée, a posé à ce sujet une question parlementaire, le

¹ Articles 72, 76 et 215 de la loi du 15 septembre 2006 réformant le Conseil d'Etat et créant un Conseil du Contentieux des Etrangers (M.B. du 06.10.2006; éd. 1).

17.06.2008, à la ministre des Classes moyennes Sabine Laruelle², mais le problème n'est toujours pas réglé malgré les demandes pressantes et répétées du GBS.

II. REPRESENTATION

II.1. Depuis juin 2006, l'**ABSyM** (représentée par le Dr Jean-Pol Leonard) et le GBS (représenté par le Dr Eddy Maes) ont un mandat de liaison pour les réunions respectivement du "comité de direction" (ABSyM) et du "comité exécutif" (GBS). Il y a également un échange des documents et des comptes rendus s'y rapportant. Des lettres sont régulièrement rédigées conjointement à l'intention des instances publiques. Le GBS occupe davantage le devant de la scène au niveau du SPF Santé publique, et plus particulièrement au sein du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes concernant l'agrégation et la formation. A l'INAMI, l'ABSyM est légalement compétente et le GBS fournit un soutien logistique, notamment pour l'élaboration d'une nouvelle nomenclature.

Le 09.10.2008, le président de l'ABSyM le Dr Roland Lemye a écrit une lettre au GBS demandant la création d'un groupe de travail mixte afin de garantir une plus grande synergie entre les deux organisations. Une fois que la médecine générale aura obtenu le statut de spécialité à part entière d'ici quelques années, cette collaboration sera plus que jamais nécessaire.

II.2. Pour la troisième année consécutive, le GBS collabore à la formation "*Algemeen management voor geneesheren-specialisten*" en collaboration avec l'école de management **EHSAL**, une section de la Hogeschool-Universiteit Brussel (HUB).

II.3. Au sein de **Mdeon**, la plate-forme déontologique compétente, par arrêté royal³, pour délivrer un visa pour les activités de formation continue comprenant une nuitée, le GBS a provoqué un revirement dans l'approche par trop rigide pour l'octroi des visas. L'organisation de la procédure de visa préalable est définie par A.R.⁴ L'A.R. en question stipule notamment que les statuts de Mdeon prévoient la présence d'un représentant du ministre compétent. Le ministre a désigné ce représentant au sein de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS). Cet A.R. prévoit également qu'il est instauré, auprès de l'AFMPS, une « Commission d'agrément des organes octroyant des visas préalables pour les manifestations scientifiques » pour agréer éventuellement encore d'autres candidats. A ce jour, seul Mdeon a sollicité et obtenu l'agrément.

Le 13.03.2008, le sénateur MR Jacques Brotchi a posé à cet égard une question au ton caustique à la ministre Laurette Onkelinx à propos du refus d'un visa pour un congrès international d'orthopédie sous prétexte qu'il avait lieu dans un pays trop ensoleillé et dans une ville touristique, à savoir Marrakech⁵. Un incident verbal à l'occasion d'une réception à la mi-avril 2008 entre votre secrétaire général et un médecin généraliste, membre d'une des commissions des visas de Mdeon, illustre où le bât blesse. Le médecin généraliste était d'avis que l'octroi de visas comprenait une sorte de système de redistribution fiscale et que les mieux nantis, "autrement dit les spécialistes", avaient moins besoin de sponsoring et par

² Compte rendu intégral de la Commission de l'Economie, de la Politique scientifique, de l'Education, des Institutions scientifiques et culturelles nationales, des Classes moyennes et de l'Agriculture du mardi 17 juin 2008, matin. CRIV 52 **COM 261**, pp. 1-2.

³ Arrêté royal du 25.02.2007 portant agrégation des organes visés à l'article 10, par. 3, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments (M.B. du 09.03.2007)

⁴ Arrêté royal du 23.11.2006 portant exécution de l'article 10, par. 3, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments (M.B. du 12.12.2006)

⁵ Question orale de M. Jacques Brotchi à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le visa de l'ASBL Mdeon» (n° 4-198) Sénat de Belgique – Séance plénière – Jeudi 13 mars 2008 – Séance de l'après-midi – Annales 4-20 / pp. 8-9.

conséquent d'un visa pour une activité scientifique. Cela fut la goutte proverbiale qui – dans le cas présent – a fait déborder la plume du Prof. Gruwez, vice-président du GBS. Sa prise de position indignée dans notre revue⁶ a suscité des réactions équivalentes avant de déboucher au bout du compte sur une meilleure concertation, une meilleure compréhension et un réaménagement du système des visas.

Le 4 décembre 2008, le Groupement des Unions professionnelles belges de médecins spécialistes, représenté par le Dr Bernard Maillet, a été élu président, comme représentant des médecins; Unamec, représenté par M. Richard Van den Broeck, a été élu 1^{er} vice-président, comme représentant de l'industrie, et Ophaco, représenté par le pharmacien Marc-Henry Cornély, a été élu 2^e vice-président, comme représentant des autres professions membres de Mdeon.

II.4. Nous avons été reçus par deux fois avec d'autres organisations de médecins par le (désormais ancien) ministre flamand du Bien-Être, Steven Vanackere, à son cabinet (les 14.05.2008 et 14.11.2008) pour une concertation structurée. Les questions concernant les médecins généralistes et la structuralisation de la première ligne sont les principaux dossiers examinés. La problématique de la fonction de chef de service du laboratoire clinique dans les hôpitaux qui a déjà été inscrite deux fois à l'ordre du jour par le GBS n'a pas été jugée digne d'une réponse écrite (cf. point VII.). Et pourtant l'agrément des hôpitaux est une matière communautaire.

II.5. Le GBS et l'aile flamande de l'ABSyM, le *Vlaams Artsensyndicaat* (VAS), a une longue tradition de concertation informelle avec le VVI⁷. En 2008, nous avons rencontré la direction du VVI les 11 mars, 10 juin et 26 septembre. Le style des réunions avec Peter Degadt comme nouveau grand patron diffère de celui des réunions avec l'ancien directeur, le Dr Carine Boonen. Cela est-il dû à la différence entre un juriste et un médecin? En tout cas – et malgré l'accueil sympathique réservé par le VVI à notre délégation VAS (Dr Rudi Van Driessche et la juriste Ingrid Dreezen) – GBS (le soussigné et alternativement Jos Van den Nieuwenhof ou Fanny Vandamme), notre directeur administratif, Jos Van den Nieuwenhof, n'a pas été accepté comme conseiller technique auprès de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux, notamment à cause du VVI (parmi d'autres), et ce malgré plus de 20 ans de participation active et constructive.

Tandis que le 26.09.2008, Peter Degadt avait donné l'impression de souscrire à la position de l'ABSyM-GBS réclamant l'application linéaire de l'indexation de 4,32 % à tous les honoraires médicaux pour 2009, par la suite, il a annoncé publiquement que le VVI était d'avis que le réétalonnage de 29,5 millions d'euros prévu dans l'accord du 17.12.2007 devait être rattrapé sur l'indexation 2009 des médecins. L'administrateur délégué du VVI se trompe de rôle et s'arroge des compétences qu'il n'a en aucune façon. Dans une note du VVI⁸ portant sur l'accord médico-mutualiste du 17.12.2008, il adopte un ton donnant à penser que le VVI entend dire comment les choses doivent se faire. Dans la conclusion 5 de cette note, le VVI dit préparer une position sur les honoraires de disponibilité (*"Het VVI bereidt een standpunt voor inzake de beschikbaarheidshonoraria"*). Ce qu'il doit advenir de ces honoraires est l'affaire des médecins individuels et éventuellement, en deuxième lieu, des conseils médicaux. Mais pas des administrateurs. La rupture de style ne peut pas être plus claire. La participation au pouvoir avec des permanents du VVI dans des cabinets CD&V fait

⁶ "Le GBS souhaite que Mdeon corrige le cap de toute urgence". Le Médecin Spécialiste, N° 3, mai 2008, pp. 6-7.

⁷ Verbond van Verzorgingsinstellingen, rebaptisé Zorgnet Vlaanderen le 03.02.2009

⁸ Note VVI 2008/163 du 23.12.2008. Mots clés : Accord médico-mutualiste / Médicomut

la différence avec les précédentes législatures. L'ancien hôpital "Rokazi"⁹ de la période 1983-1985 resurgira-t-il d'outre-tombe en 2009?

II.6. La présence belge au sein de l'UEMS reste prépondérante avec le GBS. Le 18.04.2008, le Prof. Jacques Gruwez a prononcé le discours solennel dans le cadre des festivités pour le 50^e anniversaire de l'**UEMS** à Bruxelles et, durant la réunion de l'UEMS du 08 au 11.10.2008 à Copenhague, le trésorier du GBS, Bernard Maillet, a été réélu secrétaire général de l'UEMS avec 24 voix sur 29.

II.7. Une délégation du GBS, constituée du Prof. Francis Heller, du Prof. Jacques Gruwez et du Dr Françoise Matthys, a participé, conjointement avec le Dr Bernard Maillet en sa qualité de secrétaire général de l'UEMS, à la réunion du **MS7** qui s'est tenue à Rome du 9 au 11.11.2008 sur le thème de la reconnaissance des spécialités.

II.8. Le soussigné a pris part, avec le Prof. Heller, aux réunions mensuelles du groupe "**e-Med**" institué auprès du SPF Santé publique et de l'INAMI concernant l'instauration de la prescription électronique. Les travaux portent d'abord sur la prescription de médicaments mais le système doit être générique, avec des applications possibles pour n'importe quelle autre prescription (biologie clinique, imagerie médicale, kinésithérapie, etc.).

II.9. La délégation du GBS prépare minutieusement sa participation aux réunions du **Conseil supérieur** des médecins spécialistes et des médecins généralistes auprès du SPF Santé publique. En parfaite harmonie avec les représentants de l'ABSyM, elle met l'accent sur ses propres priorités ou se soulève contre les mesures dirigistes, comme dans le cas des dossiers de l'oncologie et de l'académisation. Le 04.12.2008, à l'invitation de Michel Van Hoegaerden, directeur général des Soins de Santé primaires et Gestion de crise, le Prof. Gruwez et le soussigné ont, durant un peu plus d'une heure, fourni des explications sur notre fonctionnement, notre participation aux activités et nos attentes au niveau du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. M. Michel Van Hoegaerden a directement après fait office de modérateur dans un débat intense entre les orateurs et les ± 80 membres du personnel de son service. Dans la coulisse, nous avons eu des réactions très positives de collaborateurs ayant, à la faveur du bouche à oreille, lu le texte "Le candidat spécialiste et le gâchis humain de l'académisation"¹⁰ sur internet.

II.10. Et comme cela se passe dans la vie en société, nos représentants ont établi des contacts avec toutes sortes de cercles, avec des responsables politiques, des universitaires, des associations, des praticiens des autres professions de soins de santé ainsi qu'avec des membres siégeant au nom de leurs organisations dans les innombrables commissions, comités et groupes de travail dont regorgent l'INAMI et le SPF Santé publique.

II.11. Le 15.12.2008, le président du GBS Jean-Luc Demeere a animé une réunion de formation postgraduée en chirurgie à l'hôpital universitaire de Gand. Compte tenu de la polémique intense déclenchée par le texte "Le gâchis humain de l'académisation" publié dans le numéro de décembre du "Médecin Spécialiste", la réunion a été quelque peu animée.

⁹ L'hôpital catholique romain (Rooms-katholiek ziekenhuis – "Rokazi") a connu un certain succès auprès du VVI et du CVP de l'époque à l'occasion de la promulgation de la loi sur les hôpitaux et aurait volontiers réduit à néant l'impact des médecins hospitaliers flamands sur l'organisation hospitalière. L' "intégration" du médecin hospitalier prônée alors par le VVI et par le ministre des Affaires sociales de l'époque Jean-Luc Dehaene a été refusée catégoriquement par les médecins.

¹⁰ Le Médecin Spécialiste, n° 7, décembre 2008

II.12. Le 13.01.2009, le Prof. Dr Jacques Gruwez et le Dr Michel Pletincx ont dispensé une information au nom du GBS dans le cadre d'une réunion de GLEM au Paola Kinderziekenhuis d'Anvers.

II.13. En septembre 2008, l' "Association Professionnelle des Psychiatres Infanto-juvéniles", en abrégé "APPIJ" asbl, a manifesté de l'intérêt pour les activités du GBS. Le comité exécutif du GBS encourage l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en psychiatrie à donner lentement forme à cette collaboration. Un représentant de chacune des deux organisations prend déjà part aux réunions du comité directeur de l'autre organisation.

II.14. Le 14 juin 2008, le GBS a organisé un symposium sur le thème central de la "Responsabilité" dans la prestigieuse Bibliothèque Solvay à Bruxelles en collaboration avec son courtier en assurances Gras Savoye. Au vu de la forte affluence, on peut dire que les participants étaient intéressés par cette problématique. Maître Thierry Vansweevelt a mis l'accent sur les tout derniers développements concernant la loi "no fault". Quelques jours avant notre symposium, il est arrivé aux oreilles d'insiders que la loi "no fault" du 15.05.2007 ne connaîtrait jamais une exécution effective (cf. point III.4).

III. POLITIQUE. QUELLE POLITIQUE?

III.1. Fâcheuse tendance ministérielle à se mêler de tout en 2008

Malgré la crise gouvernementale d'une durée sans précédent, les autorités belges sont parvenues à produire 3.069 pages du Moniteur belge en plus qu'en 2007, soit une augmentation de 4,63 % (cf. tableau 1). Les tristes records de 2004 et de 2006 ne sont heureusement pas atteints.

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

Tableau 1

En l'absence de gouvernement, seules 105 lois ont pu être promulguées en 2008, soit à peine 42,5 % du nombre annuel moyen de ces 10 dernières années (cf. tableau 2). Le

nombre d'arrêtés royaux par contre est légèrement plus élevé que la moyenne (+ 1,7 %) en 2008. Un fait significatif est que les ministres surtout ont fait de leur mieux. Ils ont produit pas moins de 36,7 % de plus d'arrêtés ministériels que le nombre moyen durant la période 1998-2007, soit un total de 1.408 unités.

Evolution du nombre de dispositions promulguées par an

ANNEE	LOI	LOI-PROGRAMME	DECRET	A.R.	A.M.
1988	273	2	223	1.880	725
1999	295	0	268	2.188	1.076
2000	210	0	148	1.956	793
2001	174	5	224	2.447	959
2002	234	9	324	2.627	989
2003	266	5	335	2.610	1.068
2004	212	3	355	2.447	1.021
2005	196	3	155	2.294	1.054
2006	284	7	244	3.237	1.313
2007	326	5	285	2.497	1.301
moyenne	247	4	256	2.418	1.030
2008	105	4	237	2.459	1.408
% moyenne	42,2	100,0	92,6	101,7	136,7

Source : Moniteur belge, <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl>

Tableau 2

L'histoire du Moniteur nous apprend également qu'en 1999-2000, le gouvernement a oublié de sortir les poubelles car, manifestement, aucune loi-programme n'a été promulguée à l'époque.

La conséquence possible de ce déferlement d'écrits a été mise en lumière de façon cynique par Maître Hans Rieder¹¹. Le manque de clarté dans la législation et l'incompatibilité avec la doctrine européenne dans la loi concernant les méthodes particulières de recherche (loi MPR) ont conduit, début janvier 2009, la Cour d'appel de Gand à libérer plusieurs criminels condamnés. D'un "caractère inflexible", Maître Rieder souscrit au principe "Dura lex, sed lex". Un avocat tirera parti tout autant d'erreurs de procédure et d'aberrations dans la loi que de plaidoyers émotionnels dans une affaire jugée aux assises où une grand-mère sera ainsi acquittée même s'il est tout à fait certain qu'elle a par exemple assassiné son époux âgé. Afin d'éviter que Maître Rieder ne vide les prisons en 2009, une modification de la loi MPR a été votée dans l'urgence, le 15.01.2009, à la Chambre et au Sénat et signée par le Roi le 16.01.2009 et publiée le même jour au Moniteur belge¹².

III.2. Mais le paysan il continuait à labourer

Quatre déclarations gouvernementales en l'espace d'un an et 10 jours, cela devient relativement beaucoup. A ce rythme, les Belges de sexe masculin nés au 21^e siècle auront à avaler quelque 310 déclarations gouvernementales et leurs compatriotes de sexe féminin 333 tout au long de leur vie¹³. Heureusement, ces déclarations ont été de plus en plus courtes, avec plus que quatre petites pages de Herman Van Rompuy le mercredi 31.12.2008 à 11 h 43. Le temps pressait, c'était la Saint-Sylvestre. Et toutes les déclarations et toutes les promesses avaient déjà été faites si souvent.

¹¹ "Misschien moet het kakelen ophouden". Lettre d'opinion de Maître Hans Rieder. De Standaard 07.01.2009.

¹² Loi du 16.01.2009 modifiant les articles 189ter, 235ter, 335bis et 416 du Code d'instruction criminelle (M.B. du 16.01.2009).

¹³ "Perspectives de population 2007-2060"; Communiqué du Bureau fédéral du Plan du 08.05.2008. En extrapolant du tableau "Indicateurs vitaux et Mouvement de la population", nous pouvons dire que l'espérance de vie des Belges nés en 2008 est de 83,3 ans pour ceux de sexe féminin et de 77,4 ans pour ceux de sexe masculin.

Quand, au terme d'un processus de formation de gouvernement ayant nécessité 192 jours, Guy Verhofstadt est finalement arrivé à mettre sur pied un gouvernement intérimaire pour 90 jours, la déclaration gouvernementale de Verhofstadt III le 21.12.2007 était extrêmement concise concernant les soins de santé : *“5. Afin de pouvoir continuer à garantir la qualité supérieure de nos soins de santé, nous exécuterons strictement les décisions émanant du Conseil général. Concrètement, cela signifie que nous affecterons 340 millions d'euros aux dossiers urgents que constituent, par exemple, l'exécution de l'accord Médicomut, l'amélioration du traitement des malades chroniques ou l'extension du maximum à facturer. En concertation avec les entités fédérées, un plan général de lutte contre le cancer sera introduit. Nous engagerons une réserve à concurrence de 380 millions d'euros dans les soins de santé. Nous veillons de la sorte aux besoins d'aujourd'hui tout en épargnant pour ceux de demain.”*

Incertaine quant à son avenir politique après Verhofstadt III, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique nouvellement désignée Laurette Onkelinx (PS) s'est répandue sans attendre dans les médias le 13.01.2008 avec son "Plan cancer" habilement joué d'un point de vue politique mais médicalement très controversé. Le 10 mars 2008, elle a présenté son plan très élaboré et très détaillé au grand public¹⁴. Onkelinx succède à Didier Donfut aux Affaires sociales et à la Santé publique, lequel a occupé très brièvement le poste de Rudy Demotte mais nous ne l'y avons jamais remarqué.

Le 20.03.2008, Leterme I a concédé davantage d'espace rédactionnel dans sa déclaration gouvernementale aux soins de santé. Il souhaitait un gouvernement aidant les gens atteints d'une maladie ou frappés par une épreuve. Il souhaitait un gouvernement garantissant des soins de santé de qualité à un prix abordable, soutenant les familles et investissant dans un environnement sain.

Rudy Demotte succède à Marie Arena au poste de ministre-président de la Communauté française, celle-ci devenant ministre fédérale des Pensions. Demotte reste également ministre-président de la Région wallonne de sorte que d'aucuns le considèrent comme l'équivalent francophone de Kris Peeters, le ministre-président de la Flandre, où la Région et la Communauté coïncident depuis le début de la Réforme de l'Etat de 1980.

La déclaration gouvernementale de Leterme II le 14.10.2008 est légèrement plus concise que l'édition précédente mais sa "bonne gestion" exige encore toute une série de « to do's ». Yves Leterme pense notamment à l'introduction des montants de référence dans les hôpitaux, aux prix des implants, à la poursuite du plan cancer en y ajoutant les soins pour les malades chroniques et la promotion de la médecine générale.

Mais cela se termine de nouveau mal avec Leterme. L'impact politique de ses 800.000 voix de préférence semble s'être évaporé comme, à l'époque, les milliards de francs belges de l'entreprise très prometteuse de technologie vocale Lernout & Hauspie, dans son port d'attache de Ypres et comme les milliards d'euros dans les bourses belges et internationales durant le second semestre de 2008 et aujourd'hui encore. Demander par trois fois à être déchargé de ses fonctions (au Roi, du gouvernement) et obtenir une seule fois sa décharge (de l'hôpital Gasthuisberg de Louvain, au terme d'une maladie où le pronostic vital était engagé), c'est beaucoup.

Mais c'est le "Fortisgate", les tribulations autour de l'intervention de l'Etat à l'occasion de la crise financière et de la vente de ce qui était encore alors la plus grande banque belge, à savoir Fortis, qui est à l'origine du fait que Leterme a été contraint de disparaître

¹⁴ "Plan National Cancer : 3 jours pour en débattre, 30 visites sur le terrain et 30 actions pour le combattre ". Présentation de Laurette Onkelinx – Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. 10 mars 2008. Résidence Palace, Bruxelles.

prématurément dans les coulisses du CD&V. Du reste, Leterme a noué lui-même la corde autour de son cou. Devant la commission d'enquête sur la faillite de la Sabena intervenue le 07.11.2001 sous Verhofstadt I, Anne Spiritus-Dassesse, qui était à l'époque la présidente du tribunal de commerce de Bruxelles, a déclaré qu'elle s'était sentie mise sous pression par le cabinet du premier ministre Guy Verhofstadt avant qu'elle ne prononce la mise en faillite de la Sabena¹⁵. Mais Guy Verhofstadt avait une toute autre personnalité que Yves Leterme, le flagellant. Le premier était bien accepté par les francophones, le deuxième n'est jamais parvenu à se faire accepter par eux, bien au contraire, il suscitait une sorte de ressentiment spontané, principalement en raison de l'alliance que le CD&V avait conclue avec la N-V.A et qui avait permis au CD&V d'emporter les élections de 2007. Ce n'est pas non plus un hasard si, sur le rabat intérieur de la couverture de son livre de propagande électorale de 2007¹⁶, Guy Verhofstadt cite son grand inspirateur libéral, le philosophe britannique d'origine autrichienne Sir Karl Raimund Popper : "Optimism is a moral duty". Il est probable que l'ex-premier ministre Leterme pourrait se retrouver dans une autre définition de cette notion, à savoir celle du metteur en scène de théâtre de réputation internationale Franz Marynissen (°Malines, 04.04.1943) : "Optimisme is een gebrek aan informatie"¹⁷ (nous traduisons : l'optimisme est un manque d'information).

Du trio qui, le lundi 11 juin 2007, levait les mains en signe de triomphe, debout sur une table dans le quartier général du CD&V¹⁸, il ne reste plus personne dans le gouvernement Van Rompuy I. L'(ex-)premier ministre Leterme et son (ex-)ministre de la Justice Jo Vandeurzen attendent une éventuelle réhabilitation par la commission d'enquête chargée d'examiner la supposée violation de la séparation des pouvoirs dans le dossier Fortis¹⁹. La championne des voix de préférence Inge Vervotte, ex-ministre de la Fonction publique, a suivi sa conscience et a démissionné du gouvernement Leterme II car elle ne pouvait pas accepter que Didier Reynders (MR) se sorte sans mal et surtout impunément de la débâcle Fortis et car Patrick Dewael (ex-vice-premier ministre et ex-ministre de l'Intérieur, Open VLD) a été promu président de la Chambre des Représentants de Belgique malgré les scandales éclaboussant les hauts dirigeants de la police²⁰.

En ce qui concerne les affaires sociales et les soins de santé, je reproduis l'intégralité du court passage de la déclaration gouvernementale musclée du tout nouveau premier ministre Herman Van Rompuy du 31 décembre 2008 : «*La sécurité sociale est un élément essentiel de confiance dans l'avenir. Le Gouvernement se réjouit des résultats de la concertation entre les mutualités et les prestataires de soins. Cet accord²¹ permet de garantir la sécurité tarifaire et des réinvestissements visant à améliorer l'accès aux soins. Ici aussi, il est réjouissant que le modèle de concertation fonctionne.*»²²

Lors de la présentation du nouveau gouvernement le 31.12.2008 sur le perron du Palais royal, la ministre Laurette Onkelinx avait déjà laissé entrevoir aux photographes autour de qui le gouvernement tourne en réalité²³. Elle occupe une position tout à fait centrale au

¹⁵ "Fortis-commissie bijna rond". De Standaard, 06.01.2009.

¹⁶ "8JV- Een open boek - 8 jaar Verhofstadt" Copyright Guy Verhofstadt, 2007. V.U. : Bart Somers, VLD- Nationaal, Melsenstraat 34, 1000 Brussel.

¹⁷ Knack, 24.12.2008, p. 66.

¹⁸ Photo Reuters, page 3, De Standaard, 31.12.2008 – 01.01.2009.

¹⁹ La "commission spéciale chargée d'examiner la crise financière et bancaire" a été instaurée dès le 04.12.2008 mais elle n'est pas une commission d'enquête parlementaire à part entière.

²⁰ "De partij dacht dat ik het niet zo hard zou spelen". "Inge Vervotte kon niet anders dan opstappen". De Standaard, 31.12.2008-01.01.2009.

²¹ Le premier ministre Van Rompuy parle ici très certainement de l'accord médico-mutualiste conclu le 17.12.2008 mais qui n'est pas encore entré en vigueur (cf. point IV.).

²² Chambre des représentants de Belgique. CRIV 52 **PLEN 072**. Mercredi 31.12.2008, matin, pp. 11-12.

²³ Entre autres photo pleine largeur en une du journal De Standaard, 31.12.2008 - 01.01.2009.

milieu de la photo de groupe avec, symétriquement, quatre personnes à sa gauche et quatre personnes à sa droite. A sa gauche : le vice-premier ministre et ministre des Affaires étrangères Karel De Gucht (Open VLD), la vice-première ministre et ministre de l'Emploi Joëlle Milquet (CDH), le ministre de la Défense Pieter De Crem (CD&V) et tout à fait à gauche le ministre de la Justice (de retour à ce poste) Stefaan De Clerck (CD&V). A sa droite : le premier ministre Herman Van Rompuy (CD&V), le Roi Albert II, qui a convaincu Van Rompuy d'accepter le poste de premier ministre²⁴, ensuite le vice-premier ministre et ministre des Finances, Didier Reynders (MR), et enfin l'ex-ministre flamand du Bien-être, qui est désormais vice-premier ministre et ministre fédéral de la Fonction publique, Steven Vanackere.

Le départ de ce dernier du gouvernement flamand pour occuper un poste au fédéral était selon moi totalement attendu. Certes, le fait que cinq ministres flamands se soient succédé en l'espace de six ans au département flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille est moins grave que les quatre déclarations gouvernementales au fédéral en l'espace d'une année mais il fait malgré tout naître de sérieux doutes parmi certains groupements d'intérêts flamands quant au sérieux et surtout quant à la continuité de la politique : Mieke Vogels et Adelheid Byttebier (Groen!), Inge Vervotte et Steven Vanackere (CD&V) et, depuis le 06.01.2009, cinq mois avant les élections régionales et européennes du 07.06.2009, Veerle Heeren (CD&V)²⁵.

Le 31.12.2008, le nouveau premier ministre a prononcé 13 fois le mot "confiance" en à peine quatre pages de déclaration gouvernementale. Le 02.01.2009, il a obtenu la confiance de la majorité pour servir de guide à la Belgique durant cette année 2009 qui s'annonce très difficile et par la suite. Herman Van Rompuy a conclu le débat précédant le vote de confiance à la Chambre en ces termes : *"Chers collègues, pour conclure, ne jugez pas le gouvernement et la majorité sur ses intentions mais sur ses résultats! Pas ses résultats à très court terme: jugez-nous en 2011!"*²⁶

Les médecins feront de même, tout comme les millions d'autres citoyens qui se font du souci en ces temps incertains. Voici pour lui une citation de Montesquieu qui est un bon conseil à appliquer : « Quand il n'est pas nécessaire de légiférer, il est nécessaire de ne pas légiférer »²⁷. On réalise aussi d'emblée une économie sur les « pages de rectification » dans le Moniteur belge.

Entre-temps, il apparaît que le premier ministre Van Rompuy jouit auprès de la presse francophone d'un crédit plus grand que celui dont Letermé a un jour pu bénéficier²⁸. Est-ce parce que le CD&V a laissé filer le wagon de la N-VA? Est-ce parce que le gouvernement n'a obtenu la confiance que d'une minorité flamande au Parlement fédéral²⁹? Parce que les francophones savent qu'il ne faut pas s'attendre à une grande percée au chapitre de la réforme de l'Etat avant le 07.06.2009? Les Flamands de leur côté espèrent que l'utilisation du mot "confiance" par le nouveau premier ministre de la CD&V a davantage de contenu que la "bonne gestion" de son prédécesseur. Du mot par excellence qui, aux Etats-Unis, a permis

²⁴ "Koning verleidt Van Rompuy" (nous traduisons : le Roi séduit Van Rompuy). Titre en une du journal De Standaard, 29.12.2008.

²⁵ "Is Welzijn een stageplaats?" Lettre d'opinion de Jo Niel, directeur de la *Pluralistisch Platform Gehandicaptenzorg*. De Standaard 07.01.2009.

²⁶ Chambre des représentants de Belgique. CRIV 52 **PLEN 074**. Vendredi 02.01.2009, après-midi, p. 30.

²⁷ Le philosophe français Charles Montesquieu (18.01.1689-10.02.1755) est entre autres choses l'« inventeur » de la nécessité de la séparation des pouvoirs dans une démocratie.

²⁸ "Van Rompuy entre en frappant. Le nouveau patron reçu cinq sur cinq. Budget 2009, plan de relance, asile, BHV: 'Il organise, c'est bien.'" Le Soir, 07.01.2009.

²⁹ "Vertrouwensstemming. Vlaamse meerderheid stemt tegen regering Van Rompuy." De Tijd. 05.01.2009.

à Barak Obama de devenir le premier président noir, à savoir "Change", on n'a en tout cas pas encore vu grand-chose en Belgique sur le plan politique.

III.3. La plate-forme eHealth au Moniteur du 13.10.2008

III.3.1. Un accouchement politique difficile

Une des 105 lois "à peine" à avoir malgré tout été publiées en 2008 concerne la création de la plate-forme eHealth³⁰. Si nous comparons le texte publié au projet initial de la loi BeHealth de 2005, on peut dire que la croisade des organisations de médecins a incontestablement porté ses fruits. La duplicité au moment de l'élaboration du système dans la coulisse a cédé la place, en 2008, à une concertation au début du printemps et à un débat en été et après les grandes vacances. La campagne d'information intensive menée en direction des personnes concernées par le "père" de la plate-forme eHealth, Frank Robben, a malheureusement été lancée tardivement et surtout uniquement après l'examen rapide de la loi par le Parlement. La croisade de Robben a traversé d'innombrables salles de réunion de toutes tailles et a donné lieu à toutes sortes de publications, bien trop nombreuses pour pouvoir les énumérer. Il les tient à jour à une portée de clic. Via Google, vous arrivez en quelques secondes sur le website de ce e-mille pattes³¹. Dans notre propre secteur, nous n'avons pas arrêté de le croiser durant l'année 2008 dans toutes sortes de publications : la revue des affiliés des CM Visie³²; Citizen^e, le magazine de l'e-government³³; "InterVisie", le bulletin d'information des *socialistische mutualiteiten* pour les médecins³⁴; et à plusieurs reprises dans la "presse spécialisée" comme "Le Journal du Médecin" ou "Le Généraliste". Afin de couper l'herbe sous le pied de la résistance du front médical critique à l'égard de eHealth et d'une discussion organisée à Ostende sur le sujet³⁵ et en guise de riposte à mes critiques personnelles dans la presse en réaction à une de ses interviews³⁶, il a même invité le "Journal du Médecin" pour une interview à la fin du mois d'août 2008.

Le cumul de multiples fonctions de Frank Robben surtout reste intolérable pour bon nombre de gens. Il n'est donné aucune suite à l'objection fondamentale que cela conduit à une énorme concentration de pouvoir dans son chef. Les autorités politiques ont omis de faire de la plate-forme eHealth une entité distincte. En sa qualité de membre de la Commission de la protection de la vie privée, Monsieur Robben est non seulement l'architecte de la plate-forme eHealth mais il est également en mesure d'influencer cette commission. Au sein de la Commission de la protection de la vie privée, la section santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé doit veiller à la sécurité et à la protection de la vie privée des assurés sociaux dans le système. Elle doit également formuler des recommandations sur l'exécution et le respect de la loi sur la Banque Carrefour et de ses mesures d'exécution. Dans la mesure où Monsieur Robben est également administrateur général de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, tout le monde se demande si c'est bien compatible. Mais pas Frank Robben. A la question du journaliste du "Journal du Médecin" Pascal Selleslagh demandant pourquoi il ne renonce pas à son mandat au sein de la Commission de la

³⁰ Loi du 21.08.2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth (1). M.B. du 13.10.2008, pp. 54454 à 54465.

³¹ <http://www.law.kuleuven.ac.be/icri/frobben/press.htm>

³² "Frank Robben bouwt eHealth uit". CM-Visie, 05/09/2008.

³³ "Frank Robben: eHealth doit être dans les mains des utilisateurs". Interview. Citizen^e, le magazine de l'e-government. Sept. – Oct. N° 03-2008

³⁴ "eHealth: big brother of big invention?". Interview n° 3, troisième trimestre 2008.

³⁵ "eHealth in een ethisch en deontologisch perspectief". Vereniging voor Medische Ethiek v.z.w.; Oostende, 04.09.2008.

³⁶ "Wordt het eHealth platform een grabbelton voor politici?" Opinie. De Standaard 11.08.2008, en réaction à une interview de Guy Tegenbos avec Frank Robben: "Uw medisch dossier ligt niet te grabbel". De Standaard 09.08.2008.

protection de la vie privée, Robben répond sans sourciller : “Je ne vois pas pourquoi”³⁷ et laisse entendre par la même occasion que bien qu’il ne soit pas un magicien, il est très probablement le seul en Belgique à pouvoir garantir la protection du secret médical dans l’informatisation en marche de notre monde médical³⁸.

Il est intéressant de noter qu’il a fallu lancer quatre appels dans le *Moniteur belge*³⁹ pour arriver à recruter les candidats médecins nécessaires pour la section santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé de la Commission de la protection de la vie privée. Finalement, la Chambre des représentants a été en mesure de faire son choix. Pour pouvoir être nommé membre externe, effectif ou suppléant, de ce comité sectoriel, section santé, les candidats médecins intéressés devaient être compétents dans le domaine de la gestion de données de santé et ils devaient satisfaire à toute une série d’autres obligations. Ainsi, ils ne peuvent pas relever du pouvoir hiérarchique d’un ministre. Ils doivent être indépendants des institutions de sécurité sociale ainsi que des organisations représentées au sein du Comité de gestion de la Banque-Carrefour de la sécurité sociale et ne pas dépendre du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, du Centre fédéral d’expertise des soins de santé et du Registre du Cancer⁴⁰. Parmi les quatre médecins indépendants que la Chambre a finalement désignés pour la section santé du comité sectoriel, nous retrouvons le Prof. Dr Georges De Moor, biologiste clinique et président de l’Union Professionnelle Belge des Médecins Spécialistes en Gestion de Données de Santé du GBS. Son suppléant est le Prof. Dr Michel Deneyer, pédiatre et président du Conseil provincial du Brabant flamand de l’Ordre des médecins.

Le Prof. Michel Deneyer est également membre suppléant de la commission de contrôle dans le cadre du système d’information santé (S.I.S.)⁴¹. Non sans un certain étonnement, nous retrouvons également Frank Robben dans ce contexte flamand, en qualité de membre effectif désigné par la Commission de la protection de la vie privée. Nous voyons la situation sous un angle positif car sa personne constitue de ce fait un lien entre les législations flamande et fédérale.

Les sites de la Banque Carrefour (www.bcsc.fgov.be) et de l’Institut national de l’assurance maladie-invalidité (www.inami.be) sont “powered by Smals”. L’asbl Smals soutient et accompagne le programme de l’e-government dans le secteur social et dans le secteur des soins de santé. “Par un pur hasard”, Frank Robben en est l’administrateur délégué. La politique y joue un rôle important. Ainsi, le 05.03.2008, l’assemblée générale extraordinaire de l’asbl Smals a nommé encore un nouveau membre du Conseil d’administration à la demande de la ministre Onkelinx pour l’y représenter⁴².

Entre-temps, le Comité de gestion de la plate-forme eHealth, tel que constitué par arrêté royal du 17.12.2008,⁴³ a décidé, dans le cadre de sa première réunion du 20.01.2009⁴⁴, que la plate-forme eHealth adhère à Smals. Poser la question (si la plate-forme eHealth pouvait

³⁷ “Mister eHealth spreekt”. *Artsenkrant*, 29.08.2008.

³⁸ “Overheid mag gevoelige gegevens niet onbeveiligd doorsturen”. *Artsenkrant*, 29.08.2008.

³⁹ *Moniteurs belges* des 31.01.2008, 07.03.2008, 20.06.2008 et 31.07.2008.

⁴⁰ Fondation visée à l’article 45quinquies de l’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé, inséré par les articles 39-40 de la loi du 13.12.2006 portant dispositions diverses en matière de santé.

⁴¹ Ministerieel besluit van 04.11.2008 tot benoeming van de leden, de plaatsvervangende leden en de voorzitter van de toezichtcommissie in het kader van het gezondheidsinformatiesysteem in uitvoering van het Vlaams decreet van 16 juni 2006 betreffende het gezondheidsinformatiesysteem, articles 56, § 1, et 57.

⁴² Annexe du *Moniteur belge* du 08.04.2008. Numéro d’entreprise Smals 406.798.006. Codes greffe 05052036 / 08052037 du 27.03.2008.

⁴³ “Comité de gestion de la plate-forme eHealth. Nominations”. *Moniteur belge* du 21.01.2009-éd. 2.

⁴⁴ “eHealth van start met overvol beheerscomité”. *Artsenkrant*, 27.01.2009.

adhérer), c'était déjà y répondre. Comme il serait quelque peu gênant que Frank Robben, qui est administrateur général de la plate-forme eHealth, représente cette même plate-forme eHealth au sein de l'asbl Smals dont il est l'administrateur délégué, il est très probable que l'administrateur général adjoint occupera cette fonction prochainement.

Le cumul de toutes ces fonctions montre que Monsieur Robben mérite très certainement ses prix nationaux et internationaux ainsi que sa réputation. Toutefois, l'histoire politique récente nous apprend que des hauts fonctionnaires peuvent également se retrouver empêtrés dans des jeux de pouvoir politiques et, par conséquent, peuvent également être mis sous pression. Nous remarquons du reste que tout le monde n'est pas traité de la même façon. Le Prof. Dr Georges De Moor, expert en informatique de renommée internationale, ne pourrait pas, à ce que l'on dit, siéger au sein du Comité de gestion car il siège déjà dans le comité sectoriel⁴⁵. Pour Monsieur Robben, cela ne pose pas le moindre problème. Ce dernier peut être omniprésent. Même jusque dans le S.I.S. flamand.

Une des dix missions de la plate-forme eHealth consiste à recueillir, agréger, coder ou anonymiser et mettre à disposition des données utiles dans les soins de santé. La plate-forme eHealth doit agir "*en tant qu'organisme intermédiaire*". Le lexique de la Commission de la protection de la vie privée⁴⁶ définit ce type d'organisme comme : "*la personne physique, la personne morale, l'association de fait ou l'administration publique, autre que le responsable du traitement des données non codées, qui code des données à caractère personnel.*" Dans le jargon et dans les débats parlementaires et autres, on parle de "*third trusted party*" (TTP). Mais comment peut-on parler de "*autre*" of "*third*" lorsque le personnage clé est le même dans toutes les instances? Comment peut-on parler de "*trusted*" alors que l'Etat a une nouvelle fois tenté de glisser cette loi – qui influera considérablement sur la vie de chaque Belge à titre individuel – dans une des lois-programmes ou lois portant des dispositions diverses – en moyenne 4 par an – qui sont généralement examinées en toute hâte par le Parlement juste avant les vacances (cf. tableau 2, point III.2)? Cette fois encore grâce aux pressions exercées par les médecins, les dispositions d'une des "lois poubelles" ont finalement fait l'objet d'un projet de loi distinct, de sorte que la Chambre a pu débattre de manière approfondie concernant la plate-forme eHealth et organiser une audition le 24.06.2008. Ces discussions ont eu pour résultat 12 amendements contribuant principalement à améliorer la sécurité des données. Ces adaptations prouvent que le projet de l'Etat, qui avait pourtant obtenu l'accord de la Commission de la protection de la vie privée et du Conseil d'Etat, n'était pas finalisé. Par contre, le "*TTP principe*" réclamé par les médecins n'a pas été réalisé.

Le GBS et l'ABSyM ont dès lors réclamé une évocation du projet de loi par le Sénat. A son tour, le Sénat a obtenu des informations sur les objectifs de eHealth : l'optimisation de la qualité des soins de santé et de la sécurité du patient, la simplification des formalités administratives et un meilleur soutien de la politique des soins de santé. Compte tenu des fortes pressions, le Sénat a effectivement évoqué le projet mais, comme c'est apparu très rapidement ensuite, c'était joué d'avance. Le Sénat n'a pas introduit le moindre amendement de sorte que, après l'approbation par la Chambre le 09.07.2008, le Sénat a suivi le 18.07.2008. Même le sénateur le plus zélé et le plus critique du moment, à savoir notre confrère, biologiste clinique, Louis Ide, également membre du GBS, n'a visiblement pas pu introduire d'amendement. Le wagon de la N-VA n'avait à l'époque pas encore été lâché par la locomotive du CD&V et Frank Robben, qui avait la bénédiction du CD&V, n'a dès lors pas pu être remis en question. On appelle cela la discipline de parti, même si la N-VA et le CD&V à cet instant n'étaient plus reliés que par un fil ténu.

⁴⁵ "Waakhonden eHealth grotendeels bekend". Artsenkrant, 13.01.2009.

⁴⁶ <http://www.privacycommission.be/nl/lexicon/>

A la fin des vacances d'été, la patience de la N-VA avait atteint ses limites⁴⁷ et le parti a quitté aussi bien le gouvernement flamand que le cartel avec le CD&V⁴⁸. En Flandre, la débâcle politique était énorme⁴⁹ mais elle n'était encore qu'une infime fraction de ce qu'allait être le reste de l'année 2008. Si le sénateur Louis Ide avait disposé d'une boule de cristal durant la période entre la fête nationale flamande et la fête nationale belge lui annonçant la cure d'opposition qui approchait, il aurait peut-être quand même pu faire amender le projet de loi sur la plate-forme eHealth. Personne ne pourra jamais dire ce qui se serait alors passé. Il est possible qu'un report après les vacances aurait débouché sur une résistance mieux organisée de la part des groupements de médecins et des associations de patients. Le projet de loi est passé et la cérémonie de la pseudo-évocation a fait l'objet d'une mise en scène politique, avec moult paroles lénifiantes, orchestrée par le sénateur MR, le Prof. ém. Dr Jacques Brotchi, membre du GBS par le biais du Groupement professionnel de neurochirurgie. Une sénatrice de l'opposition, également médecin et membre du GBS, la cardiologue Lieve Van Ermen (Lijst De Decker), a qualifié cette manœuvre de faillite du système bicaméral⁵⁰.

Pourtant, les sénateurs – et plus particulièrement les médecins parmi eux – auraient dû réaliser que certains des députés durant le débat à la Chambre s'étaient montrés beaucoup plus intéressés par des objectifs de eHealth moins nobles que l'amélioration de la qualité et un service amélioré. Yvan Mayeur (PS) compte s'en servir pour installer un "kiwi informatique" où l'Etat pourrait acheter des médicaments pour réaliser des économies sur les dépenses dans le secteur pharmaceutique⁵¹. Quant à Luc Goutry (CD&V), il a laissé échapper au cours de l'examen du projet de la plate-forme eHealth qu'il faut que les autorités sachent comment les médecins travaillent et qu'il n'est pas bon que les médecins aient une liberté totale et que nous (les parlementaires) devons *"pouvoir disposer de statistiques et de données qui renseignent sur la manière de pratiquer les soins de santé"*⁵². Où se situent les limites? Car du fait de ses liens étroits avec les Mutualités chrétiennes, leur service d'études peut déjà lui transmettre toutes sortes d'informations.

Les associations de patients, tant la *Vlaams Patiëntenplatform* (VPP) que la Ligue des Usagers de Services de Santé (LUSS), ont posé des questions pertinentes concernant ce projet de loi. Qu'en est-il de leur droit de regard dans le dossier patient et de leur droit de copie? Comment un patient sait-il qu'en établissant un dossier électronique, un dispensateur de soins échangera des données via le système de transport eHealth et qui consultera ses données via la plate-forme eHealth? La loi n'apporte aucune réponse à ces questions et les associations de patients ne sont pas représentées au sein du Comité de gestion de la plate-forme eHealth. Elles devront se contenter d'un petit siège dans le Comité de concertation encore à constituer avec les utilisateurs de la plate-forme eHealth⁵³. Ce comité de concertation doit encore être créé par arrêté royal. Sur les 42 membres prévus par l'avant-projet d'A.R. pour ce comité, il y a 2 membres pour représenter les patients. Dans la pratique, cela signifiera 1 VPP et 1 LUSS. Les mutuelles reçoivent 7 membres et tous les dispensateurs de soins un total de 4. De plus, l'avant-projet d'A.R. stipule qu'il ne sera pas accordé de jetons de présence ou d'indemnité. La formule frais de déplacement ne figure

⁴⁷ "Bart De Wever: 'La patience a des limites.'" La Libre Belgique, 22.09.2008

⁴⁸ "Exit N-VA doorbreekt 15 maanden impasse". De Tijd, 23.09.2008.

⁴⁹ "CD&V is alles kwijt". Une du journal De Standaard, 23.09.2008.

⁵⁰ "Debat eHealth en het failliet van het tweekamerstelsel". Artsenkrant, 25.07.2008.

⁵¹ Doc 52 1257/003 Chambre des Représentants de Belgique 9 juillet 2008. Projet de loi relatif à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth. Rapport fait au nom de la commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société; page 72

⁵² Compte rendu intégral séance plénière Chambre des Représentants de Belgique, jeudi 10.07.2008 pm, page 72.

⁵³ Articles 22-23 de la loi du 21.08.2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth (1). M.B. du 13.10.2008, p. 54461.

pas dans l'avant-projet. Autrement dit un comité très attrayant, surtout pour les praticiens indépendants d'une profession de soins de santé.

Concernant l'utilisation de la plate-forme eHealth, la ministre Onkelinx a répondu à la Chambre : *“La principale valeur ajoutée réside dans le caractère facultatif et volontaire. Plus tard, peut-être apparaîtra-t-il pertinent de le rendre obligatoire. Ceci ne sera le cas que si la plate-forme aura gagné la confiance de ses usagers”*⁵⁴. Je ne sais pas si cela marchera en n'admettant pas les utilisateurs dans "leur" comité d'utilisateurs. En outre, le caractère facultatif de l'utilisation de la plate-forme eHealth est très hypothétique, même si Frank Robben continue à affirmer dans ses discours et dans ses présentations de dias que l'utilisation de la plate-forme est gratuite et facultative. Il ressort d'un des nombreux débats au Parlement que c'est loin d'être établi. La ministre Onkelinx, par le truchement du secrétaire d'Etat Délizée, a répondu sur ce sujet, le 09.12.2008, à une question de notre consœur Yolande Avontroodt (Open VLD) sur l'utilisation obligatoire de la plate-forme eHealth concernant les projets thérapeutiques en psychiatrie : *“Toute obligation de recourir à ces services devrait cependant faire l'objet de discussions avec les représentants des utilisateurs. Je ne suis pas d'avis qu'une telle contrainte serait contraire à la loi relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth.”*⁵⁵

Une discussion n'oblige à rien. La chance est donc réelle que tôt ou tard, cela devienne une obligation. Dans quelle mesure le président du Comité de gestion de la plate-forme eHealth nommé par A.R. du 17.12.2008, le Dr Jacques de Toeuf, pourra influencer sur le rouleau compresseur Robben, nul ne le sait. De 2005 à août 2008, le GBS et l'ABSyM ont mené ensemble une forte opposition durant le processus de création de (B)eHealth. L'ancien président de l'ABSyM J. de Toeuf, également membre fidèle de l'Union professionnelle des chirurgiens belges affiliée au GBS, a appelé, le 13.06.2008, à la mobilisation contre eHealth en des termes sans équivoque : *“10 millions de Belges vont se retrouver sur une liste noire de consommateurs de soins”*⁵⁶. Le front commun a enregistré d'excellents résultats. Surprenants même, puisqu'il a ainsi plu au Roi et à sa ministre Laurette Onkelinx et au chef de cabinet de celle-ci Laurence Bovy de nommer le Dr de Toeuf comme président du Comité de gestion. Jacques de Toeuf a déclaré dans la presse qu'il préférerait faire partie de ceux qui tirent les ficelles de la plate-forme eHealth⁵⁷. En ma qualité de membre du même comité de gestion, je ne peux que lui donner totalement raison. Le soussigné a ainsi déjà introduit une série d'amendements au projet de règlement d'ordre intérieur au lieu de l'approuver comme une formalité. Ce qui était probablement attendu des 31 membres. Une mauvaise expérience par le passé avec l'approbation à la hâte orchestrée d'un règlement d'ordre intérieur d'un autre organe, à savoir du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes en 2007, nous a incités à la prudence.

En parcourant l'histoire de eHealth, je constate que le GBS est en vérité une organisation belge pluraliste avec des ramifications étendues.

III.3.2. Les rhumatologues transformés en “cobayes”

Alors que la législation ne le permettait pas encore en fait – car la plate-forme eHealth s'est fait attendre plus longtemps que prévu – d'aucuns s'étaient entre-temps attelés à différents niveaux à l'échange électronique de données et à la prescription électronique dans le domaine de la santé. On ne sait pas toujours qui fait quoi et il nous est parfois difficile de

⁵⁴ Compte rendu intégral séance plénière Chambre des Représentants de Belgique, jeudi 10.07.2008 pm page 77.

⁵⁵ <http://www.dekamer.be/doc/ccra/pdf/52/ac390.pdf>

⁵⁶ “Mobilisation contre e-Health. ‘10 millions de Belges vont se retrouver sur une liste noire de consommateurs de soins’”. Le Journal du Médecin, 13.06.2008.

⁵⁷ “Beheerscomité eHealth: alle namen ingevuld”. Artsenkrant, 16.01.2009.

nous défaire de l'idée qu'il y a une certaine concurrence entre l'AFMPS⁵⁸, d'autres structures du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et l'INAMI. Il y a également eu pas mal de rotation au cours de ces dernières années entre ces instances.

Sans qu'il n'y ait encore la moindre base légale officielle, on s'est déjà attelé à plein régime à l'élaboration de projets concrets. Dans le contexte d' "eCare", on travaille à l'enregistrement des soins pour l'arthrite par les rhumatologues et au suivi des implants orthopédiques, sous la conduite des Drs Jean-Paul Dercq et Marc Bangels⁵⁹.

Les rhumatologues étaient demandeurs pour pouvoir utiliser, pour certaines pathologies, des documents spécifiques dans leurs dossiers électroniques. Cela a débouché sur une application web concernant le "dossier arthrite". Les rhumatologues universitaires avaient un intérêt particulier pour les applications scientifiques qui permettraient l'enregistrement anonyme des traitements anti-TNF. L'INAMI et les mutuelles avaient d'autres intérêts. Ils lorgnaient vers l'obligation d'enregistrement concernant " l'évolution et le pronostic" pour un traitement anti-TNF, comme indiqué dans les critères de remboursement réglementaires. Pour rendre tout ceci possible, les données cryptées doivent être partagées, ce qui nécessiterait de développer au moins deux systèmes de communication : une application web pour les rhumatologues ne disposant pas encore d'un dossier arthrite intégré et un service web pour les rhumatologues dont les données anti-TNF sont déjà stockées dans un dossier informatisé correctement développé. L'INAMI a obligé une collaboration avec Smals. L'identification et l'authentification sont réglées via la plate-forme eHealth. Au printemps 2007, l'enfant a été baptisé du nom SAFE (Shared Arthritis File for Electronic Use). Nombreux sont ceux à se demander si le système est réellement "safe" en matière de protection du secret médical et de respect de la finalité, à savoir recherche scientifique et suivi de l'évolution des deux affections systémiques invalidantes, l'arthrite rhumatoïde et l'arthrite juvénile idiopathique.

Tandis que l'application web est testée par un nombre restreint de rhumatologues idéalistes et est par conséquent encore loin d'être opérationnelle, le président de l'ASGB, le Dr Robert Rutsaert, a présenté le projet anti-TNF comme s'il était déjà en service, et ce à la grande satisfaction des rhumatologues⁶⁰. Dans le même article, Rutsaert déclare que tout est tout à fait "safe", car Frank Robben a garanti à l'ASGB une sécurité maximale. Après l'approbation à la Chambre et au Sénat durant la période des vacances en juillet 2008, il s'est constitué un front unitaire parmi les médecins contre la plate-forme eHealth. Seul l'ASGB s'en est distancié⁶¹. Au nom de l'Association des médecins rhumatologues de Belgique et de la Société royale belge de rhumatologie, le Dr Luc De Clercq a mis les points sur les i dans une lettre ouverte adressée à Robert Rutsaert⁶². L'application SAFE est compliquée et n'est pas adaptée comme instrument de soins. Elle ne peut pas être utilisée par les collaborateurs des rhumatologues, ce qui empêche une collaboration pluridisciplinaire. Le service web qui a pourtant été promis en même temps que l'application web n'est pas encore opérationnel mais, selon Frank Robben, qui en perçoit certainement le grand intérêt, on y travaille activement en ce moment. L'utilisation de SAFE est à fort coefficient de travail et nécessite par conséquent beaucoup de temps. Les mutuelles désirent utiliser "SAFE" pour effectuer des demandes d'anti-TNF par voie électronique. Les données de tous les formulaires de demandes seraient alors transmises aux organismes assureurs par l'autoroute de la plate-forme eHealth, comme Robben a coutume d'appeler son œuvre.

⁵⁸ Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé

⁵⁹ INAMI – Service des soins de santé – Direction Research, Development and Quality (RDQ)

⁶⁰ "ASGB distantieert zich van 'eHealth heisa'". Artsenkrant, 01.08.2008.

⁶¹ "Eenheidsfront rond eHealth versus het ASGB". De Huisarts, 07.08.2008.

⁶² "Open brief aan Robert Rutsaert". Artsenkrant, 28.08.2008.

Entre-temps, deux codes de nomenclature attendus depuis bien longtemps ont été créés pour les rhumatologues. Tout d'abord la réintroduction de la ponction articulaire avec comme libellé : *"Ponction diagnostique ou ponction thérapeutique d'une ou de plusieurs articulations des membres chez un patient souffrant de rhumatisme inflammatoire. K15"*⁶³ (code de nomenclature 478015 – 478026; honoraires actuels : 16,85 €). Et ensuite la prestation totalement novatrice : *"Evaluation standard par le médecin spécialiste en rhumatologie accrédité du processus actif de la maladie, de l'évolution et du pronostic, chez un patient avec une pathologie inflammatoire rhumatoïde, avec plan de traitement et rapport écrit au généraliste. K 55"*⁶⁴ (code de nomenclature 478030 – 478041; honoraires actuels : 61,77 €).

III.3.3. La prescription électronique de médicaments

Au rang des priorités de la plate-forme eHealth figure la mise au point de prescriptions électroniques juridiquement valables, notamment pour les médicaments. L'instauration de sources authentiques sécurisées, dans le cas présent des médicaments et des prescripteurs, y est indissociablement liée. L'intégration dans la plate-forme eHealth de la réglementation complexe concernant la remboursabilité et les systèmes de contrôle a priori et a posteriori doit conduire à une diminution des tracasseries administratives car, sinon, il n'y a pas grand intérêt à se lancer dans la prescription électronique. Par ailleurs, les organisations de patients ne sont pas demandeuses de la prescription électronique. Elles redoutent le dirigisme et un contrôle excessif de leur observance thérapeutique⁶⁵. Les médecins sont quant à eux demandeurs à condition qu'il soit d'abord mis fin à toute une série de tracasseries administratives, comme des petites règles insensées à respecter pour les prescriptions pour un patient ayant subi une amputation d'un membre (comme si ce membre allait repousser un beau jour) ou pour des patients présentant un diabète de type 1 (comme si le diabète allait disparaître soudainement), et bien d'autres exemples tout aussi ridicules. L'objectif ne peut quand même pas être d'automatiser les tracasseries.

Durant toute l'année 2008, le pharmacien Johan Van Calster a coordonné, en collaboration avec l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, le groupe "eMed" institué auprès du SPF Santé publique. Tous les aspects de la prescription électronique de médicaments ont été analysés au niveau des différents groupes de travail. Le temps presse car, entre-temps, les prescriptions de médicaments sont déjà traitées par voie électronique dans sept hôpitaux belges à titre de test, et ce alors que la législation ne le permet pas en fait. Le 22.12.2008, le Comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé un projet d'A.R. qui en établit la base légale⁶⁶.

L'APB avait entre-temps mis au point son propre système pour les pharmacies d'officine : "Recip-e". Fin 2007, le GBS est entré en contact avec "Recip-e" de manière indirecte. En 2008, le GBS a continué à suivre de près les développements dans le secteur de la pharmacie par les canaux parallèles de eMed auprès du SPF Santé publique (au sein duquel siègent le secrétaire général adjoint du GBS, le Prof. Dr Francis Heller, et le soussigné) et la création, fin 2008, d'un groupe de direction Recip-e avec les partenaires représentant

⁶³ Arrêté royal du 12.08.2008 modifiant l'article 20, par. 1er, g), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (M.B. du 12.09.2008 éd. 3. En vigueur à partir du 01.11.2008)

⁶⁴ Arrêté royal du 12.11.2008 modifiant l'article 20, par. 1er, g), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 04.12.2008)

⁶⁵ www.vlaamspatientenplatform.be "Opmerkingen Vlaams patiëntenplatform vzw bij het project Recip-e" (juin 2007) et "Standpunttekst rol apotheker" (janvier 2008).

⁶⁶ Note CSS 2008/476. Prescription électronique de médicaments en hôpital. Projet d'arrêté royal.

officiellement les groupes professionnels des pharmaciens et des médecins à l'INAMI⁶⁷. Depuis le lancement du projet il y a environ trois ans, le noyau du projet Recip-e est constitué du Prof. ir Marc Nyssen, service d'informatique médicale de la VUB, du Dr Theo Putzeys, médecin généraliste et médecin spécialiste agréé dans la gestion de données de santé ainsi que de gens de l'APB dont le secrétaire général Dirk Broeckx, de Pharmaplanet (Medical Web Services) et de Belgacom⁶⁸.

III.3.4. Enregistrement euthanasie comme service à valeur ajoutée

Le 9 septembre 2008, la ministre Laurette Onkelinx a envoyé à tous les médecins belges une circulaire concernant la déclaration de volonté d'euthanasie pour leur annoncer la bonne nouvelle que depuis le 1^{er} septembre 2008, les déclarations de volonté d'euthanasie peuvent être enregistrées au niveau des administrations communales dans la banque de données du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. La loi sur la plateforme eHealth, qui établit la base légale pour ce service à valeur ajoutée, comme c'est son nom dans les exposés de Frank Robben, a été signée il est vrai il y a déjà 19 jours par Albert II de Belgique (21.08.2008) mais n'a pas encore été publiée (13.10.2008). La précipitation était donc de mise. La ministre n'a pas jugé utile d'attendre l'entrée en vigueur.

Supposons qu'un autre écrivain célèbre ne trouvant plus ses mots, souhaite poser d'urgence un acte courageux pour servir d'exemple au commun des mortels, souhaite prendre un aller simple pour atteindre le nirvana et le faire en live à la radio et à la télévision, il peut maintenant en informer par voie électronique n'importe quel médecin, pour autant, tout au moins, que ce dernier dispose d'un lecteur pour sa carte d'identité électronique, trouve l'adresse exacte sur <http://www.ehealth.fgov.be> et, comme la ministre Onkelinx le réclame aux médecins, tape le nom du patient en respectant scrupuleusement l'orthographe du nom. Peut-être également le sexe exact car, le 13.01.2009, nous avons reçu du SPF Santé publique une lettre nous demandant de bien vouloir soumettre à *monsieur* le ministre une double liste de noms en vue du remplacement d'un confrère dans une des nombreuses commissions d'agrément. "The devil is in the details" ou, à l'attention de Frank Robben, "Le bon Dieu est dans le détail"⁶⁹.

Le système eBirth est également lancé pour faire contrepoids. Toutefois, du fait de plusieurs maladies de jeunesse, il a un léger retard par rapport à l'enregistrement euthanasie. First things first! La première application peut éventuellement permettre de réaliser des économies dans l'assurance-maladie. En ce qui concerne la deuxième, il faut attendre presque un quart de siècle avant que les nouveau-nés actuels ne paient des impôts.

La jeunesse ne peut pas attendre aussi longtemps, de sorte que les fils et/ou petit-fils Open-VLD, le député Mathias De Clercq (° 26.12.1981) et le sénateur Jean-Jacques De Gucht (°09.12.1983), ont déposé des propositions de loi sur l'extension de l'euthanasie aux enfants, aux gens déments et aux personnes inconscientes. Cela a suscité des réactions très indignées, entre autres du pilier catholique⁷⁰. L'Open VLD n'a été suivi en Flandre que par le SP.a avec Jacinta De Roeck (°31.07.1956). Tous les partis francophones se défilent. Du côté francophone de la frontière linguistique, le fait qu'il n'y a guère de déclarations d'euthanasie reste une constante. De 2003 à 2008, il y a eu 1.901 déclarations d'euthanasie⁷¹, soit une moyenne de 31,7 par mois. De ce chiffre, 1.584 ont été constatées en Flandre (83,3 %), soit une moyenne de 26,4 par mois, et 317 en Belgique francophone

⁶⁷ L'ABSyM et le Cartel pour les médecins et l'APB et Ophaco pour les pharmaciens.

⁶⁸ "Project elektronisch voorschrift van start". Artsenkrant, 02.03.2007.

⁶⁹ L'expression française originale est attribuée à Gustave Flaubert (1821-1880) mais sa transcription anglaise est plus connue.

⁷⁰ "Ons ethisch beleid is transparanter dan in veel niet-katholieke ziekenhuizen. Caritas Catholica verontwaardigd over euthanasieoffensief Open VLD". De Morgen, 27.03.2008.

⁷¹ Source : Commission fédérale de contrôle de l'euthanasie.

(16,7 %), soit une moyenne de 5,3 par mois durant cette période de cinq ans (cf. tableau 3). De chaque côté de la frontière linguistique, le nombre de déclarations a progressé, entre 2003 et 2007, de manière égale d'un facteur 2,1. Selon le Prof. ém. Dr Marc Englert, membre de la Commission fédérale de contrôle de l'euthanasie, cette différence qui n'a pas d'explication médicale est due au fait que les médecins francophones feraient preuve d'un état d'esprit plus paternaliste et élitiste⁷².

Nombre de cas d'euthanasie 2003-2007

Année	Total	Fламандs	Francophones
2003	235	196	39
2004	349	304	45
2005	393	332	61
2006	429	340	89
2007	495	412	83
Total	1.901	1.584	317

Source : Commission fédérale de contrôle de l'euthanasie

Tableau 3

Les chiffres de 2008 ont été rendus publics juste avant cette assemblée générale⁷³. Il y a eu 705 déclarations d'euthanasie au total : 579 par des Flamands (82,1 %) et 126 par des Belges francophones (17,9 %). La répartition des déclarations est par conséquent inchangée. Par contre, le nombre absolu a progressé de 42 % par rapport à l'année 2007.

Dans ce contexte, je cite un passage allégorique de ma réaction publiée tant dans "De Huisarts" que dans "Artsenkrant" en réponse à un article provocateur du Dr Georges Casteur⁷⁴. (nous traduisons) *"Si nous n'y prenons pas garde, les teams d'euthanasie (eu-teams) de la plate-forme e-Health en chantier pourront servir d'indicateurs. Elles peuvent fonctionner comme tiers de confiance et, à ce titre, convertir des données à caractère personnel en données anonymes ou codées qui pourront ensuite être mises à la disposition [...] des responsables politiques [...]. L'institution de la plate-forme eHealth auprès de la Banque Carrefour de la sécurité sociale [...fait que...] la plate-forme eHealth pourra être développée à moindre coût et plus rapidement."*⁷⁵. *Avec le bon code de l'e-team, l'eu-team sait ce qu'il reste à faire. Quelques élus des castes Alpha ou Bêta d'Aldous Huxley définissent la stratégie dans le plus grand secret, occupent tous les postes dans les organes de décision finaux et concentrent tous les pouvoirs dans un Super alpha qui regroupe en lui la direction au quotidien tant de la Banque Carrefour que de la plate-forme eHealth. Les dispensateurs et les bénéficiaires de soins des castes Gamma, Delta et Epsilon mettent en garde contre les dangers imprévisibles mais ils sont systématiquement éconduits et accusés de paranoïa. L'allégorie et la réalité sont beaucoup plus proches que bien des gens ne le pensent. Même le brave citoyen informatisé et préoccupé laissant à des entreprises de la Silicon Valley le soin de tenir à jour son dossier médical ne réalise pas exactement dans quoi il met les pieds"*^{76, 77}.

III.3.5. Projets thérapeutiques et psychiatrie

⁷² "Ethique. 80 pc des euthanasies se font en Flandre". La Libre Belgique, 14.04.2008. "Selon le Dr Marc Englert ... il existerait un état d'esprit plus paternaliste et plus élitiste chez les médecins francophones."

⁷³ "705 déclarations d'euthanasie en 2008". La Dernière Heure, 04.02.2009.

⁷⁴ "The brave new death of hoe de dood institutionaliseren". De Huisarts 01.05.2008 et Artsenkrant 06.05.2008.

⁷⁵ Note de politique générale de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique du 03.04.2008; p. 23, point 6. eHealth.

⁷⁶ "Brave New Death (bis)". Artsenkrant, 16.05.2008.

⁷⁷ "Brave New Death (2)". De Huisarts, 22.05.2008.

En 2006, le Comité de l'assurance de l'INAMI s'est lancé dans la mise en place d'un système définissant un maximum de projets dans les soins de santé mentale sur base d'un budget alloué à cet effet. La base de cette nouvelle approche est contenue dans l'arrêté royal du 22.10.2006⁷⁸. En mars 2007, le Comité de l'assurance a approuvé 78 projets⁷⁹. Durant l'année 2008, une lettre obligeant ou qui obligerait les dispensateurs de soins dans le secteur des soins de santé mentale à utiliser la plate-forme eHealth s'ils souhaitent bénéficier du financement de l'INAMI, a suscité quelques remous. Et ce au moment où la plate-forme eHealth était encore en chantier et alors que Frank Robben continuait à annoncer *urbi et orbi* à son auditoire que l'utilisation de cette plate-forme ne serait pas obligatoire. Le 28.01.2009, le Dr Ri De Ridder a répondu au Dr Yolande Avontroodt qu'il s'agit encore d'un *projet* de lettre dans l'attente de l'avis de la section santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé de la Commission de la protection de la vie privée.

La crainte de rompre la confidentialité médicale est probablement encore plus importante dans le secteur des soins de santé mentale que dans les branches strictement somatiques de la médecine. Un tiers des personnes devant suspendre leur activité professionnelle pour une longue durée doivent le faire en raison d'un trouble psychique⁸⁰. Lorsque ces gens souhaitent à nouveau se mettre au travail, ils doivent être certains qu'il ne peut pas y avoir de sélection a priori par des employeurs potentiels sur base de leurs possibilités psychiques.

A la suite du drame survenu à Termonde le vendredi 23.01.2009 où un jeune homme de 20 ans souffrant de problèmes psychiques a commis un massacre dans une crèche, la question de l'attitude à tenir à l'égard de patients présentant un trouble psychique et de l'enregistrement de leur état de santé se pose de manière plus précise que jamais. La société peut-elle être protégée contre l'impensable? Faut-il abonder dans le sens de ceux qui réclament l'enregistrement de ce type de patients? A quelle fin?

Dans le secteur des soins de santé mentale, les listes d'attente sont longues et encore plus en ce qui concerne la psychiatrie juvénile. Des avertissements ont été lancés à plus d'une occasion mais pour répondre aux besoins, il convient de mettre en place un plan pluriannuel. Ils sont rares les jeunes médecins à se sentir attirés par cette discipline difficile⁸¹ qui comporte aussi certains risques particuliers. Il suffit de penser à l'affaire Geneviève Lhermitte⁸², où le rôle du psychiatre traitant est mis en cause⁸³. Des efforts ont été consentis sur le plan financier en 2008 tant via l'accord médico-mutualiste – et ils seront poursuivis en 2009 – qu'à petite échelle en termes d'infrastructure, avec huit nouveaux centres d'accueil (fédéraux) pour les jeunes présentant un trouble du comportement et agressifs ainsi que six équipes mobiles pouvant accompagner les jeunes dans leur environnement. Le débat a un relent communautaire désagréable car l'attitude du pouvoir fédéral à l'égard des soins psychiatriques en Flandre paraît apathique. C'est pourquoi le billet d'humeur du journaliste du journal *De Standaard*, Guy Tegenbos, n'est pas passé inaperçu : "Geen kankerplan maar GGZ-plan nodig"⁸⁴ (nous traduisons : "Point besoin d'un plan cancer mais bien d'un plan

⁷⁸ Arrêté royal du 22.10.2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, par. 2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale (M.B. du 06.11.2006; éd. 1).

⁷⁹ "RIZIV financiert 78 therapeutische projecten". *Artsenkrant*, 03.04.2007.

⁸⁰ "Een derde van de invaliden heeft een psychische aandoening". *De Standaard*, 16.07.2007.

⁸¹ "Profession en guerre demande renforts". *Journal du Médecin*, 19.10.2007.

⁸² Geneviève Lhermitte, dépressive, a tué ses cinq enfants le 28.02.2007 à Nivelles en leur tranchant la gorge. Le 18.12.2008, elle a été déclarée responsable de ses actes par le jury populaire et condamnée à la perpétuité pour homicide (multiple) avec préméditation. La psychiatrie perd sur deux tableaux dans cette affaire.

⁸³ "De nachtmerrie van elke psychiater". *De Standaard*, 12.12.2008.

⁸⁴ *De Artsenkrant Column*, 02.12.2008.

SSM"). Jusqu'à quel point les choses peuvent aller mal, sans parler du nombre journalier de suicides réussis qui est en moyenne de 6,7 en Belgique, on a pu s'en apercevoir sept semaines plus tard de façon horrible à Termonde. Le monde est dans l'incompréhension et la machine médiatique en profite. L'avenir des soins de santé mentale apparaît encore plus sombre aujourd'hui, malgré des propos rassurants disant que tous les patients souffrant d'une psychose ne deviennent pas violents ou des meurtriers⁸⁵.

III.4. No fault

La procession d'Echternach concernant l' "Indemnisation des dommages résultant des soins de santé", connue depuis des années sous le terme de "No fault", a clairement reculé de plusieurs pas en 2008. Le 04.07.2008, le Conseil des ministres a décidé que les experts étudieraient à nouveaux quatre questions particulières. Très sommairement, il s'agit de :

- 1) différence entre les dommages sévères ou non
- 2) estimation des dommages par rapport aux dommages évitables ou inévitables
- 3) le droit de subrogation pour les mutuelles
- 4) la possibilité pour les victimes d'aller en appel

Les professeurs de droit Jean-Luc Fagnard, U.L.B., qui a entre-temps pris sa retraite, et Thierry Vansweevelt, UIA, sont enlisés depuis longtemps dans ce dossier. Initialement au SPF (qui portait encore le nom de ministère à l'époque) de la Santé publique, ensuite de plus en plus dans les cabinets de toutes sortes de ministres PS, je suis témoin depuis environ 18 ans de l'importance du désaccord entre ces deux experts. Après toutes ces années de discussions, remettre, à sa demande, une "note d'orientation" de neuf pages à Laurence Bovy, la chef de cabinet de la ministre Onkelinx laissait déjà entrevoir qu'il n'y avait pas encore de rapprochement et que la solution n'était pas encore en vue.

Le GBS s'est provisoirement retiré de ce débat sans fin. Des années durant, pourtant, nous y avons travaillé activement⁸⁶. Dans mes rapports annuels, ce dossier est traité quasi systématiquement. Cela a d'ailleurs aussi été le cas l'année dernière⁸⁷. Nous pouvons tranquillement compléter la petite liste cynique projetée par le Professeur Fagnard, le 17.03.2007, à l'occasion d'un exposé sur le "No Fault" :

1991	: rien n'a changé
1994	: rien n'a changé
Verhofstadt I	: rien n'a changé
Verhofsfadt II	: rien ne changera
Verhofstadt III	: rien n'a changé
Leterme I, II	: rien n'a changé
Van Rompuy I	: Obama changera!

Je suis maintenant les chamailleries sur le banc de l'ABSyM et, depuis cinq ans, en tant que membre du Conseil d'administration du KCE⁸⁸. Le KCE a déjà publié plusieurs rapports HSR (Health care services research) sur ce thème :

⁸⁵ Cf. notamment : "Heureusement, tous les schizophrènes ne commettent pas de meurtre! Dr Maurice Berger, chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Etienne (France), Professeur associé de psychologie de l'enfant à l'Université de Lyon II". Le Soir, 27.01.2009.

⁸⁶ Cf. notamment rapport annuel 2002 du GBS : "Les soins de santé, un schizomycète pourpre tacheté de points verts". Point II.5.2. ... tandis que l'assurance responsabilité professionnelle avance à un train de sénateur.

⁸⁷ Rapport annuel 2007 du GBS : "Toscane-sur-Senne". Point III.8. "No fault".

⁸⁸ Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

- 1) Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale (KCE reports 2B; 21.07.2004).
- 2) Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale. Phase II : développement d'un modèle actuariel et premières estimations (KCE reports 16B; 20.07.2005).
- 3) Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale – Phase III : affinement des estimations (KCE reports 35B; 26.06.2006).
- 4) Les infections nosocomiales en Belgique, volet 1: étude nationale de prévalence (KCE reports 92B; 12.11.2008).
- 5) Les infections nosocomiales en Belgique, volet 2: impact sur la mortalité et sur les coûts (KCE reports 102B, 02.02.2009).

Le but de toutes ces études est d'approcher avec un certain degré de certitude le coût réel de ces systèmes no fault, y compris le coût des infections nosocomiales. "Une" loi a entre-temps été publiée⁸⁹. Cette loi s'est révélée être quelque chose d'éphémère. Fin 2007, la date d'entrée en vigueur a dû être adaptée en toute hâte lorsqu'il est apparu que la date du 01.01.2008 ne pourrait absolument pas être respectée⁹⁰. Une édition supplémentaire du Moniteur belge a même été publiée le tout dernier jour de l'année 2007 pour éviter des catastrophes.

C'était peine perdue. Fin 2008, il n'a pas fallu une loi mais deux pour annuler le risque de non-assurabilité de toutes les prestations de santé. Il a d'abord fallu supprimer les mots "et au plus tard le 1^{er} janvier 2009" à l'article 35, § 1^{er}, de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé⁹¹. Et il a ensuite également fallu supprimer les mots "et au plus tard le 1^{er} janvier 2009" à l'article 5 de la loi du 15 mai 2007 concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, modifié par la loi du 21 décembre 2007⁹².

Avec ces hauts faits juridiques, on arrive aisément à remplir quelques centaines de pages du Moniteur belge supplémentaires chaque année. Quatre lois, des centaines d'heures de débats, d'études et de travail rédactionnel et ni le patient ni le médecin n'ont avancé d'un pouce. A ce rythme, le Prof. Vanswevelt partira également à la retraite avant l'entrée en vigueur de la loi "No Fault".

⁸⁹ Loi du 15.05.2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (I) (M.B. du 06.07.2007) .

⁹⁰ Loi du 21 décembre 2007 modifiant la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (M.B. du 31.12.2007 éd. 4)

⁹¹ Loi du 22.12.2008 portant des dispositions diverses (I) (1). (M.B. du 29.12.2008 éd. 4, chapitre 2, article 97.

⁹² Loi du 22.12.2008 portant des dispositions diverses (II) (1). (M.B. du 29.12.2008 éd. 4. Chapitre unique. Modification de la loi du 15 mai 2007 concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

III.5. Numerus clausus, Master après Master et formation de spécialistes

III.5.1. Numerus clausus

L'A.R. du 30.05.2002 relatif à la planification de l'offre médicale⁹³ a été abrogé le 01.07.2008. Suite aux nombreuses discussions au sein de la Commission de planification - Offre médicale, il a été modifié à plusieurs reprises au cours de sa courte existence : par les A.R. des 11.07.2005 (M.B. du 03.08.2005), 08.12.2006 (M.B. du 22.12.2006), 26.04.2007 (M.B. du 16.05.2007) et 26.04.2007 (M.B. du 07.06.2007). Toutes ces modifications qui ont donné lieu à des nombres toujours différents de médecins admis sur le marché du travail de l'INAMI, sont maintenant annulées par le nouvel A.R. du 12.06.2008⁹⁴. Le résumé présenté dans le tableau 4 nécessite quelques explications.

Esquisse de la situation de la planification de l'offre médicale

A.R. du 30.05.2002 (abrogé le 01.07.2008) : CANDIDATS									
	Nombre total			Médecin généraliste			Médecin spécialiste		
	Total	N	F	Total	N	F	Total	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2006	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2007	700	420	280	300	180	120	400	240	160
A.R. du 12.06.2008 (en vigueur à partir du 01.07.2008) : CANDIDATS ATTESTES									
2008	757	454	303	300	180	120	457	274	183
2009	757	454	303	300	180	120	457	274	183
2010	757	454	303	300	180	120	457	274	183
2011	757	454	303	300	180	120	457	274	183
2012	890	534	356	300	180	120	590	354	236
2013	975	585	390	300	180	120	675	405	270
2014	1.025	615	410	300	180	120	725	435	290
2015	1.230	738	492	360	216	144	870	522	348
2016	1.230	738	492	360	216	144	870	522	348
2017	1.230	738	492	360	216	144	870	522	348
2018	1.230	738	492	360	216	144	870	522	348

Résumé de l'A.R. du 12.06.2008

Tableau 4

Là où, auparavant, on parlait de candidats qui devaient entrer dans le contingentement, il est maintenant question de "candidats attestés". L'académisation, instaurée sous le ministre Marcel Colla en 1999⁹⁵, est maintenant définie plus strictement avec cet A.R. (cf. article 1 de l'A.R. du 12.06.2008). Moyennant cette attestation octroyée par la personne en charge de la direction d'une faculté de médecine d'une université belge et limitée à l'année visée par l'attestation universitaire, un candidat peut avoir accès à une formation professionnelle complémentaire au terme des études de médecine d'une durée de sept ans (jusqu'à présent) (art. 2). Le nombre maximum de "candidats attestés" ayant accès à une formation menant à l'un des titres professionnels de l'article 1^{er} de l'A.R. du 25 novembre 1991⁹⁶ (les titres professionnels de base) est résumé dans la partie de gauche du tableau 4 (art. 3). A l'article 4, l'A.R. fixe les nombres minimums pour les médecins généralistes (partie centrale

⁹³ A.R. du 30.05.2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 14.06.2002 éd.1).

⁹⁴ A.R. du 12.06.2008 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 18.06.2008).

⁹⁵ L'A.R. du 16.03.1999 (M.B. du 24.06.1999) insère dans l'A.R. du 21.04.1983 fixant les modalités de l'agrégation des médecins spécialistes et des médecins généralistes la phrase suivante : "Le plan de stage est accompagné d'une attestation qui prouve que le candidat est retenu par une faculté de médecine pour la discipline dans laquelle il compte se former."

⁹⁶ A.R. du 25.11.1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, article 1 (M.B. du 14.03.1992).

du tableau 4) et pour certaines spécialités. La partie de droite du tableau 4 comprend également ces nombres minimums imposés de spécialistes qui sont énumérés à part :

- 20 psychiatres infanto-juvéniles (12 flamands, 8 francophones)
- 10 acutistes (6 flamands, 4 francophones)
- 5 urgentistes (3 flamands, 2 francophones)

Contrairement à l'ancien A.R. du 30.05.2002, il n'est plus fait mention de minimums pour les autres spécialités. La question de savoir si une autorégulation réussira mieux ainsi a donné lieu à un vaste débat au sein de la Commission de planification - Offre médicale mais, majorité contre minorité, la fixation de minimums par A.R. a été limitée aux médecins généralistes et à 3 des 34 spécialités visées à l'article 1 de l'A.R. du 25.11.1991 avec la liste des spécialités agréées.

L'article 5 énumère les spécialités non comptabilisées dans le contingentement : la gestion des données de santé, la médecine d'assurance et l'expertise médicale, la médecine légale, la médecine du travail, les médecins militaires, les 16 titres professionnels particuliers visés à l'article 2 de l'A.R. du 25 novembre 1991 (par exemple "et en médecine nucléaire in vitro"), les médecins d'un Etat membre de l'UE qui ne sont pas en mesure de suivre une formation complète pour obtenir le diplôme de médecin dans leur propre pays et enfin les candidats possédant un diplôme de fin d'études délivré avant l'année 2004.

Pendant ce temps, il y a inondation d'annonces de "pénurie" et de "reçus-collés" en Belgique francophone. Les termes "reçus-collés" sont tirés du jargon du traitement de texte. "Paste and copy". "Couper et coller." C'est de cette façon que les responsables politiques francophones à Bruxelles traitent les étudiants en médecine au sud de la frontière linguistique. L'été dernier, la presse francophone a multiplié à juste titre les articles sur le traitement particulièrement injuste des étudiants ayant réussi leurs examens de médecine de première année mais qui n'étaient pas autorisés à continuer leurs études^{97, 98, 99}.

La caste politique francophone fait depuis des années comme si de rien n'était et cela fait des années que leurs gouvernements successifs (régionaux et communautaires) en rejettent la responsabilité sur 'le fédéral'¹⁰⁰. Les universités francophones organisent pourtant depuis des années un examen d'entrée en médecine vétérinaire et pour les ingénieurs civils, ce que les Flamands n'ont jamais fait ou ne font plus depuis de nombreuses années. Pas un mot à ce sujet dans les médias. Un "reportage choc" de "Questions à la une" du 17.09.2008 fait bondir les citoyens belges. Ils ne trouveront bientôt plus de médecins!¹⁰¹ Beaucoup d'exagération¹⁰². Si on voulait comparer les chiffres avec les autres pays occidentaux, on arriverait vite à la conclusion que la Belgique a encore toujours un excédent important de médecins, surtout du côté francophone.

Mais, rétorque-t-on, il faut se baser sur des chiffres exacts. La Belgique dispose de beaucoup de chiffres, peut-être trop, car ceux de l'INAMI ne correspondent pas à ceux du SPF Santé publique. Le tableau 5 montre que les chiffres du SPF Santé publique divergent parfois considérablement de ceux de l'INAMI¹⁰³. Au niveau des totaux, la différence INAMI vs SPF est encore plus nette : -3,31 % (2005), -3,85% (2006) et -4,22 % (2007). Les chiffres de l'INAMI sont inférieurs dans toutes les catégories à ceux du SPF, sauf en ce qui concerne

⁹⁷ "Reçus-collés: 200 repêchés en 2 ans". Le Soir, 19-20-21.07.2008.

⁹⁸ "Reçus-collés: le dossier est paralysé. Le numerus clausus explose ... politiquement". Journal du Médecin, 29.08.2008.

⁹⁹ "Le numerus clausus ulcère. Les étudiants 'reçus-collés' se rebiffent". Le Soir, 15.09.2008.

¹⁰⁰ "Les Communautés subissent la décision du fédéral". Le Soir, 15.09.2008.

¹⁰¹ "La une. La pénurie médicale, entre info et intox". Le Soir, 17.09.2008.

¹⁰² "La pléthore est morte, vive la pénurie". Journal du Médecin, 23.09.2008.

¹⁰³ "Professionnels des soins de santé agréés en Belgique. Statistiques annuelles au 31/12/2007". Bruxelles, juin 2008 et rapport annuel 2007 de l'INAMI.

les candidats médecins généralistes. Là ils sont respectivement de 15,1 % (2005), de 15,3 % (2006) et de 3,5 % (2007) supérieurs.

	2005		2006		2007	
	SPF	INAMI	SPF	INAMI	SPF	INAMI
Médecins généralistes agréés	14.412	14.179	14.464	14.273	14.519	14.220
Candidats médecins généralistes	584	672	503	580	510	528
Médecins spécialistes agréés	21.599	20.372	22.256	20.801	22.890	21.459
Candidats médecins spécialistes	3.641	3.588	3.366	3.598	3.273	3.447
Médecins sans titre professionnel particulier agréé	3.477	3.365	3.647	3.174	3.651	3.185
Médecins domiciliés en Belgique	43.620	42.176	44.124	42.426	44.727	42.839

Source :

Tableau 5

- SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement : « Professionnels des soins de santé en Belgique. Statistiques annuelles au 31/12/2007. Page 4 »
- INAMI, Rapport annuel 2007; page 89

De plus les chiffres ne disent rien de l'activité des 44.727 médecins enregistrés en Belgique par le SPF Santé publique. Pour cela, il faut un cadastre médical et celui-ci est apparemment beaucoup plus difficile à mettre en place qu'on ne l'avait pensé initialement. Après de très nombreuses questions parlementaires portant sur la date d'entrée en vigueur, le ministre a fait savoir à la fin janvier 2009 que les premiers résultats du cadastre médical seront présentés officiellement le 25.04.2009 à l'occasion d'un colloque spécial. A partir de là, le cadastre pourrait être utilisé pour fournir à la commission de planification des chiffres corrects au lieu de devoir se débrouiller avec des fondements théoriques et des approximations. Ou avec une mini-enquête comme celle réalisée par le GBS à la fin 2007. Entre-temps, madame Muriel Gerkens, présidente de la commission Santé publique, dément malheureusement le fait que le cadastre puisse être utilisable rapidement car il ne contiendrait que de très maigres informations¹⁰⁴. En outre, elle pense que la loi doit être modifiée afin de pouvoir publier davantage de données utiles par le biais du cadastre.

Les présidents et secrétaires de toutes les unions professionnelles s'étaient vu demander s'ils ressentaient une pénurie dans leur spécialité respective et ils avaient répondu par un oui très timide. Une pénurie "ressentie" (cf. tableau 6) était observée chez les gériatres (dans son rapport annuel 2007, l'INAMI communique pour la première fois le nombre de gériatres : 234), les neurologues, les psychiatres et les neuropsychiatres, en médecine physique et chez les pédiatres (hospitaliers). Par "ressenti", on entend que ces spécialistes sont bien présents mais pas au bon endroit. La pédiatrie en est un parfait exemple : le nombre de pédiatres a progressé de 19 % en l'espace de 7 ans (passant de 1.320 à 1.571) et pourtant c'est toujours difficile d'attirer un pédiatre dans un service hospitalier. Nous ne pouvons qu'espérer que la revalorisation financière conséquente prévue dans les accords de décembre 2007 et 2008 pour les disciplines les plus nécessiteuses pourra renverser le courant en leur faveur.

¹⁰⁴ "Selon Muriel Gerkens, modifier la loi est nécessaire. Les travaux du cadastre médical sont en panne". Le Soir, 03.02.2009.

Nombre total de médecins avec une "pénurie ressentie"

	Nombre d'actifs INAMI							
	01.02.02	01.02.03	01.02.04	01.02.05	01.02.06	01.02.07	01.02.08	01.02.09
Médecins 000-002	3.809	3.693	3.606	2.000	2.340	2.217	2.290	2.373
Médecins généralistes 003-004	13.640	13.781	13.953	14.040	14.162	14.295	14.205	14.144
Médecins généralistes 005-006	753	748	718	717	671	554	526	537
Médecins généralistes 007-009	3	2	2	1.575	976	907	878	832
TOTAL	18.205	18.224	18.279	18.332	18.149	17.973	17.899	17.886
Médecin spécialiste en formation (MACS)	3.383	3.459	3.698	3.505	3.635	3.606	3.465	3.302
Gériatrie*	0	0	0	0	0	0	234	234
Neuropsychiatrie	1.378	1.358	1.335	562	477	460	441	420
Neurologie	168	183	208	227	256	275	293	322
Psychiatrie	527	595	656	1.448	1.569	1.628	1.679	1.727
Médecine physique et physiothérapie	431	434	443	452	472	483	492	496
Pédiatrie	1.320	1.361	1.374	1.400	1.443	1.485	1.531	1.571
TOTAL SPECIALISTES	18.565	19.069	19.462	19.872	20.371	20.838	21.455	22.019
TOTAL SPECIALISTES + MACS	21.948	22.528	23.160	23.377	24.006	24.444	24.920	25.321
TOTAL GENERAL	40.153	40.752	41.439	41.713	42.155	42.417	42.819	43.207

Source : Groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI 01.02.2009 et rapports annuels du GBS Dr M. MOENS Tableau 6

*Extrapolation du nombre de gériatres du rapport annuel 2007 de l'INAMI, p. 89.

Un groupe que les autorités suivent de près est celui des médecins généralistes. En l'espace de 7 ans, les médecins généralistes agréés (003-004) ont augmenté de 3,7 % (passant de 13.640 à 14.144) mais, entre 2007 et 2009, il y a eu une perte de 151 places. Le principal constat est que le nombre de médecins généralistes en formation durant cette période de 7 ans a été en recul constant, passant de 753 en 2002 à 537 en 2009, soit -28,7 %.

Enfin, il est utile de noter que le rapport du Centre d'expertise sur le numerus clausus¹⁰⁵ a fait l'objet de corrections approfondies à la demande du soussigné. Les principales erreurs contenues dans le premier rapport ont été rectifiées le 29 avril 2008¹⁰⁶. Il va sans dire que ces corrections ont été communiquées avec beaucoup moins de publicité que la publication du rapport initial. Cette édition a engendré les idées les plus folles et a donné lieu à des scénarios catastrophe dans la presse, et ce sans aucune raison. Cette pseudo-vérité s'est maintenue et les corrections sont passées inaperçues.

III.5.2. Master après Master et formation de spécialistes

Dans la mesure où les développements concernant ces deux dossiers sont encore frais en mémoire, je me contente de vous renvoyer au mensuel du GBS "Le Médecin Spécialiste" de décembre 2008¹⁰⁷ et de janvier 2009¹⁰⁸. Il est probable que je pourrai fournir de nouvelles informations à ce sujet dans le cadre de mon prochain rapport annuel car le dernier mot dans cette histoire est loin d'avoir été dit.

Entre-temps, le VLIR poursuit assidûment son travail de prédication à l'adresse des maîtres de stage dans les centres universitaires, proclamant que hors du système Master après Master (MAM), il n'est point de salut, et ce alors qu'en fait, c'est une version réchauffée agrémentée d'une sauce à la flamande des canMED qui ont fait fureur au début des années 1990 au Canada et ont ensuite gagné l'Europe. Côté flamand, des articles universitaires intéressants y sont consacrés sous la plume d'une équipe de promoteurs de Bologne¹⁰⁹ mais

¹⁰⁵ "L'offre de médecins en Belgique. Situation actuelle et défis". KCE reports Vol. 72B, 18.01.2008.

¹⁰⁶ "L'offre de médecins en Belgique. Situation actuelle et défis". KCE reports Vol. 72B, 2nd edition 29.04.2008.

¹⁰⁷ "Le candidat spécialiste et le gâchis de l'académisation". Le Médecin Spécialiste n° 7/ Décembre 2008.

¹⁰⁸ "Le candidat spécialiste et le gâchis de l'académisation. Les réactions". Le Médecin Spécialiste n° 1, janvier 2009.

¹⁰⁹ "De Vlaamse opleiding tot arts en het Bolognaproces". Naar gemeenschappelijke leerresultaten en competenties. L. Bossaert (UIA) voor het Vlaams Bolognapromotorenteam. Tijdschrift voor geneeskunde, 64, nr. 13, 01.07.2008.

on n'a pas (encore) trouvé le temps pour honorer la promesse d'une nouvelle concertation sur ce thème avec les unions professionnelles¹¹⁰. Malgré la promesse faite le 04.05.2007 par le Prof. Dr Brigitte Velkeniers – en sa qualité de membre du groupe de travail "Formation médecin spécialiste" qui a été chargé par le VLIR¹¹¹ de formuler des propositions concrètes pour la conversion des formations de médecin spécialiste vers le statut de master après master – d'inviter à nouveau des membres du GBS pour poursuivre le débat, nous n'avons plus entendu parler du VLIR depuis lors. Même le président du groupe de travail, le Prof. de pneumologie Wilfried De Backer (Universiteit Antwerpen), lui aussi membre du GBS comme le Prof. Brigitte Velkeniers, ne nous a plus contactés à ce sujet, et ce alors que nous nous rencontrons quand même de temps à autre.

IV. ACCORDS MEDICO-MUTUALISTES

IV.1. Accord du 20.12.2007 (M.B. du 14.01.2008)

Le 02.02.2008, date de la précédente assemblée générale du GBS, les résultats des réactions à l'accord du 20.12.2007 n'étaient pas encore connus. L'accord a été publié au Moniteur belge du 14.01.2008. Le pourcentage de refus pour cet accord d'une durée de 1 an (15,45 %) était juste de 1 % inférieur au pourcentage moyen sur la période 1993–2007 (16,49 %). Vous trouvez ces informations dans le tableau 7 avec l'évolution des taux de déconventionnement durant la période 1993-2007, avec une ventilation par discipline.

¹¹⁰ Rapport annuel 2007 du GBS "Toscane-sur-Senne" Point III. 9 "Numerus clausus et Master après Master". N° spécial du Médecin Spécialiste, février 2008.

¹¹¹ Vlaamse interuniversitaire raad

Evolution des taux de déconventionnement 1993-2007 par discipline*

		20.12.2007	20.12.2005	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993	Moyenne 1993-2007
1	MACS	0,32	0,27	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48	0,52
2	Biologie clinique	2,27	2,39	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	2,01
3	Radiothérapie	3,79	4,06	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,42
4	Médecine nucléaire	3,74	4,09	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,53
5	Anatomie pathologique	3,81	4,39	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,10
6	Neurologie	4,42	5,12	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	5,13
7	Pneumologie	5,91	5,64	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,40
8	Médecine interne	6,31	6,98	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	8,26
9	Pédiatrie	9,96	9,76	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	13,06
10	Psychiatrie	11,92	13,23	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,84
11	Médecine générale	12,49	13,55	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	14,77
12	Neuropsychiatrie	12,50	12,13	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	15,72
13	Anesthésiologie	13,60	15,72	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	15,03
14	Gastro-entérologie	14,50	14,97	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	14,04
15	Chirurgie	16,46	18,08	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	17,46
16	Rhumatologie	16,93	19,61	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	19,11
17	Cardiologie	19,24	21,09	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,28
18	Méd. physique et physiothérapie	20,73	19,69	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	19,95
19	Neurochirurgie	20,74	21,89	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	22,48
20	Orthopédie	25,53	26,69	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	24,42
21	ORL	27,12	27,61	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	27,62
22	Urologie	28,13	27,87	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	25,79
23	Radiologie	29,40	31,69	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	20,28
24	Stomatologie	37,70	33,44	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	36,16
25	Gynécologie-obstétrique	40,46	41,62	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	42,54
26	Ophtalmologie	49,39	53,38	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	52,31
27	Chirurgie plastique	59,05	64,02	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52	61,40
28	Dermato-vénérologie	59,72	61,19	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	61,84
	Total spécialistes + MACS	17,62	18,35	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	17,82
	TOTAL GENERAL	15,48	16,30	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,49

Source : INAMI; compilation Dr M. MOENS

Tableau 7

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

Le tableau 8 présente un classement des différentes spécialités en ordre croissant de refus de l'accord. Seules 7 (*) des 28 spécialités ont un taux de refus de l'accord de 20.12.2007 supérieur au taux de déconventionnement moyen sur la période précédente 1993-2005. Il s'agit de la biologie clinique (2,27 % au lieu de 1,98 %), la gastro-entérologie (14,50 % au lieu de 13,98 %), la médecine physique et physiothérapie (20,73 % au lieu de 19,86 %), l'orthopédie (25,53 % au lieu de 24,28 %), l'urologie (28,13 % au lieu de 25,50 %), la radiologie (29,40 % au lieu de 19,14 %) et la stomatologie (37,70 % au lieu de 35,97 %). Sauf pour les radiologues (10,26 % de refus de l'accord 2007 en plus que la moyenne des quinze années précédentes), cette augmentation a été très limitée.

Taux de déconventionnement par spécialité pour l'accord du 20.12.2007 comparé au taux moyen de déconventionnement pour les accords des 13.12.1993, 11.12.1995, 03.11.1997, 15.12.1998, 18.12.2000, 19.12.2002, 15.12.2003 et 20.12.2005

% de déconventionnement 20.12.2007		% de déconventionnement moyen 1993-2005	
1	MACS	0,32	0,55
2	Biologie clinique*	2,27	1,98
3	Radiothérapie	3,74	4,62
4	Médecine nucléaire	3,79	4,49
5	Anatomie pathologique	3,81	5,26
6	Neurologie	4,42	5,22
7	Pneumologie	5,91	6,47
8	Médecine interne	6,31	8,51
9	Pédiatrie	9,96	13,45
10	Psychiatrie	11,92	12,96
11	Médecine générale	12,49	15,06
12	Neuropsychiatrie	12,50	16,13
13	Anesthésiologie	13,60	15,21
14	Gastro-entérologie*	14,50	13,98
15	Chirurgie	16,46	17,58
16	Rhumatologie	16,93	19,39
17	Cardiologie	19,24	19,28
18	Médecine physique et physiothérapie*	20,73	19,86
19	Neurochirurgie	20,74	22,70
20	Orthopédie*	25,53	24,28
21	ORL	27,12	27,68
22	Urologie*	28,13	25,50
23	Radiologie*	29,40	19,14
24	Stomatologie*	37,70	35,97
25	Gynécologie-obstétrique	40,46	42,80
26	Ophtalmologie	49,39	52,67
27	Chirurgie plastique	59,05	61,69
28	Dermato-vénérologie	59,72	62,10
	Total spécialistes + MACS	17,62	17,84
	Total général	15,48	16,62

Source : INAMI; compilation Dr M. MOENS.

Tableau 8

*Taux de déconventionnement 20.12.2007 supérieur à la moyenne 1993-2005

Les radiologues ont mal pris – et ce totalement à juste titre – que les autorités amputent les honoraires de la RMN en juillet 2005. Sur base d'une loi d'économies¹¹², les honoraires de

¹¹² Loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (M.B. du 20.05.2005).

RMN ont soudainement été réduits en moyenne de ± 30 % par A.R. du 15 juin 2005¹¹³ : code de nomenclature 459395-459406 : -33,33 %; code 459410-459421 : -25,71 %; code 459491-459502 : -5,26 % et code 459513-459524 : - 47,37 %. Cette mesure a été maintenue depuis lors dans son intégralité.

La réaction de l'Union professionnelle Union Nationale des Radiologues (UNR) de ne pas se soumettre à pareil accord a été suivie de manière fort variable de province à province et de région à région (cf. tableau 9) . La Flandre est déconventionnée 2,7 fois plus que la Wallonie et 2,4 fois plus que Bruxelles. En Wallonie, les radiologues établis dans la province francophone la plus prospère, à savoir le Brabant wallon, refusent 2,1 fois plus souvent l'accord que le radiologue wallon moyen. Le déconventionnement signifie que le médecin peut, dans les limites de la déontologie, facturer des honoraires qu'il aura lui-même fixés, en d'autres termes qu'il peut réclamer un supplément en plus du tarif INAMI. Les chiffres présentés dans le tableau 9 montrent que les radiologues se déconventionnent uniquement dans les régions où cette possibilité théorique peut également devenir réalité en pratique. Autrement dit dans les régions qui se portent mieux d'un point de vue socio-économique.

RADIOLOGIE et ACCORD 20.12.2007

	% de déconventionnement	% de déconventionnement partiel
Limbourg	52,22	3,33
Flandre occidentale	44,44	7,19
Flandre orientale	43,90	3,66
Brabant flamand	37,61	5,13
Anvers	35,90	2,05
Flandre	41,27	4,31
Bruxelles	17,22	7,22
Brabant wallon	33,05	12,71
Liège	14,84	7,69
Luxembourg	8,82	0,00
Namur	8,22	1,37
Hainaut	8,13	1,25
Wallonie	15,52	5,64
BELGIQUE	29,31	5,12

Source : INAMI, Doc. CNMM 2008/56 du 03.06.2008

Tableau 9

Le tableau 10 donne, pour l'accord du 20.12.2007, un aperçu par spécialité des médecins conventionnés, partiellement conventionnés et non conventionnés.

¹¹³ A.R. du 15 juin 2005 modifiant en ce qui concerne les dispositions de l'article 17, § 1er, 11°bis, l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Aperçu par spécialité des conventionnés, conventionnés partiels et non-conventionnés pour l'accord du 20.12.2007

	Nombre total d'actifs	Adhésions à l'accord sans limitations	% d'adhésion à l'accord sans limitations	Adhésions à l'accord avec limitations	% d'adhésion à l'accord avec limitations	Refus de l'accord	% de refus de l'accord
Orthopédie	999	532	53,25%	219	21,92%	248	24,82%
Rhumatologie	249	152	61,04%	54	21,69%	43	17,27%
ORL	648	351	54,17%	125	19,29%	172	26,54%
Gynécologie-obstétrique	1.461	618	42,30%	268	18,34%	575	39,36%
Urologie	389	216	55,53%	64	16,45%	109	28,02%
Dermato-vénérologie	714	195	27,31%	92	12,89%	427	59,80%
Méd. phys. et physiothér.	497	333	67,00%	64	12,88%	100	20,12%
Gastro-entérologie	563	413	73,36%	71	12,61%	79	14,03%
Stomatologie	312	162	51,92%	35	11,22%	115	36,86%
Cardiologie	1.022	721	70,55%	111	10,86%	190	18,59%
Neurochirurgie	193	134	69,43%	20	10,36%	39	20,21%
Ophthalmologie	1.071	436	40,71%	102	9,52%	533	49,77%
Neurologie	319	276	86,52%	30	9,40%	13	4,08%
Psychiatrie	1.726	1.369	79,32%	156	9,04%	201	11,65%
Anatomie pathologique	319	279	87,46%	28	8,78%	12	3,76%
Chirurgie plastique	241	80	33,20%	20	8,30%	141	58,51%
Chirurgie	1.575	1.192	75,68%	129	8,19%	254	16,13%
Neuropsychiatrie	424	336	79,25%	33	7,78%	55	12,97%
Pédiatrie	1.566	1.294	82,63%	120	7,66%	152	9,71%
Pneumologie	429	377	87,88%	27	6,29%	25	5,83%
Médecine nucléaire	319	290	90,91%	17	5,33%	12	3,76%
Radiologie	1.618	1.072	66,25%	82	5,07%	464	28,68%
Médecine interne	2.108	1.881	89,23%	98	4,65%	129	6,12%
Radiothérapie	195	179	91,79%	9	4,62%	7	3,59%
Anesthésiologie	2.048	1.728	84,38%	53	2,59%	267	13,04%
Méd. généralistes 003-004	14.158	11.827	83,54%	225	1,59%	2.106	14,87%
Biologie clinique	703	684	97,30%	3	0,43%	16	2,28%
Médecine aiguë	254	251	98,82%	1	0,39%	2	0,79%
Méd. généralistes 000-002	2.452	2.323	94,74%	7	0,29%	122	4,98%
Méd. généralistes 005-006	535	533	99,63%	1	0,19%	1	0,19%
Méd. généralistes 007-009	835	820	98,20%	1	0,12%	14	1,68%
Stagiaires	3.253	3.250	99,91%	0	0,00%	3	0,09%
Gériatrie	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
Médecine d'urgence	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total général	43.197	34.306	79,42%	2.265	5,24%	6.626	15,34%

Source : INAMI, CNMM doc. 2008/96

Tableau 10

IV.2. Accord du 17.12.2008 (M.B. du 19.01.2009)

IV.2.1. Les négociations

Comme c'est la tradition, en 2008 également, il a fallu tout une série de réunions pour parvenir à un accord. Bon nombre de membres de la Commission nationale médico-mutualiste ont déploré après coup le fait qu'ils n'ont pas conclu un accord pour deux ans le 20.12.2007. A l'époque, il avait été dit que 2007 se caractérisait par des circonstances politiques exceptionnelles. Nous savons aujourd'hui que l'année 2008 a été encore plus exceptionnelle. Il est heureux que les médecins et les mutuelles ne doivent pas conclure un accord avec chaque nouveau gouvernement.

La médico-mut ayant comptabilisé, le 25.02.2008, le nombre d'adhésions à l'accord du 20.12.2007 (cf. tableaux 6 à 9), les négociations en vue d'un nouvel accord – et cette fois pour deux ans, 2009 et 2010 – ont commencé le 07.04.2008. Il y a eu en moyenne une réunion par mois, sauf durant les vacances d'été. A partir de novembre 2008, on a augmenté la cadence avec 5 réunions de groupe de travail, le plus souvent au sujet d'économies. On s'est efforcé de trouver des solutions acceptables, d'une part, dans les secteurs où des dépassements importants ont été constatés pour les budgets alloués pour 2008 et, d'autre part, dans le secteur des médicaments où le Gouvernement a imposé une économie supplémentaire de 42,5 millions au secteur des médicaments que les médecins prescripteurs doivent réaliser en prescrivant moins de médicaments et des médicaments moins onéreux. L'ensemble des membres de la médico-mut ont été invités à chacune de ces réunions de groupe de travail. Une astuce du président, monsieur Jo De Cock, pour donner aux réunions un caractère informel et aussi en partie pour tenir à distance la presse médicale car les groupes de travail ne prennent pas de décisions officielles. La médico-mut a été convoquée formellement les 15 et 17 décembre 2008 pour conclure finalement un accord le 17.12.2008.

IV.2.2. Le budget

Malgré la période extrêmement mauvaise – le crash boursier et la crise bancaire ont dominé les médias “all over the world” – il a été possible d'élaborer un budget soins de santé qui était en croissance même pour les médecins. L'objectif budgétaire global de l'INAMI a progressé de 6.094,825 € en 2008 à 6.745,365 € en 2009, soit une augmentation de 10,7 %, indexation comprise (cf. tableau 11).

Objectifs budgétaires de l'INAMI : évolution globale et honoraires médicaux

Année	Total O.B. INAMI en millions d'euros	Total O.B. honoraires médicaux	
		en millions d'euros	en % du budget total de l'INAMI
1970	850,868	340,347	40,0
1980	3.341,707	1.169,621	35,0
1990	7.070,908	2.944,600	41,6
1995	10.096,258	3.463,511	34,3
2000	12.412,731	3.999,748	32,2
2005	17.332,173	5.222,722	30,1
2006	18.454,063	5.533,123	30,0
2007	19.618,653	5.907,005	30,1
2008	21.433,957	6.094,825	28,4
2009	23.084,470	6.745,365	29,2

Source : INAMI; calculs Dr M. MOENS.

Tableau 11

Il a été possible d'obtenir non seulement l'indexation linéaire pour tous les médecins (4,32 %, soit un montant de 276,348 millions d'euros) mais également des moyens financiers supplémentaires pour un montant de 50,195 millions d'euros. Un supplément de 29,697 millions d'euros a été accordé pour le Plan cancer de la ministre Onkelinx mais ce montant devra être dépensé conformément aux vues de la ministre. Il y avait donc au total une masse financière disponible de 376,348 millions d'euros (cf. tableau 12).

Médecins : masse disponible (en millions d'euros)	
A) masse de l'index	276,348
B) Autres	100,000
Nouvelles initiatives	50,195
Plan cancer	29,697
Corrections gouvernement (index ou autre)	-13,817
Budget restant des projets N0405/07 et N08/GS/00	1,268
Mesures structurelles Médico-Mut	32,657
Total	376,348

Tableau 12

IV.2.3. Premiers commentaires

Le point le plus difficile à négocier avait trait au conventionnement partiel. Le lundi 15.12.2008, ce seul point a occupé la plus grande partie de la réunion nocturne : un peu plus de trois des sept heures de négociations. Et encore “en petit comité” alors que tous les autres membres de la médico-mut pouvaient s'occuper. C'était une exigence de Marc Justaert, président de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes. Jo De Cock est finalement parvenu à réconcilier les deux positions et le président des MC M. Justaert a dû mettre une bonne quantité d'eau dans son vin cette nuit-là. Et une fois encore lorsqu'il tenait absolument à fixer un nombre minimum de prestations pour pouvoir obtenir le statut social de l'INAMI. Il a cette fois été rappelé à l'ordre par son confrère socialiste, Guy Debacker, à 02 h 50, mardi matin, et Justaert – qui est pourtant président du collège intermutualiste - n'a absolument rien obtenu de ce qu'il demandait.

La solution deus ex machina de l'adhésion partielle à l'accord – pour pouvoir éviter la suppression pure et simple – est de limiter, pour les spécialistes, la possibilité de demander des suppléments d'honoraires aux prestations ambulatoires qui peuvent être organisées durant un maximum de quatre blocs de quatre heures par semaine¹¹⁴. Un certain nombre de médecins trouvent cela totalement insuffisant et cette nouvelle réglementation pourrait avoir comme effet qu'un nombre plus important de médecins refusent l'accord au lieu d'adhérer partiellement.

L'émoi autour de l'économie de 42,5 millions d'euros à réaliser dans le secteur des médicaments a commencé à se manifester dès la fin des négociations le mercredi 17.12.2008. Si la médico-mut ne s'était pas engagée à élaborer elle-même une proposition, les autorités auraient imposé un plan d'économies par le biais d'une loi. Le Conseil général de l'INAMI avait décidé, sur demande de la ministre, que, en l'absence d'une alternative de la médico-mut permettant des économies pour un montant équivalent, à partir du 01.01.2009, tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, devraient prescrire pour 54,5 % de médicaments bon marché, les médicaments sous dénomination commune internationale

¹¹⁴ Cf. point 18.4.2. de l'accord national médico-mutualiste, M.B. du 19.01.2009.

(DCI) non compris. La base légale nécessaire a été établie juste à temps.¹¹⁵ Pour un certain nombre de spécialités, c'est mission impossible, à moins de refuser de continuer à soigner leurs patients.

Dans la petite phrase du point a. de l'accord "*encourager, pour le traitement initial, la prescription des molécules les moins onéreuses*", le "s" à la fin du mot molécules a occupé une vaste place dans les débats. L'encre des signatures sous l'accord du 17.12.2008 n'était pas encore sèche que les discussions reprenaient. En effet, il y a des différences sur des détails entre les annexes du texte de l'accord national tel qu'il est imprimé dans le Moniteur belge et les annexes que le Dr Ri De Ridder, directeur général du Service des soins de santé de l'INAMI, a envoyées avec l'accord à tous les médecins belges le 20.01.2009. L'affaire sera examinée le lundi 09.02.2009 à l'occasion d'une réunion convoquée spécialement à cet effet de la Commission nationale médico-mutualiste. A suivre assurément.

IV.3. Accréditation

Comme à mon habitude, je donne dans mes rapports annuels un aperçu de la situation par rapport à l'année précédente, en établissant un classement de la spécialité ayant le taux le plus élevé de spécialistes accrédités à la spécialité enregistrant le taux le plus bas (cf. tableau 13). Si on fait exception de cet unique gériatre, un certain nombre de changements de position peuvent être observés en tête de peloton par rapport aux années précédentes. En queue de peloton, nous retrouvons une fois de plus surtout les spécialités chirurgicales.

¹¹⁵ Article 16 de la loi du 19.12.2008 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. du 31.12.2008).

Comparaison du nombre de médecins accrédités 01.02.2008 - 01.02.2009

2009		Nombre d'actifs		Nombre d'accrédités		% d'accrédités	
		01.02.2008	01.02.2009	01.02.2008	01.02.2009	01.02.2008	01.02.2009
	Médecins 000-002	2.290	2.373	0	0	0,00	0,00
	Médecins généralistes 003-004	14.205	14.144	9.990	9.830	70,33	69,50
	Médecins généralistes 005-006	526	537	0	0	0,00	0,00
	Médecins généralistes 007-009	878	832	0	0	0,00	0,00
	TOTAL	17.899	17.886	9.990	9.830	55,81	54,96
	Médecin spécialiste en formation (MACS)	3.465	3.302	3	3	0,09	0,09
1	Gériatrie	1	1	1	1	100,00	100,00
2	Gastro-entérologie	529	565	417	443	78,83	78,41
3	Ophtalmologie	1.064	1.070	842	830	79,14	77,57
4	Dermato-vénérologie	704	715	567	554	80,54	77,48
5	Pneumologie	424	434	319	326	75,24	75,12
6	Neurologie	293	322	212	234	72,35	72,67
7	Anatomie pathologique	318	318	238	230	74,84	72,33
8	Médecine physique et physiothérapie	492	496	355	355	72,15	71,57
9	Radiologie	1.588	1.620	1.163	1.147	73,24	70,80
10	O.R.L.	638	649	455	442	71,32	68,10
11	Rhumatologie	254	251	170	170	66,93	67,73
12	Urologie	384	389	267	262	69,53	67,35
13	Médecine d'urgence	0	3	0	2	0,00	66,67
14	Psychiatrie	1.679	1.727	1.126	1.151	67,06	66,65
15	Cardiologie	998	1.027	675	680	67,64	66,21
16	Médecine nucléaire	319	319	211	202	66,14	63,32
17	Gynécologie-obstétrique	1.421	1.463	929	923	65,38	63,09
18	Médecine interne	2.086	2.131	1.308	1.320	62,70	61,94
19	Orthopédie	987	997	618	610	62,61	61,18
20	Anesthésie	1.990	2.054	1.237	1.247	62,16	60,71
21	Radiothérapie	182	196	124	119	68,13	60,71
22	Pédiatrie	1.531	1.571	939	950	61,33	60,47
23	Biologie clinique	702	702	425	412	60,54	58,69
24	Médecine aiguë	158	253	75	116	47,47	45,85
25	Neuropsychiatrie	441	420	210	192	47,62	45,71
26	Chirurgie	1.549	1.578	760	721	49,06	45,69
27	Neurochirurgie	186	193	79	82	42,47	42,49
28	Stomatologie	305	312	129	130	42,30	41,67
29	Chirurgie plastique	232	243	88	86	37,93	35,39
	TOTAL SPECIALISTES	21.455	22.019	13.939	13.937	64,97	63,30
	TOTAL SPECIALISTES + MACS	24.920	25.321	13.942	13.940	55,95	55,05
	TOTAL GENERAL	42.819	43.207	23.932	23.770	55,89	55,01

Tableau 13

Source : Groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI 01.02.2009 et rapport annuel du GBS du 02.02.2008 Dr M. MOENS

Le tableau 14 montre l'évolution du nombre de médecins qui se sont accrédités, et ce depuis l'introduction du système. Le taux d'accréditation moyen durant ces 14 années s'élève à 70,9 % pour les médecins généralistes et à 65,5 % pour les médecins spécialistes. Nous rappelons que seuls les médecins spécialistes ou les médecins généralistes agréés peuvent être accrédités.

Evolution du nombre de médecins et pourcentage d'accréditation

Année	Généralistes (003-004)		Médecins de médecine générale (000 à 009)		MACS	Spécialistes		Total	
	A	B	A	B	A*	A	B	A	B
1996	12.294	66,0	16.515	49,1	3.383	16.049	55,6	35.947	47,4
1997	12.548	72,0	16.940	53,4	3.314	16.390	67,8	36.644	55,0
1998	12.776	73,7	17.211	53,0	3.394	16.846	67,3	37.451	54,6
1999	13.025	75,0	17.349	56,3	3.450	17.273	72,3	38.072	58,5
2000	13.252	71,8	17.692	53,8	3.404	17.638	67,1	38.734	55,2
2001	13.477	72,4	17.917	54,5	3.456	18.126	67,4	39.499	55,7
2002	13.640	72,5	18.205	54,3	3.363	18.565	67,7	40.153	55,9
2003	13.781	70,0	18.224	52,9	3.459	19.069	64,8	40.752	54,0
2004	13.953	70,3	18.279	53,6	3.698	19.462	65,0	41.439	54,2
2005	14.040	70,9	18.332	54,3	3.505	19.872	66,0	41.713	55,3
2006	14.162	69,3	18.149	54,1	3.635	20.371	63,7	42.155	54,1
2007	14.295	69,3	17.973	55,1	3.606	20.838	64,3	42.417	54,9
2008	14.205	70,3	17.899	55,8	3.465	21.455	65,0	42.819	55,9
2009	14.144	69,5	17.886	54,96	3.302	22.019	63,3	43.207	55,0

1996 – 1997 : situation au 1^{er} janvier; à partir de 1998 situation au 1^{er} février

Tableau 14

A = nombre absolu

B = % d'accrédités

A* = les médecins spécialistes en formation ne peuvent pas en principe être accrédités, sauf dans des situations transitoires exceptionnelles.

Source : Groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI; rapports annuels du GBS du Dr M. MOENS

De ces données sur l'accréditation, il est également possible de déduire des évolutions de la progression ou de la diminution du nombre de médecins enregistrés à l'INAMI sur la période de 1 an (du 01.02.2008 au 01.02.2009).

Il est logique que le nombre de neuropsychiatres soit en recul constant (-5,9 %) car il n'est plus formé de neuropsychiatres depuis 1995.

Il est également logique que le nombre de médecins spécialistes en formation diminue depuis que l'effet du numerus clausus a commencé à jouer.

L'important groupe des médecins de médecine générale (définis comme "médecins généralistes") maintient plus ou moins le statu quo. Nous savons toutefois, sur la base des tableaux 4 et 5 du point III.5.1., que le nombre de candidats médecins généralistes diminue de façon significative d'année en année.

Il convient de noter qu'il y a une stagnation absolue dans les disciplines de laboratoire, l'anatomie pathologique, la médecine nucléaire et la biologie clinique.

Les cinq plus fortes hausses en pourcentage sont la chirurgie plastique (+ 4,7 %), la radiothérapie (+ 7,7 %), la gastro-entérologie (+ 8,9 %), la neurologie (+ 9,9 %) et la médecine aiguë (+ 33,5 %). Cette dernière discipline est encore très jeune et il est par conséquent tout à fait logique qu'elle ait le plus grand potentiel de hausse. La neurologie aussi est relativement jeune avec un potentiel de croissance car, par le passé, un certain nombre de confrères de ce groupe choisissaient encore pour le titre professionnel de neuropsychiatre. Quant à l'augmentation du nombre de chirurgiens plastiques, nul ne peut dire si elle est due à l'intérêt croissant du grand public pour cette discipline. L'augmentation du nombre de radiothérapeutes et de gastro-entérologues peut éventuellement s'expliquer par le nombre croissant de traitements du cancer (cf. tableau 15).

% de variation du nombre de médecins durant la période 01.02.2008 - 01.02.2009

Neuropsychiatrie	-5,9
MACS	-4,7
Rhumatologie	-1,2
Total "médecins généralistes"	-0,1
Anatomie pathologique	+0,0
Médecine nucléaire	+0,0
Biologie clinique	+0,0
Ophtalmologie	+0,6
Médecine physique et physiothérapie	+0,8
Total général	+0,9
Orthopédie	+1,0
Urologie	+1,3
Dermato-vénérologie	+1,6
Total spécialistes + MACS	+1,6
ORL	+1,7
Chirurgie	+1,9
Radiologie	+2,0
Médecine interne	+2,2
Stomatologie	+2,3
Pneumologie	+2,4
Total spécialistes	+2,6
Pédiatrie	+2,6
Psychiatrie	+2,86
Cardiologie	+2,91
Gynécologie-obstétrique	+3,0
Anesthésie	+3,2
Neurochirurgie	+3,8
Chirurgie plastique	+4,7
Radiothérapie	+7,7
Gastro-entérologie	+8,9
Neurologie	+9,9
Médecine aiguë	+33,5

Source : Groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI 01.02.2009 Tableau 15

V. ONCOLOGIE

L'histoire de l'oncologie me fait penser aux personnages Saïdjah et Adinda dans le livre "Max Havelaar, ou les ventes de café de la Compagnie Commerciale des Pays-Bas"¹¹⁶ qui était une lecture obligatoire en humanités en Flandre. Cette histoire de l'oncologie dure déjà depuis une décennie et risque par conséquent de sombrer dans la monotonie, comme Multatuli le redoutait pour son récit monotone dans la colonie des Indes néerlandaises.

Pourtant, il y a eu un interlude positif avec la création du programme de soins en oncologie qui a vu le jour au terme d'une vaste concertation avec la ministre Magda Aelvoet en 2003. Au final, c'est le ministre AGALEV de l'époque Jef Tavernier – durant son interlude ministériel – qui avait pu signer l'arrêté royal^{117, 118}.

Depuis lors, la situation est complètement bloquée. Les oncologues médicaux réclament le monopole de l'oncologie, les "spécialistes d'organe" veulent diriger de manière autonome l'oncologie dans leurs disciplines respectives, bien évidemment en concertation avec les

¹¹⁶ Ouvrage de Eduard Douwes Dekker, alias Multatuli, Bruxelles. 1859.

¹¹⁷ A.R. du 21.03.2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés (M.B. du 25.04.2003).

¹¹⁸ Cf. rapport annuel 2006 du GBS, "Réglementer jusqu'à ce que mort s'ensuive", point VIII.4.3.

oncologues médicaux et d'autres disciplines. Pour les péripéties hallucinantes de ce dossier, et notamment les 133 fautes relevées dans l'A.M. initial du 11.05.2007 portant sur l'instauration de l' "oncologue médical", je vous renvoie à mon rapport de l'année dernière¹¹⁹.

Pour illustrer l'obstination de la ministre Dominique De Valeriola, pardon Laurette Onkelinx, je renvoie le lecteur à la création de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatriques¹²⁰. Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes était unanimement d'avis qu'il ne fallait pas créer de commission d'agrément distincte pour ce groupe très limité de superspécialistes. Le 05.09.2008, nous avons reçu une lettre de Monsieur Michel Van Hoegaerden, Directeur général des soins de santé primaires et gestion de crise auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, nous informant que la ministre avait décidé malgré tout de créer cette commission d'agrément mais, il est vrai, en collaboration avec la commission d'agrément de pédiatrie. Le Conseil supérieur avait demandé d'inviter plusieurs experts en hémato-oncologie dans la commission d'agrément quand les quelques dossiers qui devraient être examinés chaque an se présenteraient. C'est ainsi que l'ABSyM – avec laquelle nous collaborons étroitement depuis des années dans les dossiers des commissions d'agrément – a été invitée avec cette phrase d'ouverture (nous traduisons) *"Monsieur le Doyen : concerne : création d'une commission d'agrément en hématologie et oncologie pédiatriques" à "soumettre huit candidats sur une liste double"*. Nous avons donc été invités à proposer 16 hémato-oncologues pédiatriques, sur liste double, pour que la ministre puisse faire son choix.

Je suppose que les universités auront reçu une lettre analogue commençant par "Monsieur le représentant de l'Union professionnelle" ou quelque chose d'approchant. Encore heureux que cette lettre était cette fois rédigée en néerlandais et que les termes "de minister" ne donnent ainsi aucune indication de genre, sinon la ministre Laurette Onkelinx aurait très probablement une nouvelle fois été appelée "le ministre"¹²¹.

Lors d'un entretien à ce sujet le 10.09.2008 avec madame Laurence Bovy, chef de cabinet de la ministre Onkelinx, elle s'est engagée à réexaminer le dossier.

Et en effet, en réponse à une question parlementaire du député Luc Goutry, CD&V, concernant la qualification particulière *"et en oncologie"* pour les spécialistes d'organe, le secrétaire d'Etat Jean-Marc Délizée a donné lecture, le 09.11.2008, de la réponse d'Onkelinx : *"La commission Pédiatrie sera compétente pour l'hématologie et pour l'oncologie pédiatrique, où les spécialistes et les demandes d'agrément sont peu nombreux"*.

Malheureusement, nous lisons également dans cette même réponse : *"Dans son avis, le Conseil supérieur recommande que la Commission d'agrément compétente pour la spécialité de base se prononce sur les demandes relatives aux compétences spéciales en oncologie, éventuellement avec des experts de la spécialité de base. La ministre, Mme Onkelinx, craint toutefois que, dans ce cas, les critères pris en compte pour octroyer la qualification spéciale en oncologie soient différents en fonction de la spécialité de base. De plus, il est inadéquat, selon la ministre, que des médecins spécialistes se prononcent sur l'octroi de ces compétences à des pairs. C'est pourquoi la ministre a décidé de constituer une commission unique pour l'oncologie, composée de médecins spécialistes des différentes spécialités qui sont compétents en matière d'oncologie."* Fin de citation.

Un moment de silence s'impose devant tant de sagesse. Nous hésitons encore à proposer à la ministre des Classes moyennes de charger l'organisation professionnelle des boulangers de l'élaboration des règles pour les bouchers et vice versa. Le pire a été quand les

¹¹⁹ Rapport annuel 2007 du GBS, "Toscane-sur-Senne", point V. Oncologie

¹²⁰ A.M. du 14.05.2007 fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes porteurs de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatriques (M.B. du 06.06.2007).

¹²¹ Cf. III.3.4. "Enregistrement euthanasie comme service à valeur ajoutée".

101 membres du Conseil supérieur ont été invités à se réunir le 11.12.2008, soit deux jours après que la position de la ministre ne soit rendue publique au Parlement, notamment pour examiner un projet d'arrêté ministériel qui confierait l'agrément de l'oncologie gastro-entérologique à la commission d'agrément de gastro-entérologie. Le Prof. Gruwez a donné lecture de la citation précitée avec la position ministérielle et le soussigné a proposé que le Conseil supérieur ne se laisse plus faire et ne rende dès lors pas d'avis. Cette proposition a été suivie à l'unanimité par les membres présents. Et on est donc maintenant totalement dans l'impasse : la ministre ne peut en effet pas prendre d'arrêtés sans l'avis du Conseil supérieur. La ministre nous a montré que le contenu de l'avis lui importe peu mais il lui faut un avis. Si les spécialistes devront continuer encore longtemps à tenir les rôles de Saïdjah et Adinda dans cette histoire monotone et ce que les Maîtres de Lebak auront décidé, nous le saurons peut-être lors de mon prochain rapport annuel..

VI. PROCEDURES JURIDIQUES

VI.1. Introduction

Avant de décider d'introduire un recours en annulation devant le Conseil d'Etat ou devant la Cour constitutionnelle, il est habituel de solliciter un avis juridique externe. L'objectif est naturellement d'utiliser les moyens financiers du GBS de manière optimale car parcourir toute la procédure est beaucoup plus onéreux qu'une analyse ponctuelle d'orientation. Suite à un avis externe négatif, nous avons renoncé, en 2008, à introduire un recours contre l'A.R. du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale¹²².

Les procédures de suspension et/ou d'annulation introduites devant le Conseil d'Etat se caractérisent par un formalisme très marqué. Un pourcentage élevé des recours est déclaré irrecevable sur base de motifs purement administratifs. Le Conseil d'Etat estime par exemple qu'une décision d'aller en justice doit être prise par au moins la moitié de tous les membres du comité directeur. Cela n'est pourtant inscrit ni dans la loi sur les unions professionnelles ni dans les statuts du GBS. Nous avons été confrontés à cette attitude rigide lorsque le Conseil d'Etat a rejeté le recours en annulation introduit par le GBS contre l'A.R. du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux¹²³.

Fin 2008, le caractère très procédural et administratif du Conseil d'Etat a fait le jeu du GBS mais pas dans une affaire où le GBS est intervenu lui-même. En 2007, le GBS a évoqué une victoire à la Pyrrhus¹²⁴ concernant l'annulation¹²⁵ de l'A.M. du 1^{er} octobre 2002 modifiant l'arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes¹²⁶. Le GBS avait réclamé cette annulation car cet A.M. établissait la base juridique pour la discrimination entre les candidats médecins généralistes et les candidats médecins spécialistes. Conformément à cet A.M., le candidat médecin généraliste peut entamer sa formation en médecine générale au terme de la 6^e année d'études de médecine tandis que le candidat spécialiste ne peut commencer sa formation spécialisée qu'au terme de la 7^e année d'études. Entre-temps, l'A.M. du 1^{er} octobre 2002 avait toutefois été remplacé par un nouvel A.M. réglementant la formation de médecin généraliste, à savoir celui du 21 février 2006¹²⁷. Le GBS a omis d'introduire également un recours en annulation dans le délai légal de 60 jours contre ce nouvel A.M.

¹²² M.B. du 18.06.2008

¹²³ "Toscane-sur-Senne". Rapport annuel 2007 du GBS, point VI.2.1.

¹²⁴ "Toscane-sur-Senne". Rapport annuel 2007 du GBS, point VI.2.3

¹²⁵ Arrêt n° 166.915 du Conseil d'Etat du 18 janvier 2007

¹²⁶ M.B. du 23.10.2002

¹²⁷ A.M. du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (M.B. du 27.02.2006)

Mais nous avons été étonnés d'apprendre que l'asbl Brussels Dienstbeteon et le Dr Joost Rampelberg, médecin généraliste à Bruxelles, ont quant à eux bien introduit un recours en annulation contre cet arrêté. Leur recours ne portait en aucune façon sur la discrimination entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes mais critiquait vivement un des critères d'agrément, à savoir l'obligation faite au médecin généraliste de, au minimum une fois sur une période de cinq années consécutives, totaliser 500 contacts-patients. Le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté attaqué dans sa totalité¹²⁸ parce qu'il n'a pas pu être prouvé que le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes était en nombre pour pouvoir rendre un avis sur cet arrêté. A la suite de l'annulation de l'arrêté du 21 février 2006, l'arrêté du 3 mai 1999 modifié par l'arrêté du 1^{er} octobre 2002 redevient applicable. Mais dans la mesure où l'article 1 de l'arrêté du 1^{er} octobre 2002 a été annulé par le Conseil d'Etat à la demande du GBS, nous en revenons à l'arrêté initial du 3 mai 1999. Conséquence : pour l'instant, la 7^e année d'études pour l'obtention du grade de médecin ne peut plus être considérée comme la première année de formation en médecine générale. En d'autres termes, la formation de médecin généraliste dure aujourd'hui trois ans après l'obtention du diplôme d'études de médecin. Grâce à l'action des combattants bruxellois pour la cause flamande et sans que le GBS n'ait eu à intervenir en personne, il a été mis fin à la discrimination entre les candidats médecins généralistes et les candidats médecins spécialistes même si c'est probablement pour une courte durée. Tant le GBS que l'ABSyM voulaient et souhaitent toujours faire disparaître cette discrimination en ramenant la durée des études à 6 ans et en permettant à chacun de commencer sa spécialisation à partir de la 7^e année. Les universités n'ont absolument pas été d'accord pour des raisons (financières) évidentes.

Si le Conseil supérieur rend un avis valable en droit¹²⁹ concernant une forme inchangée de l'A.M. portant sur l'agrément des médecins généralistes, il est très probable que le GBS ne manquera pas cette fois d'introduire un nouveau recours en annulation contre un nouvel arrêté perpétuant cette discrimination¹³⁰. Au moment de la rédaction du présent rapport annuel, le nouveau texte qui sera soumis au Conseil supérieur n'est pas encore disponible.

Une procédure devant le Conseil d'Etat est un projet de longue haleine. En effet, il n'est pas inhabituel qu'il se passe entre 5 à 10 ans entre l'introduction du recours et l'arrêt du Conseil d'Etat. Dès lors, un arrêt favorable a souvent un arrière-goût amer. Soit tout le monde s'est résigné à la situation qui, même si elle est jugée inacceptable, n'en est pas moins légale, soit un autre arrêté a remplacé entre-temps l'arrêté contesté, comme cela s'est passé avec l'arrêté ministériel susvisé relatif aux critères d'agrément des médecins généralistes.

Au civil, il est de plus généralement trop tard pour introduire une réclamation en dommages-intérêts en raison des délais de prescription en vigueur. La loi du 25 juillet 2008¹³¹ apporte toutefois une modification en la matière. L'article 2 de cette loi stipule en effet qu'un recours en annulation d'un acte administratif devant le Conseil d'Etat a, à l'égard de l'action en réparation du dommage causé par l'acte administratif annulé, les mêmes effets qu'une

¹²⁸ Arrêt n° 188.466 du 4 décembre 2008

¹²⁹ C'est-à-dire avec le quorum requis. Que l'avis soit positif ou négatif n'a aucune incidence juridique pour le ministre. Par contre, cela peut avoir une importance plus tard devant le Conseil d'Etat car si une partie veut introduire un recours en annulation, le Conseil d'Etat pourrait faire remarquer que la partie requérante s'était déclarée d'accord avec la proposition d'avis lors de l'examen au niveau du Conseil d'Etat.

¹³⁰ Une réunion exceptionnelle du Conseil supérieur a été convoquée pour le 05.02.2009 avec un point unique à l'ordre du jour "Avis sur le projet d'arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins généralistes". Si cette réunion n'est pas en nombre suffisant pour rendre un avis, il est prévu une deuxième réunion le 12 février 2009 qui peut décider valablement quel que soit le nombre de personnes présentes.

¹³¹ Loi du 25 juillet 2008 modifiant le Code civil et les lois coordonnées du 17 juillet 1991 sur la comptabilité de l'Etat en vue d'interrompre la prescription de l'action en dommages et intérêts à la suite d'un recours en annulation devant le Conseil d'Etat (M.B. du 22.08.2008).

citation en justice. Par conséquent, il est désormais encore possible d'introduire un recours en réparation de dommage financier même 10 ans après.

VI.2. Recours introduits ou cofinancés par le GBS en 2008

VI.2.1. Les honoraires de disponibilité¹³²

L'article 3 de l'A.R. du 29.04.2008 énumère les spécialités de base¹³³ ou les groupes¹³⁴ de spécialités de base ayant droit aux honoraires de disponibilité pour autant que les spécialistes soient effectivement disponibles et qu'ils se rendent effectivement à l'hôpital s'ils sont appelés.

Pour garantir le contrôle des dépenses, le projet initial de cet arrêté datant de 2007 prévoyait d'accorder ces honoraires à seulement 5 disciplines de base, à savoir la médecine interne, la chirurgie, l'anesthésie, la pédiatrie et le radiodiagnostic. Le Conseil d'Etat a rendu un avis impitoyable concernant ce projet en raison de la discrimination inadmissible qu'il introduisait à l'égard des autres disciplines énumérées à l'art. 10 §1 de l'A.R. du 27 avril 1998¹³⁵ portant sur l'agrément de la fonction soins urgents spécialisés.

Bien que l'arrêté du 29 avril 2008 ait pris en compte les remarques du Conseil d'Etat, plusieurs spécialités de base n'y sont pas reprises car elles ne sont pas mentionnées à l'article 10§1 de l'A.R. du 24.04.1998. Pourtant, elles participent tout autant aux services de garde et, dans la pratique, elles sont également souvent tenues d'intervenir en cas d'urgences et donc d'être disponibles. Les urologues, les biologistes cliniques, les neurochirurgiens et les stomatologues-chirurgiens CMF notamment ont décidé de passer à l'action et ont introduit un recours en annulation devant le Conseil d'Etat. Concernant les stomatologues-médecins CMF, il est prévu expressément dans leurs critères d'agrément que le maintien de leur titre professionnel particulier en dentisterie générale dépend de leur participation à un service de garde organisé¹³⁶. Et par le passé, la présence d'un neurochirurgien était une condition pour pouvoir disposer d'un service de soins urgents spécialisés.

Les différentes sous-spécialités de la médecine interne et en particulier les cardiologues, les pneumologues, les gastro-entérologues et les gériatres ont également une bonne raison pour soutenir ce recours. En effet, il n'est prévu qu'un seul montant d'honoraires de disponibilité à répartir entre ces 5 disciplines de base.

¹³² A.R. du 29 avril 2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital (M.B. du 22.05.2008)

¹³³ 1° médecin spécialiste en médecine interne ou en cardiologie ou en pneumologie ou en gastro-entérologie ou en gériatrie; 2° médecin spécialiste en chirurgie; 3° médecin spécialiste en anesthésie-réanimation; 4° médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, si l'hôpital dispose d'un service M agréé; 5° médecin spécialiste en pédiatrie, si l'hôpital dispose d'un service E agréé; 6° médecin spécialiste en radiodiagnostic; 7° médecin spécialiste en chirurgie orthopédique; 8° médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie; 9° médecin spécialiste en ophtalmologie; 10° médecin spécialiste en psychiatrie ou en neurologie ou en neuropsychiatrie.

¹³⁴ Dans le cadre de l'accord 2009-2010, le groupe 10 a été scindé en neurologues et psychiatres. Les deux spécialités pourront dès lors chacune faire valoir leurs droits à un montant d'honoraires de disponibilité plein.

¹³⁵ A.R. du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée (M.B. du 19.06.1998).

¹³⁶ Arrêté ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste (M.B. du 31.05.2002).

Il serait logique et juste que chaque médecin participant effectivement à un service de garde organisé et qui est mentionné à l'article 1 de l'A.R. du 25 novembre 1991¹³⁷ puisse faire valoir son droit à ces honoraires de disponibilité. La limitation du nombre de spécialités de base pouvant faire valoir des droits est exclusivement de nature budgétaire.

On est effectivement en droit de se demander si la liste des disciplines énumérées à l'art. 10 §1 de l'A.R. du 27 avril 1998 répond encore à l'état actuel de la médecine dans la société actuelle. Il se peut que cette liste soit dépassée et doive être adaptée.

Le paiement des honoraires de disponibilité pour le premier semestre 2008 a déjà fait apparaître un certain nombre de problèmes. Il n'est pas rare que, pour certaines disciplines ayant généralement des services de garde moins sollicités, comme par exemple l'ORL et l'ophtalmologie, un médecin figure sur les listes de garde de plus d'un hôpital. Il n'a jamais été dans l'intention de la Commission nationale médico-mutualiste de payer plusieurs fois les honoraires forfaitaires pour chaque hôpital à un même médecin. Cette situation a, dans un premier temps, amené l'INAMI à postposer le paiement des honoraires de disponibilité de tous les médecins travaillant dans des hôpitaux où cette situation s'est présentée, jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée.

N'ignorant pas que cela requiert une modification de la nomenclature et sachant par expérience qu'une modification de la nomenclature "ultrarapide" nécessite facilement 1,5 à 2 ans, le soussigné a protesté vigoureusement auprès de la direction de l'INAMI et ces honoraires ont malgré tout été versés en totalité pour le premier semestre 2008 avant la fin de l'année. Avec la réserve qui s'impose pour les médecins qui étaient disponibles pour plus d'un hôpital. Dans l'accord 2009-2010¹³⁸, il est prévu expressément que les médecins disponibles pour plusieurs hôpitaux ne peuvent faire valoir qu'une seule fois leur droit à des honoraires de disponibilité. En outre, la Commission nationale médico-mutualiste préparera une refonte globale du système des permanences et des disponibilités dans et pour l'hôpital. Mais cela doit se faire par la voie classique à l'INAMI, en d'autres termes via le Conseil technique médical, la Commission nationale médico-mutualiste, la Commission de contrôle budgétaire, le Comité de l'assurance, etc. pour finir par une publication sous la forme d'un arrêté royal au Moniteur belge.

VI.2.2. Intervention volontaire dans la procédure en appel contre le jugement du tribunal de première instance d'Anvers du 09.05.2008. Imputation sur les honoraires des médecins du coût des implants non mentionnés dans la nomenclature

En vertu d'un jugement du tribunal de première instance d'Anvers¹³⁹, un médecin a été condamné à se voir imputer le coût des implants utilisés pour l'intervention chirurgicale. Il s'agissait d'implants non prévus dans la nomenclature. Le patient avait été correctement informé au préalable du coût des implants, avait explicitement donné son accord et avait même payé lesdits implants dans un premier temps. Après coup, la mutualité chrétienne a introduit, au nom de son affiliée, un recours pour réclamer le remboursement du coût des implants.

Le prix des implants utilisés dans le cas présent se montait à ± 3.000 €. Les honoraires pour l'intervention chirurgicale se montent à ± 700 €. En se basant sur l'art. 139bis de l'(ancienne)

¹³⁷ 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).

¹³⁸ Point 11.2 de l'Accord national médico-mutualiste 2009-2010

¹³⁹ Jugement du tribunal de première instance d'Anvers du 09.05.2008 dans l'affaire inscrite sous le numéro de rôle 06-7250-A.

loi sur les hôpitaux¹⁴⁰, le juge a décidé que tous les matériels et implants utilisés pour l'intervention non mentionnés dans la nomenclature et non financés par le budget des moyens financiers de l'hôpital doivent être couverts par les honoraires des médecins. Le juge ajoute expressément que le fait que le prix des implants soit un multiple du montant des honoraires du médecin n'a aucune incidence sur l'affaire. Au cas où cette décision était confirmée en appel, il s'agirait d'un véritable camouflet qui constituerait une menace financière pour tous les médecins. Un arrêt semblable en appel mettra très certainement un coup de frein au développement de la médecine. Quel médecin utilisera encore des implants non repris dans la nomenclature, même s'il se voit ainsi contraint d'exercer une médecine qui ne correspond pas à l'état actuel de la science? Ce qui pourrait offrir au patient un argument suffisant pour réclamer ensuite une indemnisation de son médecin traitant dans le cadre de la future loi "no fault".

Le GBS a été contacté par le conseiller de l'UZ Antwerpen, partie défenderesse dans cette affaire, pour intervenir volontairement dans la procédure en appel. Le GBS a accédé à cette demande, d'une part, pour donner plus de poids à l'argumentation développée par l'hôpital et ses médecins et, d'autre part, pour les raisons de principe que nous venons d'évoquer.

VI.3 Arrêts

VI.3.1. Le décret flamand relatif au système d'information santé¹⁴¹

Le 14 février 2008¹⁴², quelques jours après l'assemblée générale de l'année dernière, la Cour constitutionnelle a rendu un arrêt dans l'affaire du recours en annulation introduit par le GBS contre le décret de la Communauté flamande du 16 juin 2006 relatif au système d'information santé (S.I.S.). Il est donné suite au recours du GBS en ce que le décret ne prévoit pas le consentement écrit du patient pour l'incorporation de ses données médicales dans un registre médical global. En outre, la Cour constitutionnelle annule le droit à la prise de connaissance des annotations personnelles du médecin, par analogie avec la loi relative aux droits du patient. C'est extrêmement important pour les médecins.

Dans le cadre de la concertation structurelle avec les organisations de médecins, organisée par le (désormais ex-) ministre flamand Steven Vanackere, Monsieur Chris Vander Auwera, administrateur général au ministère flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille nous a clairement fait savoir que son administration n'est pas unanimement satisfaite de cet arrêt. Il a mis l'accent sur la surcharge administrative résultant du fait que le consentement tacite du patient ne soit désormais plus la règle. Nous maintenons notre position que l'administration flamande ne peut pas faire n'importe quoi derrière le dos du patient avec ses données médicales et que, par ailleurs, la législation belge relative aux droits du patient doit également être respectée par l'administration flamande.

VI.3.2. Radiothérapie – redevance annuelle appelée par l'AFCN à charge des laboratoires in vivo

Ce dossier est apparemment un sujet qui revient chaque année¹⁴³.

¹⁴⁰ Art. 154 de l'annexe de l'arrêté royal du 10.07.2008 portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins (M.B. du 07.11.2008).

¹⁴¹ Décret flamand du 16.06.2006 (M.B. du 07.09.2006)

¹⁴² Arrêt n° 15/2008 – M.B. du 12.03.2008.

¹⁴³ Le sujet a été abordé pour la première fois dans le cadre du rapport annuel 2001 du GBS "11 septembre 2001 : Frank Vandebroucke marque de son empreinte la politique de la santé". Point X.9.

Dans le rapport annuel 2006¹⁴⁴, le GBS avait eu la joie de pouvoir annoncer que le recours en annulation contre l'A.R. du 24 août 2001 avait été déclaré recevable et fondé par le Conseil d'Etat. Celui-ci a en effet jugé que cette redevance annuelle ne constituait pas la contrepartie d'un service rendu par l'AFCN¹⁴⁵ à ces laboratoires.

Mais c'était faire un mauvais calcul. Pour échapper aux conséquences financières de cet arrêt, l'Etat belge a fait voter, le 26 avril 2007, par la Chambre et, le 27 avril 2007, par le Sénat, en d'autres termes juste avant la dissolution du Parlement le 2 mai 2007¹⁴⁶, une loi avec effet rétroactif à partir de 2001 de sorte que l'AFCN aurait malgré tout une base légale pour percevoir cette redevance.

Avec l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 15 janvier 2009¹⁴⁷, l'Etat belge peut à son tour crier victoire. La Cour constitutionnelle juge en effet que l'intérêt général qui est de garantir le financement de l'AFCN justifie la rétroactivité de cette loi. Une réserve est toutefois formulée en ce qui concerne les laboratoires qui, sur base d'un arrêt passé en force de chose jugée, avaient obtenu le remboursement de cette "redevance". Le caractère rétroactif de cette loi méconnaîtrait sinon en effet un des principes essentiels de la séparation des pouvoirs de notre Etat de droit, car l'arrêt de la Cour constitutionnelle remettrait en cause les effets d'une décision judiciaire devenue définitive. Et il ressort de notre analyse politique¹⁴⁸ que la Justice belge est très vigilante à cet égard.

Sur le plan juridique, les considérations de la Cour constitutionnelle au point B.8.2 de cet arrêt sont cependant remarquables et méritent vraiment d'être relevées. Les parties requérantes avaient notamment attaqué le processus d'élaboration de cette loi. En effet, celle-ci avait été ratifiée par le Roi et publiée après la dissolution du Parlement. Or ce dossier pouvait difficilement être considéré comme une affaire courante. La Cour constitutionnelle se dit cependant uniquement compétente pour contrôler la constitutionnalité du contenu de la loi, mais non celle de son processus d'élaboration. Autrement dit, l'Etat peut piétiner les règles de procédure en toute tranquillité. Il n'y a que le résultat qui compte. Quelle désillusion ! Il faut espérer que cet arrêt ne soit pas une source d'inspiration pour nos gouvernements présent et futurs.

VI.3.3 Remboursement des prestations du médecin spécialiste en médecine physique par rapport au kinésithérapeute¹⁴⁹

L'Association belge des médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation a introduit, en 2004, un recours en annulation contre l'A.R. du 19 mars 2004 fixant l'intervention personnelle du patient selon que la prestation est effectuée par le médecin spécialiste en médecine physique assistée par un kinésithérapeute ou par un kinésithérapeute seul. Dans ce dernier cas, l'intervention personnelle du patient était moins élevée que lorsque les prestations étaient effectuées par le médecin spécialiste en médecine physique assisté par un kinésithérapeute. Le Conseil d'Etat a annulé cet arrêté. Et, comment peut-il en être autrement, à nouveau sur base du non-respect d'une règle de procédure formelle. En effet, en sollicitant l'avis de la Section législation du Conseil d'Etat, l'Etat belge n'avait pas motivé de manière concluante le caractère très urgent qu'il avait invoqué pour

¹⁴⁴ Rapport annuel 2006 du GBS "Réglementer jusqu'à ce que mort s'ensuive". Point VI.2.3.

¹⁴⁵ Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire

¹⁴⁶ Loi du 15 mai 2007 portant modification de la loi du 15 avril 1994 relative à la protection de la population et de l'environnement contre les dangers résultant des rayonnements ionisants et relative à l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire. (M.B. du 08.06.2007).

¹⁴⁷ Arrêt du 15 janvier 2009 n° 4373

¹⁴⁸ Cf. point II.2.

¹⁴⁹ A.R. du 19 mars 2004 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations (M.B. 29.03.2004).

demander qu'un avis soit rendu dans les 5 jours ouvrables. Le Conseil d'Etat a malheureusement réglé l'affaire avec cette remarque formelle et il n'a pas examiné le dossier sur le fond.

VI.3.4. Le titre professionnel particulier en médecin d'urgence et en médecine aiguë¹⁵⁰

Dans ce dossier, le GBS a essuyé un refus pour un motif de procédure¹⁵¹. Dans la mesure où il n'était pas prévu de réunion du comité directeur du GBS avant la fin du délai légal pour introduire un recours devant le Conseil d'Etat¹⁵², il a été décidé qu'un recours en annulation serait introduit par le Comité exécutif. Le comité directeur a confirmé cette décision après coup. Le Conseil d'Etat est toutefois d'avis que cette confirmation aurait dû intervenir dans le délai de 60 jours. Comprenez qui pourra ! Si le comité directeur avait pu prendre la décision dans les délais, il n'aurait pas été nécessaire de confirmer la décision du Comité exécutif. Il est clair que le Conseil d'Etat a ainsi choisi la voie la plus rapide pour se sortir de la pile de recours à examiner (cf. également I.3.4.).

VI.3.5. La réadaptation

Malgré que cette requête en annulation n'ait pas été introduite par le GBS mais par l'Association des médecins rhumatologues de Belgique, membre du GBS, nous n'avons pas voulu vous priver de cet exemple de formalisme du Conseil d'Etat.¹⁵³ La requête introduite avait pour objet d'obtenir l'annulation des règles interprétatives n° 13 et 14 relatives à l'article 22 de la nomenclature. Le Conseil d'Etat rejette la requête en s'appuyant entre autres sur le raisonnement qui suit.

Tout d'abord le Conseil d'Etat constate que l'article 10 de la nomenclature des prestations de santé mentionne sous la lettre-index O le "spécialiste en médecine physique et en réadaptation" et le "spécialiste en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés" (resp. en néerlandais "specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie" et "specialist voor functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten"). L'A.R. du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical prévoit en son article 2 que les porteurs d'un des titres particuliers mentionnés à l'article 1 peuvent obtenir en outre un des titres mentionnés à cet art. 2, parmi lesquels figure "et en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés" (en néerl. "en in de functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten"). Par conséquent, conclut le Conseil d'Etat, le rhumatologue ne pourra jamais acquérir le titre professionnel particulier (en néerlandais) "voor functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten" car ce titre n'existe pas. Par la même occasion est posée la vertigineuse question de l'utilité que peut encore représenter, pour des médecins spécialistes en cours de formation, le fait d'obtenir le titre professionnel particulier complémentaire en réadaptation fonctionnelle des handicapés. Le formalisme jusqu'à l'absurde est plus que déconcertant. Suffirait-il donc que l'un ou l'autre collaborateur de cabinet ou fonctionnaire découvre les immenses "opportunités" de ce genre de formalisme pour que plus aucune prestation de la nomenclature ne reste attestable ?

Pour illustrer l'hypothèse, prenons la première des spécialités mentionnées dans la liste du deuxième alinéa de l'article 10§1 de la nomenclature : (texte néerlandais)

"K.B. 12.8.1994" (in werking 1.1.1995) "C, specialist voor anesthesie - reanimatie".

¹⁵⁰ A.R. du 17 février 2005 modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (M.B. du 06.04.2005)

¹⁵¹ Arrêt n° 186.204 du Conseil d'Etat du 11 septembre 2008

¹⁵² C'est-à-dire dans les 60 jours suivant la publication au Moniteur belge.

¹⁵³ Arrêt n° 184.115 du Conseil d'Etat du 12 juin 2008

Mais, à l'article 1 de l'A.R. du 25 novembre 1991¹⁵⁴, la dénomination qui suit immédiatement le titre de médecin généraliste, est celle du titre professionnel de "geneesheer-specialist **in** de anesthesie – reanimatie". La prochaine fois qu'un membre du Conseil d'Etat doit subir une intervention chirurgicale, il ou elle aurait intérêt à se souvenir de l'arrêt n°184.115 rendu par ses collègues le 12 juin 2008, pour comprendre pourquoi l'intervention a lieu sans anesthésie par manque de spécialiste textuellement compétent en salle d'opération pour endormir monsieur ou madame du Conseil d'Etat.

En fait, textuellement, il ou elle ne pourrait même pas être opéré(e) dans le cadre de notre tant prisé système d'assurance maladie-invalidité. En effet la liste de l'article 10§1 de la nomenclature mentionne comme deuxième discipline (en néerlandais) : "D, specialist **voor** heekunde", une spécialité qui n'existe pas non plus, car l'article 1 de l'A.R. du 25 novembre 1991 mentionne en néerlandais le "geneesheer specialist **in** de heekunde".

Cette histoire bien belge ne fait rire personne de bon cœur. On peut toujours se faire hypnotiser en arrivant au bloc opératoire.

Le message le plus fort dans l'arrêt est que le représentant de la partie adverse (l'INAMI), déclare que le spécialiste en rhumatologie correspond aux lettres indice "FO", une sous-division de l'indice F en néerlandais "**inwendige heekunde**" (en français chirurgie interne) (sic) !

VII. FONCTION DE CHEF DE SERVICE DANS UN LABORATOIRE HOSPITALIER¹⁵⁵

Avec son arrêté 173.407 du 12 juillet 2007, le Conseil d'Etat avait annulé le point 4 de l'article 6 de l'arrêté ministériel de Marcel COLLA du 30.04.1999 relatif à la formation des médecins spécialistes¹⁵⁶. Le GBS et son Union professionnelle belge des médecins spécialistes en biopathologie médicale sont en effet d'avis que dans le service de laboratoire clinique d'un hôpital aussi, il faut que la fonction de chef de service soit assurée par un médecin spécialiste, en l'occurrence par un médecin biologiste clinique.

L'arrêté ministériel du 19.08.2008, publié le 04.09.2008, rétablit correctement la situation avec son article unique. Car cette fois, il est stipulé que la fonction de chef de service doit être assurée par un médecin spécialiste également dans le laboratoire de biologie : "*L'article 6.4. de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, est remplacé par la disposition suivante :*

"Sauf dérogations prévues dans les critères spéciaux, il faut que dans tous les services médicaux de l'hôpital, la fonction de médecin chef de service soit exercée par un médecin spécialiste agréé. Une fonction de soins intensifs doit y exister ainsi que la possibilité d'effectuer des biopsies et des autopsies. En ce qui concerne les autres spécialités, l'établissement doit au moins pouvoir faire appel à des médecins consultants agréés comme médecins spécialistes."

¹⁵⁴ Arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (M.B. du 14.03.1992)

¹⁵⁵ A.M. du 19.08.2008 modifiant l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (M.B. du 04.09.2008, éd. 1)

¹⁵⁶ Cf. rapport annuel 2007 du GBS : "Toscane-sur-Senne" 02.02.2008, point VI.2.4. Médecin chef de service laboratoire de biologie clinique".

Evidemment, avoir raison n'est pas la même chose qu'obtenir raison. Dans la mesure où il faut remplir la condition de la fonction de chef de service médical dans le laboratoire pour conserver l'agrément de l'hôpital et où les Communautés ou les Régions sont compétentes en la matière, le GBS a envoyé des lettres aux ministres Didier DONFUT (Région wallonne), Guy VANHENGEL (Région bruxelloise – néerlandophone), Benoît CEREXHE (Région bruxelloise – francophone) et Steven VANACKERE (à l'époque encore à la Communauté flamande), avec copie pour information à la ministre fédérale de la Santé publique Laurette ONKELINX. Soit on peut envisager une politique d'extinction, soit on exige que la loi soit appliquée strictement. En d'autres termes, si l'hôpital ne satisfait pas aux exigences de la loi, ces hôpitaux risquent de perdre leur agrément. Aucun des ministres contactés ne souhaite même prendre en considération cette mesure et ils se déchargent allègrement de leur compétence au profit de l'autorité fédérale. Même Vanackere qui était alors encore ministre flamand. Cette information n'a toutefois été donnée que verbalement, le 14.11.2008. Elle ne méritait pas une lettre.

Au niveau fédéral, il est clair que si les hôpitaux de formation ne satisfont pas à cette obligation, l'agrément des stages suivis par les candidats spécialistes dans n'importe quelle discipline est remis en question. Une lettre a par conséquent aussi été envoyée au président du Conseil supérieur des médecins généralistes et des médecins généralistes, le Dr Dirk Cuypers, qui a inscrit cette question à l'ordre du jour du 11.12.2008 et y a consacré une discussion.

Ils sont nombreux à vouloir donner au nouvel arrêté ministériel un contenu conforme à leurs désirs, surtout les organisations hospitalières. Mais *dura lex, sed lex*. L'argumentation utilisée par le Conseil d'Etat dans son arrêt du 12.07.2007 a enfin apporté de la clarté – 20 ans plus tard – sur la façon dont les articles (à l'époque) 9 et 13 de la loi sur les hôpitaux de 1987 devaient être lus¹⁵⁷.

L'article 9 est formulé comme suit : *"Les dispositions des articles 18 à 22 et du Titre IV, applicables aux médecins hospitaliers, sont également d'application aux praticiens visés à l'article 3, alinéa 1er, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, exerçant à l'hôpital l'art dentaire de même qu'aux pharmaciens ou licenciés en sciences chimiques travaillant à l'hôpital et habilités à effectuer les analyses de biologie clinique, conformément à l'article 5, § 2, de l'arrêté précité."*

L'article 18 de la loi coordonnée sur les hôpitaux stipule : *"Dans chaque hôpital, l'activité médicale doit être structurée. Dans chaque hôpital, il y a [...] 2° un médecin-chef de service pour chacun des différents services du département médical; il est nommé et/ou désigné par le gestionnaire."*

La loi sur les hôpitaux ne peut jamais modifier la qualification d'un pharmacien ou d'un chimiste ou d'un dentiste. Le 28.01.2009, le soussigné a eu une concertation à ce sujet au cabinet de la ministre Onkelinx avec un de ses collaborateurs, le Dr Koenraad Vandewoude. Il s'ensuivra une réflexion approfondie pour trouver une solution acceptable, tout en sachant que le GBS ne modifiera pas sa position comme cela et que le Conseil d'Etat ne pourra probablement pas décider quelque chose de totalement différent à une prochaine occasion.

¹⁵⁷ Cela concerne maintenant les articles 9 et 18 de l'annexe de l'arrêté royal du 10 juillet 2008 portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins (M.B. du 07.11.2008).

VIII. CONCLUSION

Comme chaque année pratiquement, l'année 2008 a également été bien remplie. Avec des nouvelles positives et négatives, avec beaucoup de choses irritantes et quelques choses agréables pour la profession. Dans ce 19^e rapport annuel du GBS également, il n'a pas été possible de donner une information complète par manque de temps. Je me garde de clôturer une nouvelle fois sur une note trop sombre car, comme on le constate dans les récapitulatifs annuels dans les médias, on insiste surtout sur les mauvaises nouvelles.

Notre organisation reste très active et la collaboration avec l'ABSyM¹⁵⁸ et le VAS¹⁵⁹ se renforce. Pas (encore) au niveau statutaire mais bien au niveau du suivi journalier des dossiers, de l'élaboration d'avis et de la rédaction commune de lettres à l'attention des ministres et/ou instances compétents. La professionnalisation exige de collaborer avec ceux qui partagent notre vision tandis que, de concert, les frontières des disciplines médicales doivent pouvoir être surmontées.

Je sais d'ores et déjà que la question rhétorique dans ma conclusion de l'année dernière a reçu une réponse positive. L'accord du 20.12.2007 n'a pas été le dernier. Un nouvel accord a été conclu pour les années 2009 et 2010, mais nul ne sait aujourd'hui comment il sera accueilli. Les médecins disposent encore de 11 jours pour contester les propositions et éventuellement refuser d'adhérer à l'accord. En tout cas, il est clair que 20 ans de gestion socialiste des ministères des Affaires sociales et de la Santé publique ont laissé des traces indélébiles d'une immixtion croissante de l'Etat. Tout d'abord sur le plan budgétaire et maintenant directement au niveau de votre et de mon comportement de prescription.

Il faut s'attendre à ce que ce dirigisme ne fasse que s'accroître en 2009. Le contexte international servira de couverture. Le moment n'est pas très éloigné où l'on nous interdira de traiter certains patients. Les mutuelles, avec leur nouvelle garde de médecins-conseils qui pourra être accréditée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, reçoivent des compétences quasi illimitées pour interférer dans les soins à nos patients, leurs affiliés¹⁶⁰. La loi santé a été l'apothéose du Moniteur belge, une nouvelle fois très volumineux, pour cette édition 2008.

Il est de notre devoir à tous de veiller à ce que ni eux ni d'autres n'utilisent abusivement ces autoroutes eHealth que Frank Robben continuera à installer inlassablement. C'est pourquoi tous les médecins doivent travailler continuellement à la qualité de nos soins et veiller à ce que les informations relatives à ces soins de qualité soient stockées correctement de manière sécurisée et à ce qu'elles ne puissent être consultées que par des personnes compétentes pour ces soins.

Une belle mission qui nous occupera durant tout le 21^e siècle.

Dr Marc Moens,
Secrétaire général du GBS
Bruxelles, le 07.02.2009

¹⁵⁸ Association Belge des Syndicats Médicaux, président actuel Dr Roland Lemye, généraliste.

¹⁵⁹ Vlaams Artsensyndicaat, présidente actuelle, Dr Hilde Roels, généraliste.

¹⁶⁰ Article 26 de la Loi du 19.12.2008 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. du 31.12.2008; éd. 3).