

---

# Le Médecin Spécialiste

---

Organe du Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS  
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof  
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles  
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

**N° 7 / AOUT 2004**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

**SYMPOSIUM 50 ANS GBS-VBS**

## **LES SPÉCIALISTES SUR TOUTE LA LIGNE**

“ De Montil ” – AFFLIGEM – 25.09.2004

*(Accréditation demandée en éthique & économie)*

### **Avant-midi : Organisation de la chirurgie ambulatoire : intra = extra**

**Modérateur : Dr J.L. DEMEERE**

8.30 - 9.00 Enregistrement et accueil (café + croissants)

9.00 - 9.10 GBS : 50 ans déjà

9.10 - 9.30 Outpatient Surgery

9.30 - 9.50 Intramurale ambulante chirurgie  
*(Chirurgie ambulatoire hospitalière)*

9.50 - 10.10 De ontwikkeling van het dagziekenhuis en zijn  
gevolgen op de zorgorganisatie in België  
*(Le développement de l'hôpital de jour et ses conséquences  
sur l'organisation des soins en Belgique)*

10.10 - 10.40 Café

10.40 - 11.00 La révolution de l'hôpital par les extra-hospitaliers

11.00 - 11.20 La responsabilité médicale

11.20 - 12.30 Organisation de la chirurgie ambulatoire  
panel et discussion

12.30 - 14.30 Lunch avec sandwiches

Dr M. MOENS  
Prof. J. BRÖKELMANN (D)  
Prof. G. BOGAERT

Dr R. VAN DEN OEVER

Prof. A. DEWEVER  
Maître E. THIRY  
Dr C. POLITIS (STO)  
Dr D. GEERTS (OPH)  
Dr F. MISSOTTEN (PLA)

## Après-midi : Le spécialiste en première ligne

### Modérateur : Dr P. VAN DURME

14.30 - 14.40	Introduction	Dr P. VAN DURME
14.40 - 15.00	Vrouwenarts - Vertrouwensarts - Eerstelijnsarts? ( <i>Gynécologue - Médecin de confiance - Médecin de première ligne?</i> )	Dr J. VAN WIEMEERSCH
15.00 - 15.20	Mettre l'enfant en première ligne	Dr M. PLETINCX
15.20 - 15.40	Elektronische gegevensuitwisseling in de gezondheidszorg ( <i>Echange électronique de données dans les soins de santé</i> )	Prof. G. DE MOOR
15.40 - 16.10	Pause café	
16.10 - 16.30	Huisartsen en specialisten, hoe komen we tot elkaar in functie van de patiënt? ( <i>Généralistes et spécialistes, quelles relations entretenir les uns avec les autres en fonction du patient?</i> )	Dr J. REMANS
16.30 - 16.50	L'accès direct au médecin spécialiste en France	Dr M. GREFF (F)
16.50 - 17.10	Point de vue du ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique	
17.10 - 17.50	Débat et conclusion	Dr J.L. DEMEERE
18.00 - 19.00	Cocktail du jubilé	

### Renseignements et inscriptions

Secrétariat GBS

**Delphine Van den Nieuwenhof**

Avenue de la Couronne 20

1050 Bruxelles

☎ +32 (0)2 649 21 47

☎ +32 (0)2 649 26 90

@ delphine@vbs-gbs.org

<http://www.vbs-gbs.org>

### Lieu

**De Montil**

Moortelstraat 8

1790 AFFLIGEM (Essene)

Belgium

☎ +32 (0)2 583 00 70

☎ +32 (0)2 583 00 80

@ info@demontil.be

<http://www.demontil.com/>



### Formulaire d'inscription

(A renvoyer à : Groupement des Unions Professionnelles Belges de Médecins Spécialistes,  
Symposium 25.09.2004, Avenue de la Couronne 20, 1050 Bruxelles)

N° INAMI : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Spécialité : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....

E-mail : .....

Je participerai au symposium du 25.09.2004 et verse le montant de :

Avant le 30/08/2004

Après le 30/08/2004

Membres  40 €

Membres  60 €

Non-Membres  75 €

Non-Membres  95 €

Cand. Spéc.  10 €

Cand. Spéc.  15 €

Sur place  150 €

sur le compte 068-2095711-53 du GBS avec mention du nom du participant et "Symposium 50 ans GBS"

Je participerai au cocktail du jubilé

Date / Signature.....

# "MEDICAL PLETHORA? PRO AND CON OF NUMERUS CLAUSUS" PRO

Dr MARC MOENS – BRUXELLES 12.06.2004

*Ce texte constitue la base d'un exposé donné à l'invitation de la Société belge de médecine interne. Cet exposé a été suivi d'un débat avec le Prof. Denise Delière qui a défendu le point de vue "contre le numerus clausus".*

## 1. Introduction

Le 11.09.2000, j'ai eu un "face à face" écrit avec le Prof. Denise Delière dans le journal "La Libre Belgique".

Sous la question "Faut-il former moins de médecins?", nous lisons comme sous-titre de la prise de position du Prof. Delière "Le nombre de médecins ne peut croître sans limite. La plupart des autres pays européens se sont engagés dans la voie du numerus clausus bien avant nous".

Le sous-titre de ma prise de position était formulé comme suit : "La qualité des soins de santé est mise en péril par la pléthore médicale. Quand du peu de contacts avec les patients résulte une expérience insuffisante."

L'article du Prof. Delière se terminait par ces mots : "Il faudra encore élargir ce nombre (de nouveaux médecins admissibles) à l'avenir, car la consommation croîtra encore et l'offre médicale sera restreinte par la féminisation et l'explosion du nombre de sortants."

Mon article s'achevait par : "Un examen d'entrée avant (comme en Flandre) ou une sélection après la première candidature, couplé à un numerus clausus annuellement adaptable selon les besoins demeure l'unique bonne solution".

Le Prof. Delière a toujours rencontré des critiques et un soutien.

Elle a essuyé des critiques systématiques de la part des syndicats médicaux car, après avoir tergiversé pendant des années pour mettre un frein à la croissance incontrôlée, lorsqu'en 1996, la Commission de planification de l'offre médicale s'est enfin attelée à la tâche, elle a estimé qu'on intervenait avec 20 ans de retard et qu'il y avait désormais un risque de pénurie.

Même le Dr Jean-Paul Dercq, un fonctionnaire expert sur cette question, qui est aujourd'hui un collaborateur au sein du cabinet du ministre Demotte et président de la Commission de planification de l'offre médicale n'était pas avare de ses critiques par moments (1).

Elle a bénéficié systématiquement du soutien des facultés de médecine francophones. Citons l'exemple de l'éditorial animé de la "Revue Médicale de Bruxelles" (2) d'avril 2000, écrit par les doyens francophones. Les doyens n'ont pas manqué, après avoir fait remarquer aux dirigeants médicaux de Toeuf et Moens – lesquels avaient osé établir une corrélation entre le financement des facultés de médecine et le nombre d'étudiants inscrits en médecine – qu'ils étaient totalement dans l'erreur, de conclure par ces mots : "... Les doyens, eux, ne pensent pas qu'à l'argent."

Dans une réaction à l'article cité plus haut, le Dr Roland Lemye, secrétaire général de l'ABSyM-BVAS, a déclaré que l'étude du Prof. Delière était certes scientifique mais qu'elle tendait vers la futurologie. Il est d'avis que le calcul des besoins en médecins est un système chaotique présentant de très nombreuses variables et non pas un système mathématique classique (3).

Les syndicats médicaux reprochent au Prof. Delière de se livrer à des petits jeux académiques, à "l'art pour l'art", et pensent que les professeurs de médecine francophones ne se préoccupent absolument pas des problèmes auxquels les médecins francophones sont confrontés pour se

1 "Een tekort aan artsen? Laat me niet lachen!" Jean-Paul Dercq riposte à l'étude du Prof. Delière. Artsenkrant 1255. 28.03.2000.

2 Editorial des doyens des facultés de médecine francophones. (H. Alexandre, UMH; J. Boniver, ULg; D. Moulin, UCL; A. Piront, FUNDP; M. Rooze, ULB) "Le numerus clausus. Il est temps d'informer". Rev Med Brux, volume 21, avril 2000.

3 Lettre au rédacteur en chef. Le numerus clausus. Dr Roland Lemye. Rev Med Brux, volume 21, juin 2000.

trouver une petite place sur le marché après les avoir servis fidèlement pendant leur période de formation.

## 2. Un débat par-delà les époques et les frontières

### 2.1. Belgique

Le débat autour du *numerus clausus* est bien plus ancien que mon intérêt ou l'intérêt du Prof. Deliège pour cette problématique.

Il est également bien plus ancien que les propos vindicatifs de l'ancien ministre de la Prévoyance sociale, le socialiste Edmond Leburton (PSB-BSP; °18.04.1915 - †18.06.1997), "*On les aura par leur nombre*", lorsqu'à l'issue de la grève des médecins le 25 juin 1964, les représentants des médecins, des organismes assureurs, des employeurs, des employés et du Gouvernement ont trouvé un accord modifiant la loi sur l'assurance-maladie qui entendait introduire une nationalisation inspirée du système britannique du National Health Service. Cet accord est communément appelé l' "accord de la Saint-Jean". Le Dr André Wynen, fondateur et président de l'époque des Chambres syndicales de médecins, précurseur de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM), a joué un rôle de leader à cette occasion.

Par ses propos restés célèbres qui, quarante ans après, trouvent encore une résonance dans le débat sur le *numerus clausus*, Leburton a donné le signal de départ pour la création délibérée, politiquement orchestrée, d'une offre excédentaire de médecins en Belgique.

En 1890, la Belgique comptait 2.672 médecins pour 6,11 millions d'habitants, soit un médecin pour 2.287 Belges. Les associations professionnelles de l'époque demandaient déjà un *numerus clausus* au début des études.

Depuis 1910, le terme "pléthore" est utilisé, notamment dans le rapport américain "Flexner" (4). Il y avait alors ± 4.200 médecins pour ± 7,1 millions d'habitants, soit une densité de 1 médecin pour ± 1.700 Belges.

A propos de la pléthore, le Prof. Deliège a déclaré en septembre 2000 (5): "*Certes, des signes de pléthore existent actuellement, mais ils résultent surtout d'un écart entre une croissance trop rapide de l'offre, par rapport à la croissance de la demande. Par contre, le niveau de densité actuellement atteint ne constitue pas nécessairement un plafond, car besoins et demande continuent de croître*".

La question de savoir quand un plafond sera atteint est tout à fait académique. Ces universitaires ne se préoccupent pas de savoir qui continuera à régler la facture pour les frais qui augmentent avec le nombre de prestataires.

Dans une publication ultérieure de février 2001, elle a écrit (6) "*Y a-t-il pléthore? .... Notre enquête ne permet pas d'affirmer une pléthore d'un "oui" catégorique et sans appel – la majorité des médecins semblent en (très) bonne posture ! Cependant, l'hypothèse de pléthore se voit confortée du fait qu'une frange du corps médical se heurte à de réelles difficultés professionnelles.*"

Dans une prévision des besoins en médecins pour les Communautés francophone et germanophone (7), elle écrit en août 2003: "*Les coefficients d'évolution de besoins étant appliqués aux effectifs d'actifs, il est opportun de défalquer la pléthore éventuelle observée au départ de la projection. En effet, si pléthore il y a, il n'y a pas lieu d'en assurer l'inflation !*".

Une fois encore, elle met l'accent sur l'absence de consensus observée concernant la définition et la mesure de la pléthore mais, dans l'ensemble, il s'agit là du texte qui conteste le moins l'existence de la pléthore. Notons que, entre-temps, le Prof. Deliège est arrivée à l'âge de l'éméritat.

---

4 Les médecins aujourd'hui et demain. Pléthore ou pénurie ? Denise Deliège, Sesa, UCL septembre 2000.

5 Ibidem

6 Charge de travail et "mal emploi" des médecins. Antoine L, Lorant V, Deliège D. Rapport de synthèse. Sesa, UCL, février 2001.

7 Offre et besoins en médecins. Projections pour les Communautés française et germanophone de Belgique. Denise Deliège et Vincent Lorant. Sesa, UCL, août 2003.

## 2.2. France

Ces discussions sont également menées au niveau international, tant en Europe qu'aux Etats-Unis.

Le 28 avril 2004, le ministre français de la Santé Philippe Douste-Blazy a décidé de relever le quota des étudiants en médecine autorisés à poursuivre en deuxième année, et ce à la demande de l'Ordre des médecins <sup>(8)</sup> : "*Aujourd'hui le numerus clausus, c'est-à-dire le nombre d'étudiants qui passent en deuxième année de médecine, c'est 5.700, ils vont passer à 7.000, a précisé M. Douste-Blazy.*" En 1992, le quota français atteignait à peine 3.500 <sup>(9)</sup>. Il convient de signaler que la densité médicale en France est nettement inférieure à celle observée en Belgique. En 1992, la densité médicale en France s'élevait à 27,5 pour 10.000 habitants, contre 33,9 en Belgique. En 2000, la densité médicale française était de 30,0 contre 38,6 en Belgique (cf. tableau 1). Avec l'augmentation du quota français, la densité française se rapproche quelque peu de la densité belge même si la Belgique continue à proposer un nombre plus élevé de médecins à sa population.

### *Densité médicale pour 10.000 habitants*

	1992	2000
Belgique	33,9	38,6
France	27,5	30,0

Tableau 1

Il convient de noter la mauvaise répartition du nombre de médecins entre les régions françaises – urbaines opposées à rurales, le Sud opposé au Nord – et selon le type de spécialisation.

## 2.3. Etats-Unis d'Amérique

Les Etats-Unis connaissent des problèmes analogues. De récents articles scientifiques mettent en évidence différentes directions. Les uns parlent d'une surcapacité de médecins tandis que les autres parlent d'offre insuffisante, autrement dit de pléthore et de pénurie.

Dans "Specialist Physicians Providing Primary Care Services in Colorado" <sup>(10)</sup>, G.E. Fryer et al. adoptent comme point de départ : "*There is a general consensus that the size of the US workforce now exceeds the health care needs of the American public. There is a greater proportion of specialists than primary care physicians, a specialty mix different from that of most other developed countries.*" Outre le constat que l'offre médicale actuelle aux Etats-Unis est trop importante par rapport aux besoins médicaux, les auteurs concluent qu'il faut d'une part une meilleure définition des "primary care" mais également, d'autre part, que : "*However, the contribution of specialists should be considered in future primary care needs assessment and specialists who experience low demand for their particular specialities may be especially inclined to provide primary care services.*"

L'interaction entre les généralistes et les médecins spécialistes exerçant en première ligne, comme les pédiatres, les gynécologues, les dermatologues et certaines disciplines internes, n'existe ainsi pas uniquement en Belgique.

Par contre, dans Chest <sup>(11)</sup>, Irwin et al. ont constaté qu'il y avait un besoin urgent de médecins intensivistes. L'étude "COMPACCS <sup>(12)</sup>" publiée en 2000 prévoit que "*the aging of the population of the United States will create a demand for care that will outpace the future supply of critical care medicine specialists, and that the effects of this shortfall in manpower will start to reach crisis proportions after 2007*".

<sup>8</sup> «Philippe Douste-Blazy relève le numerus clausus». Le Monde, 29.04.2004.

<sup>9</sup> Journal du Médecin n° 1588 – 23.04.2004.

<sup>10</sup> The Journal of the American Board of Family Practice 17:81-90 (2004)

<sup>11</sup> Richard S. Irwin et al. The Critical Care Professional Societies Address the Critical Care Crisis in the United States. Chest. 2004;125:1512-1513.

<sup>12</sup> Committee on Manpower for Pulmonary and Critical Care Societies

Un aperçu récent et particulièrement intéressant de la politique américaine concernant l'offre médicale de Blumenthal dans le *New England Journal of Medicine* du 22.04.2004 montre à quel point il est difficile de tenir compte des multiples facteurs jouant un rôle <sup>(13)</sup>. A l'instar de ce qui est dit dans la littérature à ce sujet, Blumenthal conclut également qu'il est extrêmement difficile de mener une politique car il faut attendre longtemps avant de voir les effets d'une modification de la politique sur l'offre effective de médecins.

A l'aide d'un aperçu historique, Blumenthal évoque les mesures prises par les autorités américaines depuis le début du vingtième siècle (cf. Tableau 2). C'est une histoire de flux et reflux. En 1910, Flexner a publié un rapport dans lequel il est écrit en conclusion que les Etats-Unis ont produit une offre excédentaire de médecins avec une formation faible. Entre 1900 et 1930, la densité médicale a connu un recul, passant de 17,3 à 12,5 médecins pour 10.000 habitants. Durant cette même période, la densité belge se situait en deçà de la densité américaine ( $\pm 10$  médecins pour 10.000 habitants).

Le rapport Flexner n'a pas suffi comme outil de "contrôle des naissances professionnelles" de sorte que, vers 1960, la densité s'élevait à 14,0 pour 10.000 habitants.

*Etats-Unis : évolution de la densité médicale*

	Médecins/10.000 habitants	Nombre d'habitants par médecin
1900	17,3	578
RAPPORT FLEXNER (1910) : frein		
1930	12,5	800
1960	14,0	714
RAPPORT BANE (1959) : expansion		
1980	20,2	495
RAPPORT GMENAC (1981) : frein Introduction DRG (1983)		
2000 (2010)	27,6 (28,3)	362 (353)

Tableau 2

GMENAC : Graduate Medical Education National Advisory Committee

DRG : Diagnosis Related Groups

Source : David Blumenthal, Health Policy Report, *N Engl J Med* 350;17; April 22, 2004 En 1959, le Bane Rapport a annoncé une pénurie de 40.000 médecins d'ici 1975, de sorte qu'un nombre à nouveau plus important d'étudiants ont pu faire des études de médecine. Un rapport de 1981 du Graduate Medical Education National Advisory Committee (GMENAC) a été amené à constater que pas plus la politique restrictive d'avant-guerre que la politique d'expansion de l'après-guerre n'étaient basées sur l'offre et la demande de soins médicaux. Le groupe GMENAC est parti d'une série de suppositions, de prévisions et évolutions démographiques et épidémiologiques et s'est ainsi efforcé de déterminer le nombre de médecins qui serait nécessaire en 1990-2000 pour satisfaire les besoins médicaux de la population américaine. Le GMENAC a chiffré les besoins à 643.000 médecins (pour une population de  $\pm 259$  millions d'habitants), soit une densité de 24,8 et a annoncé un excédent de 145.000 médecins si la politique n'est pas modifiée. Le Congrès américain a réduit les subventions allouées aux facultés de médecine mais l'effet de cette mesure a été annulé par l'afflux de médecins étrangers dans les hôpitaux américains.

<sup>13</sup> David Blumenthal. Health policy report. New Steam from an Old Cauldron- The Physicians Supply Debate. *N Engl J Med* 350;17, april 22, 2004.

En 1986, le Congrès a créé le Council of Graduate Medical Education (COGME) qui a publié quelque 90 rapports différents au début des années 1990. Il devrait y avoir un excédent de 80.000 médecins d'ici l'an 2000 et le nombre des spécialistes allait augmenter de manière significative et excessive, passant de 12,3 médecins pour 10.000 habitants en 1992 à 15,2 en 2010. A titre de comparaison : en Belgique, la densité des spécialistes était déjà de 14,6 pour 10.000 habitants en 1992 et elle est même montée jusqu'à 19,6 en 2002.

Dans les rapports du Prof. Delière, qui suit ces études et données étrangères depuis des décennies, nous n'avons rien lu de similaire. Comme nous vous l'avons indiqué dans l'introduction, elle ne croit toujours pas qu'il y a pléthore. Le COGME prévoit également que le nombre de médecins généraux – et, aux Etats-Unis, cela couvre les généralistes, les internistes généraux et les pédiatres généraux – restera stable mais à un niveau trop bas de 6,7 médecins pour 10.000 habitants. Le COGME préconise une répartition 50/50 entre les spécialistes et les médecins généraux.

A titre de comparaison : la Belgique présente aujourd'hui une densité de 16,6 généralistes pour 10.000 habitants, soit 2,5 fois plus.

En 1983, les Diagnosis Related Groups (DRG) ont été introduits et, depuis lors, le développement du Managed Care, avec ses patients inscrits chez un médecin attiré, se poursuit progressivement. Les Health Maintenance Organizations comme Kaiser Permanente font appel, pour des soins identiques, à beaucoup moins de médecins que dans un système de paiement à l'acte (fee for service). De ce fait, au début des années 1990, les prévisions annonçaient qu'il y aurait un excédent de 165.000 médecins d'ici l'an 2000. Le Congrès américain a dès lors décidé de limiter le nombre de formations. Mais à l'aube de l'an 2000, Michael Whitcomb, le vice-président chargé de la formation médicale de l'American Association of Medical Colleges (AAMC), a fait le constat : "No one saw a real doctor on the [street] corner selling pencils".

En 2002, Richard Cooper (14), ancien doyen de la faculté de médecine du Wisconsin, a démontré qu'aux Etats-Unis, durant la plus grande partie du vingtième siècle, il a existé une forte corrélation entre le développement économique, exprimé en produit intérieur brut par habitant, et le nombre de médecins ( $R^2 = 0.94$ ). Selon les auteurs, cette corrélation s'explique par les liens de causalité sous-jacents entre la richesse nationale, la demande de soins de santé et la demande qui en résulte de praticiens professionnels susceptibles de dispenser ces soins. Si les tendances historiques se maintiennent et en supposant que la croissance atteigne 1,5 à 2 % du PIB par habitant par an jusqu'en 2020, Cooper et al. prévoient que les Etats-Unis auront à faire face à une pénurie de 50.000 médecins en 2010 et de  $\pm$  200.000 médecins en 2020. Il est intéressant de noter qu'en décembre 2003, la Chambre des députés de l'American Medical Association (AMA) est revenue sur ses premières estimations concernant un excédent de médecins.

Cooper suggère également que la relation entre les revenus et la demande de soins par des médecins est plus marquée pour la médecine spécialisée que pour la médecine générale. Lui aussi annonce des pénuries pour certaines disciplines et sous-disciplines.

Quel nombre de médecins serait suffisant? Blumenthal également n'apporte pas de réponse à cette question cruciale. Il constate que les analystes peuvent procéder de deux façons. Soit ils suivent, à l'instar de Cooper, la voie historique, Cooper partant du principe que le facteur principal dans la demande de médecins est constitué par l'économie. Soit ils s'efforcent de prévoir les besoins en soins afin de pouvoir offrir à la population américaine un système de soins de santé bien organisé. Pour ce faire, le système des Health Maintenance Organizations sert de référence.

---

<sup>14</sup> Cooper RA et al. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. Health Aff (Millwood) 2002; 21 (1):140-54

### 3. Données belges et comparaisons

Avant de nous intéresser à la situation belge, examinons le tableau 3 qui établit des comparaisons entre un certain nombre de données marquantes concernant la Belgique et les Etats-Unis. En 1900, la densité médicale en Belgique était nettement inférieure à celle observée aux Etats-Unis :  $\pm 10$  pour 10.000 habitants en 1900 contre 17,3.

A la suite du rapport Flexner de 1910, la densité a commencé à baisser aux Etats-Unis tandis qu'en Belgique, elle a augmenté petit à petit. Au milieu des années 1970, la densité médicale est devenue plus élevée en Belgique (18,9 pour 10.000 habitants en 1975) qu'aux Etats-Unis pour devancer nettement la densité américaine en 1980 : 24,9 contre 20,2. Depuis 1980, la densité belge n'a cessé d'augmenter à un rythme plus soutenu que la densité américaine pour atteindre, en l'an 2000, 41,1 pour 10.000 habitants en Belgique contre 27,6 aux Etats-Unis. Si, en plus, on considère que près de 15 % de la population américaine n'ont accès à aucune forme de sécurité sociale, la densité médicale américaine peut être considérée comme très surévaluée.

	Belgique		Etats-Unis	
	Médecins/10.000 habitants	Nombre d'habitants/médecin	Médecins/10.000 habitants	Nombre d'habitants/médecin
1900	$\pm 10,0$	$\pm 1.000$	17,3	578
1960	12,8	782	14,0	714
1980	24,9	402	20,2	495
2000	41,1	244	27,6	362
Dépenses 2000 % PIB	8,7		14,0	

Tableau 3

Source : - David Blumenthal, Health Policy Report, N Engl J Med 350; 17; April 12, 2004  
 - Compendium de statistiques de la Santé de l'IBES. 2003.  
 - OCDE

Il est également important de noter que bien que  $\pm 40$  des  $\pm 260$  millions d'Américains n'ont quasiment pas accès au système de soins de santé, les Etats-Unis consacrent malgré tout 14 % de leur produit intérieur brut aux soins de santé contre 8,7 % en Belgique.

Le tableau 4 montre d'une manière plus détaillée l'évolution, en Belgique, du nombre de médecins à partir de 1955 et jusqu'aux chiffres les plus récents disponibles au 31.12.2002. Au cours de ces 47 années, le nombre de médecins a augmenté avec un facteur 4,7, passant de 9.937 à 46.268. En 1955, il y avait un médecin pour 895 habitants et il y en a maintenant un pour 223, soit une réduction du nombre d'habitants par médecin avec un facteur 4.

#### *Evolution du nombre de médecins et densité médicale*

Année	Nombre total	Nombre de médecins pour 10.000 habitants	Nombre d'habitants par médecin
1955	9.937	11,2	895
1960	11.730	12,8	782
1965	13.793	14,5	689
1970	14.887	15,4	648
1975	18.506	18,9	530
1980	24.536	24,9	402
1985	30.942	31,4	319
1990	34.275	34,5	290
1995	38.369	37,9	264
1996	38.690	38,1	262
1997	39.240	38,6	259
1998	40.291	39,5	253
1999	41.331	40,4	247
2000	42.036	41,1	244
2001	42.978	42,0	238
2002	46.268	44,9	223

Tableau 4

Source : [www.health.fgov.be.AGP/nl/manpower](http://www.health.fgov.be.AGP/nl/manpower); calculs personnels à partir de données de l'INS



Le Service public fédéral Santé publique s'efforce de classer les médecins dans un certain nombre de catégories : avec ou sans pratique clinique, généralistes, candidats généralistes, spécialistes et médecins spécialistes en formation et, fait étonnant, des médecins de spécialité inconnue (cf. tableau 5). Sont considérés par le SPF Santé publique comme "sans pratique clinique" tous les médecins ayant plus de 75 ans, les médecins du travail et les candidats spécialistes en médecine du travail ainsi que les médecins non agréés par l'INAMI.

*Médecins par catégorie (01.01.2003)*

	Avec pratique clinique	Sans pratique clinique*	Total
Généralistes	13.718	3.825	17.543
Candidats généralistes	823	1	824
Spécialistes	20.100	2.007	22.107
Candidats spécialistes	3.861	62	3.923
Médecins de spécialité inconnue	1.797	74	1.871
<b>Total</b>	<b>40.299</b>	<b>5.969</b>	<b>46.268</b>

Tableau 5

\* Sans pratique clinique :

- tous les médecins de plus de 75 ans
- les médecins du travail
- les médecins non agréés par l'INAMI

Source : [www.health.fgov.be/AGP/fr/manpower](http://www.health.fgov.be/AGP/fr/manpower)

Les données relatives à la répartition suivant l'âge et le sexe sont intéressantes (cf. tableau 6). Si nous fixons l'âge de la pension pour les médecins à 65 ans, il reste 40.220 médecins en activité, soit 87 % du total. 6.048 médecins, soit 13 % de la population totale des médecins, ont plus de 65 ans. Une partie d'entre eux est toujours en activité, et ce plus parmi les généralistes que chez les spécialistes. La représentation graphique montre clairement que le rajeunissement de la profession se poursuit très nettement chez les femmes médecins (cf. fig. 1).

*Médecins par tranche d'âge (01.01.2003)*

Tranche d'âge	H	F	Total	%
20-24	8	34	42	0,1
25-29	1.796	2.533	4.329	9,4
30-34	2.431	2.983	5.414	11,7
35-39	2.985	2.493	5.478	11,8
40-44	4.405	2.445	6.850	14,8
45-49	4.832	2.014	6.846	14,8
50-54	4.292	1.289	5.581	12,1
55-59	2.828	566	3.394	7,3
60-64	1.978	308	2.286	4,9
<b>Sous-total 20-64</b>	<b>25.555</b>	<b>14.665</b>	<b>40.220</b>	<b>86,9</b>
65-69	1.791	224	2.015	4,4
70-74	1.601	173	1.774	3,8
75-79	1.051	110	1.161	2,5
80	964	134	1.098	2,4
<b>Sous-total 65 - &gt; 80</b>	<b>5.407</b>	<b>641</b>	<b>6.048</b>	<b>13,1</b>
<b>Total</b>	<b>30.962</b>	<b>15.306</b>	<b>46.268</b>	<b>100</b>

Tableau 6

Source : [www.health.fgov.be/AGP/fr/manpower](http://www.health.fgov.be/AGP/fr/manpower)

Le tableau 7 donne, à titre de comparaison, les chiffres les plus récents d'Eurostat de la Commission européenne concernant les médecins ayant une pratique clinique. Eurostat ne dispose pas de chiffres pour l'Irlande, l'Italie et la Finlande. La Belgique arrive en tête, juste derrière la Grèce, avec une densité qui équivaut à plus du double de celle de la Grande-Bretagne. Il convient toutefois de remarquer que procéder à telles comparaisons est une entreprise périlleuse. Les chiffres de l'OCDE (qui sont souvent cités comme source dans le Compendium de statistiques de la Santé 2003 de l'IBES) indiquent une densité de 31,9 pour les Pays-Bas et de 36,0 pour la Suisse. Une explication possible peut être cherchée dans le fait que les médecins

salariés sous contrat de travail ne sont pas repris dans cette catégorie dans les données d'Eurostat mais bien dans celles de l'OCDE.

*Densité des médecins avec pratique (pour 10.000 habitants) (année 2000)*

Grèce	43,8
Belgique	38,6
Allemagne	35,9
Danemark	31,6
Luxembourg	31,5
Autriche	30,9
Espagne	30,3
France	30,0
Suède	29,8
Norvège	28,0
USA*	27,6
Portugal	26,5
Suisse	19,5
Pays-Bas	19,2
Royaume-Uni	17,9

Tableau 7

Source : Eurostat, Commission européenne. Statistiques de la santé.

Chiffres clés sur la santé 2002

\*David Blumenthal, Health Policy Report, N Engl J Med 350 ; 17.

A l'exception de ce qui concerne les Pays-Bas et la Suisse, les chiffres les plus récents de Eco-Santé de l'OCDE 2004 (cf. fig. 2) correspondent dans une très large mesure à ceux du tableau 7. Les chiffres américains sont encore moins élevés que dans l'étude de David Blumenthal: 24,0 contre 27,6 pour 10.000 habitants.

Toutefois, quelles que soient les sources ou la méthode de calcul utilisées, la Belgique arrive toujours bien en tête dans les chiffres concernant la densité médicale.

Lorsque nous examinons, dans le tableau 8, la répartition par communauté en Belgique, la densité exceptionnelle ressort encore plus clairement : en Flandre 36,7 médecins pour 10.000 habitants (soit 39,0 si on répartit les médecins sans code INS au prorata), en Région wallonne 42,7 (43,8 avec correction INS au prorata), en Belgique 44,9 et dans la Région Bruxelles-Capitale 62,9 (soit 63,3 avec correction INS au prorata).

*Densité médicale en Belgique (01.01.2003)*

	H	F	Total	Densité (médecins/10.000 habitants)
Anvers	3.860	1.850	5.710	34,6
Brabant flamand	3.416	2.062	5.478	53,6
Flandre occidentale	2.789	879	3.668	32,4
Flandre orientale	3.246	1.483	4.729	34,6
Limbourg	1.570	737	2.307	28,9
Région flamande	14.881	7.011	21.892	<b>36,7</b>
Région Bruxelles-Capitale	3.736	2.414	6.150	<b>62,9</b>
Brabant wallon	1.488	853	2.341	65,9
Hainaut	2.915	1.207	4.122	32,2
Liège	3.078	1.523	4.601	44,9
Luxembourg	572	257	829	33,1
Namur	1.673	784	2.457	54,9
Région wallonne	9.726	4.624	14.350	<b>42,7</b>
Belgique	28.343	14.049	42.392	41,1
Médecins sans code INS connu			3.876	3,8
<b>TOTAL BELGIQUE</b>			<b>46.268</b>	<b>44,9</b>

Source : www.health.fgov.be/AGP/manpower

Tableau 8

Si nous comparons les pays ayant les cinq densités médicales les plus élevées avec la Belgique et ses régions qui disposent chacune de son propre gouvernement et au moins d'un ministre de la Santé publique, nous constatons alors à quel point les universitaires comme le Prof. Delière ont oeuvré au pourrissement de la situation belge (cf. [tableau 9](#)). Avec ses 63,3 médecins pour 10.000 habitants, la Région Bruxelles-Capitale a une densité qui est supérieure de moitié à la densité de la Grèce, le n° 1 absolu en Europe avec une densité "à peine" égale à 43,8 pour 10.000 habitants. La Grèce et la région wallonne sont exactement au même niveau avec une densité de 43,8 habitants pour 10.000 habitants.

*Densité médicale européenne la plus élevée*

	Médecins/10.000 habitants
Région Bruxelles-Capitale	63,3
Belgique	44,9
Région wallonne	43,8
Grèce	43,8
Région flamande	39,0
Allemagne	35,9
Danemark	31,6
Luxembourg	31,5

Tableau 9

Source : - Eurostat; Commission européenne. Statistiques de la santé. Chiffres clés sur la santé 2002.  
 - [www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower](http://www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower) (les médecins sans code INS connu sont répartis au prorata)

La densité médicale en région flamande (39,0) est encore nettement supérieure à celle d'autres pays du top cinq : l'Allemagne (35,9), le Danemark (31,6) et le Luxembourg (31,5).

Les [tableaux 10 et 11](#) montrent une répartition de la densité médicale belge par catégorie (généralistes, spécialistes et spécialistes en formation) et par région.

*Densité médicale par catégorie et par région (pour 10.000 habitants) (01.01.2003)*

	Généraliste	Spécialiste	Candidat spécialiste	Total
Anvers	14,9	16,2	2,8	34,6
Brabant flamand	19,1	26,7	6,3	53,6
Flandre occidentale	14,4	15,3	2,4	32,4
Flandre orientale	14,5	16,4	3,2	34,6
Limbourg	13,6	12,7	2,1	28,9
Région flamande	15,3	17,4	3,3	36,7
Région Bruxelles-Capitale	21,4	31,6	7,8	62,9
Brabant wallon	23,5	36,9	4,3	65,9
Hainaut	14,8	15,3	1,8	32,2
Liège	18,4	21,6	4,2	44,9
Luxembourg	16,7	14,1	2,0	33,1
Namur	20,4	18,9	3,4	54,9
Région wallonne	17,7	19,9	3,0	42,7
BELGIQUE	16,6	19,6	3,7	41,1
Avec médecins sans code INS connu				44,9

Tableau 10

Source : [www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower](http://www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower)

*Densité médicale par catégorie et par région (nombre d'habitants par médecin) (01.01.2003)*

	Généraliste	Spécialiste	Candidat spécialiste	Total
Anvers	671	617	3.571	289
Brabant flamand	524	375	1.587	187
Flandre occidentale	694	634	4.167	309
Flandre orientale	690	610	3.125	289
Limbourg	735	787	4.762	346
Région flamande	654	575	3.030	272
Région Bruxelles-Capitale	467	316	1.282	159
Brabant wallon	425	271	2.326	132
Hainaut	676	654	5.556	311
Liège	543	463	2.381	223
Luxembourg	599	709	5.000	502
Namur	490	529	2.941	182
Région wallonne	565	503	3.333	234
BELGIQUE	602	510	2.703	243
Avec médecins sans code INS connu				223

Tableau 11

Source : [www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower](http://www.health.fgov.be/AGP/nl/manpower); calculs personnels

Le tableau 11bis illustre les conséquences de cette densité au niveau des généralistes (<sup>15</sup>). Si on estime qu'une année compte 250 jours ouvrables, le généraliste flamand voit en moyenne 16,3 patients par jour (9,6 consultations, 0,1 avis et 6,6 visites), le généraliste bruxellois 7,2 patients par jour (4,5 consultations, 0,1 avis et 2,6 visites à domicile) et le généraliste wallon 12,2 patients (5,9 consultations, 0,2 avis et 6,1 visites à domicile).

*Comparaison des activités des généralistes entre les régions (prestations 1998)*

	Flandre	Bruxelles	Wallonie
PAR AN			
Consultations	2.409	1.121	1.466
Avis	30	18	43
Visites	1.640	660	1.530
PAR JOUR			
Consultations	9,6	4,5	5,9
Avis	0,1	0,1	0,2
Visites	6,6	2,6	6,1
Nombre total de contacts par jour	<b>16,3</b>	<b>7,2</b>	<b>12,2</b>

Tableau 11bis

En estimant qu'une année compte 250 jours ouvrables  
 o le généraliste de la Région flamande voit 16 patients par jour  
 o le généraliste de la Région bruxelloise voit 7 patients par jour  
 o le généraliste de la Région wallonne voit 12 patients par jour

Source : Analyse quantitative des activités des médecins généralistes belges. J.P. Dercq, H. Van Loon, A. Van Ouytsel, A. Somer. Janvier 2001

Dans la mesure où ces chiffres ont déjà plus de cinq ans, le tableau 12 montre l'évolution du nombre de prestations effectuées par des généralistes (<sup>16</sup>): le nombre de visites à domicile a baissé de 15.382.936 en 1998 à 13.175.145 en 2002, soit une diminution de 14,35 %. Le nombre de consultations a augmenté durant la même période, passant de 25.671.512 à 27.469.949, soit une hausse de 7,01 %.

<sup>15</sup> Analyse quantitative des activités des médecins généralistes belges. J.P. Dercq, H. Van Loon, A. Van Ouytsel et A. Somer. Janvier 2001.

<sup>16</sup> M. Moens. Rapport annuel GBS 2003: l'année de la grande illusion. Mars 2004.

Globalement, le nombre de prestations effectuées par des généralistes a baissé de 1,00 %, passant de 41.054.448 à 40.645.094.

*Nombre des principales prestations de généralistes agréés*

	Visites à domicile		Consultation		Total	
	absolu	%	absolu	%	absolu	%
1998	15.382.936	100,00	25.671.512	100,00	41.054.448	100,00
2002	13.175.145	85,65	27.469.949	107,01	40.645.094	99,00

Tableau 12

Source : M. MOENS, rapport annuel GBS 2003 : l'année de la grande illusion. Mars 2004.

Le tableau 13 donne quelques chiffres en Europe afin de permettre de comparer la densité en médecins généralistes en Belgique avec la densité dans plusieurs autres pays européens. Par rapport aux Pays-Bas, la Belgique compte 3,6 x plus de généralistes en activité <sup>(17)</sup>.

*Densité des médecins généralistes dans plusieurs pays européens (2002)  
(nombre de généralistes pour 10.000 habitants)*

Belgique	16,6
France	14,8
Allemagne	10,4
Royaume-Uni	6,2
Pays-Bas	4,6

Tableau 13

Source : \* Statistiques de la Santé de l'IBES. OESO Health Data 2002;  
Calculs de l'IBES

## 4. Situation politique actuelle

### 4.1. Les activités de la Commission de planification Offre médicale

Après des années de débats à propos du numerus clausus, la Commission de planification a été instituée conformément à l' "A.R. du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification-offre médicale" (M.B. du 29/08/1996).

Après la publication de l' "A.R. du 20 août 1996 portant nomination des membres de la Commission de planification - offre médicale" (M.B. du 12/10/1996), avec entre autres le Prof. Delière comme membre, elle a pu débiter ses travaux.

L' "Arrêté royal du 29 août 1997 fixant le nombre global de médecins, réparti par Communauté, ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers" (M.B. du 05.09.1997 et coordonné dans le M.B. du 08.12.2000) a fixé le nombre total de médecins de 2004 à 2008 (cf. tableau 14).

*Nombre de médecins ayant accès au régime de l'AMI (A.R. du 29.08.1997 – M.B. du 05.09.1997, coordonné dans le M.B. du 08.12.2000)*

Année	Nombre de médecins			Généralistes			Spécialistes		
	Total	N	F	Total	N	F	Total	N	F
2004	700	420	280	300	180	120	400	240	160
2005	650	390	260	300	180	120	350	210	140
2006	600	360	240	300	180	120	300	180	120
2007	700	420	280	-	-	-	-	-	-
2008	700	420	280	-	-	-	-	-	-

Tableau 14

<sup>17</sup> Statistiques de la Santé de l'IBES 2003.

Suite à la décision de la Commission de planification du 21.12.2001, certains chiffres ont été modifiés par l' "A.R. du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale" (M.B. du 14.06.2002). Le nombre pouvant accéder à la formation en 2005 et 2006 pour travailler dans le cadre de la structure de l'INAMI a été porté de respectivement 650 et 600 à 700 pour chacune des deux années. Les quotas pour les années 2009, 2010 et 2011 ont été ajoutés (cf. tableau 15).

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

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

Tableau 15

En gras et en italique : modification de la coordination du 07.11.2000 de l'A.R. du 29.08.1997

En gras : ajout à la coordination du 07.11.2000 de l'A.R. du 29.08.1997.

Cet A.R. a également précisé la ventilation du nombre de spécialistes autorisés (cf. tableau 16). Seules 330 des 400 places ont été attribuées. Les 70 places non pourvues seront utilisées au gré des besoins. Plusieurs spécialités déjà ont montré leur intérêt, notamment celles où le nombre de candidats autorisés est inférieur au nombre de places de formation. Les médecins spécialistes en médecine du travail, en gestion de données médicales et en médecine médico-légale ne sont pas compris dans le quota.

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

Médecin spécialiste en	Total	N	F
Anesthésie-réanimation	45	24	21
Chirurgie, orthopédie, neurochirurgie, urologie, chirurgie plastique	44	26	18
Neurologie	10	7	3
Psychiatrie	39	27	12
Gynécologie-obstétrique	15	8	7
Ophtalmologie	13	8	5
Oto-rhino-laryngologie	8	5	3
Stomatologie	4	2	2
Dermatologie	8	5	3
Médecine interne, cardiologie, rhumatologie, gastro-entérologie, pneumologie	70	40	30
Pédiatrie	22	12	10
Physiothérapie	6	3	3
Biologie clinique	11	8	3
Radiodiagnostic	17	12	5
Radiothérapie	5	3	2
Médecine nucléaire	4	2	2
Anatomie pathologique	4	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>194</b>	<b>136</b>

Tableau 16

La Commission de planification offre médicale part d'un certain nombre d'hypothèses. On estime par exemple qu'entre 2000 et 2050, la population belge passera de 10,28 à 10,95 millions d'habitants. Le vieillissement progressera nettement : la population âgée de plus de 65 ans passera de 17 % en 2002 à 21 % en 2020 et même à 26 % en 2050 (cf. tableau 17).

La Commission de planification prend également en considération des facteurs inhérents aux médecins, tels que la féminisation de la profession, le raccourcissement de la durée de travail, les départs anticipés de la profession, etc.

## Vieillesse de la population

âge	2002	2020	2050
0 – 24	30 %	27 %	26 %
25 – 64	53 %	52 %	48 %
65 +	17 %	21 %	26 %

Tableau 17

La Commission de planification a travaillé sur la base de deux modèles qui sont également utilisés aux Etats-Unis. D'une part, le modèle où on part du principe que dans le cadre d'une organisation des soins de santé par les autorités, les besoins en soins médicaux restent constants (Health Maintenance Organizations) <sup>(18)</sup> et, d'autre part, le modèle à orientation plus économique et démographique qui tient compte d'un besoin croissant auquel une réponse est apportée (Richard Cooper) <sup>(19)</sup>. Les chiffres calculés entre 2004 et 2020 suivant les deux modes de pensée sont présentés dans le tableau 18. L'écart dans les besoins annuels en nouveaux médecins entre les deux méthodes s'élève jusqu'à 430 unités en 2020. La Commission de planification a finalement opté pour une valeur intermédiaire pour les années 2011 et 2012, à savoir 833 (cf. infra).

### A.R. du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 14.06.2002)

	Besoin croissant			Besoin constant		
	Franc.	Flam.	B	Franc.	Flam.	B
2004	280	420	700	280	420	700
2005	260	390	650	260	390	650
2006	240	360	600	240	360	600
2007	280	420	700	280	420	700
2008	280	420	700	280	420	700
2009	300	600	900	300	450	750
2010	350	700	1.050	300	450	750
2011	350	800	1.150	300	450	750
2012	350	800	1.150	300	450	750
2013	400	875	1.275	300	450	750
2014	400	875	1.275	350	650	1.000
2015	470	875	1.345	350	650	1.000
2016	470	875	1.345	350	650	1.000
2017	470	875	1.345	350	650	1.000
2018	540	875	1.415	350	650	1.000
2019	610	875	1.485	425	650	1.075
2020	630	875	1.505	425	650	1.075

Tableau 18

Franc. : Communauté française

Flam. : Communauté flamande

B : Belgique

Dans le cadre des débats précédant la réunion de la Commission de planification de l'offre médicale du 27.11.2003, les universités francophones ont suggéré la suspension du numerus clausus pendant quelques années tandis que le Prof. Denise Deliège s'est à nouveau exprimée sur le sujet dans les médias et a brandi le spectre de la pénurie de médecins. Les réactions des syndicats médicaux ont été violentes. Le Dr Jacques de Toeuf, qui était président de l'ABSyM-BVAS à ce moment-là, a qualifié de "monstrueuse" cette nouvelle offensive contre la limitation du nombre de médecins <sup>(20)</sup>.

<sup>18</sup> David Blumenthal. Health policy report. New Steam from an Old Cauldron- The Physicians Supply Debate. N Engl J Med 350; 17, April 22, 2004.

<sup>19</sup> Cooper RA et al. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. Health Aff (Millwood) 2002; 21 (1):140-54

<sup>20</sup> "Non, Mme Deliège, il ne faut pas prendre les médecins belges pour des canards sauvages". Editorial Maurice Einhorn. Le Journal du Médecin n° 1549. 18.11.2003.

Côté flamand, le Dr Louis IDE, membre de la direction du parti "Nieuw-Vlaamse Alliantie" (N-VA) qui a formé un cartel avec le CD&V pour les élections du 13.06.2004, a lancé une pétition par e-mail <sup>(21)</sup> afin d'enjoindre le ministre DEMOTTE à ne pas céder à la demande des doyens francophones prônant la suppression du numerus clausus qui a entre-temps été transposée dans une proposition de loi du CDH, d'ECOLO et du PS du 23.11.2003.

Toutes les associations belges de médecins ont signé cette pétition, y compris le G.B.S.-V.B.S, qui était alors présidé par un néerlandophone, le Prof. Dr Jacques Gruwez, et l'ABSyM-BVAS, qui était alors présidée par un francophone, le Dr Jacques de Toeuf.

La Commission de planification a finalement pris quatre décisions, même si cela n'a pas été de gaîté de cœur en ce qui concerne les représentants des syndicats médicaux qui siègent en minorité. Les quotas pour 2011 et 2012 sont portés à 833. Pour la période allant de 2004 à 2012, il est prévu un "mécanisme de lissage" par lequel l'excédent de diplômés en médecine certaines années peut malgré tout avoir accès à la structure de l'INAMI car il est neutralisé par un déficit de diplômés d'autres années. Dans sa totalité, le quota 2004 – 2012 est respecté (cf. tableau 19). La Commission de planification accepte également le surplus durant cette période de 154 francophones et de 232 néerlandophones en sus du quota total. Ces diplômés sont appelés les "exemptés" pour protéger les disciplines spécialisées qui, soit, connaissent actuellement une pénurie, comme la gériatrie et la psychiatrie infanto-juvénile, soit pour lesquelles il y a un risque d'intérêt amoindri, à savoir la recherche scientifique. Enfin, la Commission de planification a modifié la clé de répartition entre les généralistes et les spécialistes de respectivement 40 à 43 % et de 60 à 57 %. Aucune modification n'a été apportée à la ventilation communautaire 40 % francophones contre 60 % néerlandophones.

#### *Démographie des étudiants en médecine et décision de la Commission de planification*

Année	Communauté française			Communauté flamande		
	Quota	Diplômés	Différence	Quota	Diplômés	Différence
2004	280	326	46	420	571	151
2005	280	306	26	420	442	22
2006	280	309	29	420	350	-70
2007	280	311	31	420	404	-16
2008	280	307	27	420	362	-58
2009	280	319	39	420	418	-2
2010	280	320	40	420	525	105
2011	333	290	-43	500	550	50
2012	333	292	-41	500	550	50
Total	2.626	2.780	+ 154	3.940	4.172	+ 232

Source : Document de travail pour la réunion GBS-doyens francophones du 03.02.2004.

Tableau 19

Nombreux sont ceux qui, comme moi, se demandent si la modification du rapport généraliste/spécialiste est raisonnable. Quelque 2000 médecins regroupés sous le dénominateur de "généraliste" s'occupent dans une plus ou moins grande mesure d'activités médicales qui ne peuvent pas être qualifiées de médecine générale. Ils font le tour des chambres dans les hôpitaux, travaillent après l'obtention de leur brevet de médecine aiguë dans un service d'urgences, travaillent dans toutes sortes d'établissements de soins psychiatriques ou de soins pour handicapés, dans des centres de désintoxication pour toxicomanes, comme médecin scolaire, pour l'ONE, dans la recherche scientifique concernant la médecine générale, etc.

Nombre de ces médecins n'ont pas opté pour la médecine générale comme profession et on peut vraiment se demander si la limitation du nombre de spécialistes aurait pour résultat des généralistes plus motivés et meilleurs. Cela fait déjà un certain temps que je plaide en faveur d'une sorte de médecin alternative, une forme intermédiaire entre le généraliste et le spécialiste, pouvant

<sup>21</sup> [www.contingentering.be](http://www.contingentering.be)



intervenir dans les situations médicales précitées où les besoins médicaux sont effectivement réels. Selon le Dr Jean-Paul Dercq, qui a été pendant des années conseiller général auprès du ministère de la Santé publique et est maintenant conseiller au cabinet du ministre Demotte, un problème très important est constitué par le fait que des médecins agréés comme généralistes tournent aujourd'hui le dos à la profession de médecin généraliste – et éventuellement vont travailler en milieu hospitalier – tandis que des médecins hospitaliers spécialistes quittent l'hôpital pour aller travailler en première ligne, comme c'est le cas des pédiatres.

Nul ne sait quel sort sera réservé aux décisions de la Commission de planification offre médicale. Dans les coulisses, on entend dire que les libéraux flamands en particulier sont contre la proposition et ils sont en ce soutenus par l'opposition. Les résultats des élections de demain, le 13.06.2004, pourraient jouer un rôle. Nous ne tarderons pas à savoir si c'est vrai que, si les Libéraux et Démocrates Flamands (VLD, Vlaamse Liberalen en Democraten) obtiennent de bons résultats, les décisions du 27.11.2003 ne seront pas exécutées. Par contre, si le VLD s'en sort moins bien, les modifications, qui ont surtout été initiées par les francophones, devraient être appliquées(\*).

#### 4.2. La ministre Dupuis et le décret du 27.02.2003

Par son décret du 27.02.2003 (M.B. du 11.04.2003), la Communauté française a supprimé toute forme de procédure de sélection pour les études de médecine, à l'initiative de la ministre de l'Enseignement supérieur Mme Françoise DUPUIS (P.S.) (22). Il convient de remarquer que l'actuel ministre des Affaires sociales Rudy Demotte était co-signataire de ce décret draconien. Frank VANDENBROUCKE, le ministre des Affaires sociales de l'époque, a réagi avec véhémence au décret du 27.02.2003 de la Communauté française : (nous traduisons) *"Si le monde politique francophone estime que les soins de santé ne nécessitent pas une planification des effectifs et que l'enseignement n'a aucune responsabilité à assumer dans cette planification, autant scinder tout de suite les soins de santé."* (23)

Ces déclarations audacieuses de Frank Vandenbroucke sont peut-être une des raisons pour lesquelles il a dû céder son portefeuille à Rudi Demotte (PS). Au cours d'une interview-débat de "A bout portant" sur la "Pléthore ou pénurie de médecins" avec Bénédicte VAES du journal "Le Soir", il a déclaré sans plus : "Sans numerus clausus, la santé sera scindée" (24). Dans la même émission de "A bout portant", Françoise DUPUIS a indiqué qu'il y avait bien pénurie pour certaines spécialisations (25).

La critique est très sévère. Non seulement il est mis fin à toute forme de présélection mais les étudiants obtenant leur diplôme de "docteur en médecine" au terme de sept (voire plus) années d'études courent le risque de ne pas pouvoir travailler dans le cadre de l'INAMI, ce qui est psychologiquement insupportable. Les étudiants francophones sont victimes d'une discrimination par rapport aux flamands. Former un trop grand nombre d'étudiants présente également un sérieux risque en ce sens que la qualité de la formation diminue par manque de cours pratiques et d'expérience. La ministre Dupuis ne veut même plus prendre en considération l'examen d'entrée : "Ces options ne sont plus envisagées dans le contexte actuel" (26). Il est dès lors logique que les conséquences du Décret soient attaquées devant les tribunaux par les étudiants.

---

\* En effet, le conseil des ministres décide le 09.07.2004 de fixer les quota INAMI à 700 pour 2011 et 833 pour 2012.

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

23 "Felle kritiek Vandenbroucke op Waalse afschaffing contingentering". Artsenkrant n° 1497. 18.03.2003.

24 "Pléthore ou pénurie de médecins ?". Le Soir. 03.03.2003.

25 "C'est dans les spécialisations qu'on constate des manques". Le Soir. 03.03.2003.

26 "7 questions à Françoise Dupuis" Journal du Médecin, n° 1492, 25.02.2003.

Il est assez étonnant de noter que cette même Françoise Dupuis a, en septembre 2003, introduit un examen d'entrée pour la première candidature en médecine vétérinaire (27). Parmi les raisons invoquées, il y avait d'une part la qualité de la formation : un trop grand nombre d'étudiants pour un nombre de patients (animaux) trop faible et, d'autre part, le grand nombre d'étudiants français qui s'inscrivent en Belgique. Pour les études de médecine, ces arguments ne sont manifestement pas pertinents. Dans les facultés de médecine également, le nombre d'étudiants étrangers est considérable et grimpe jusqu'à un quart dans les facultés francophones (cf. tableau 20 et fig. 5).

#### Facultés de médecine francophones

Année académique	94-95		95-96		96-97		97-98		98-99	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Etudiants belges	400	77	417	80	405	74	401	77	408	74
Etudiants de l'UE	40	8,0	35	7	48	9	39	8	58	11
Etudiants hors UE	80	15	68	13	92	17	78	15	85	15
Total	520	100	520	100	545	100	518	100	551	100

Tableau 20

Source : Artsenkrant on line 27.10.2000.

Le tableau 21 montre l'évolution du nombre d'étudiants de la génération en médecine en Belgique. Les étudiants de la génération sont des étudiants qui s'inscrivent pour la première fois dans une faculté belge. Les nombres les plus élevés d'étudiants débutant en médecine sont enregistrés ± 20 ans après le baby boom des années 1950 – 1960. En Flandre, on ne manquera pas de remarquer le net recul du nombre d'étudiants de la génération à partir de l'instauration de l'examen d'entrée en 1997. Les débutants, qui étaient encore quelque 1.160 en 1996, ne sont plus que 345 en 2002. En 1997, seul le volet de l'examen d'entrée afférent à la "capacité d'acquisition et de traitement de l'information" a été retenu pour l'attribution des points. Le volet "connaissance et compréhension des sciences" n'a été pris en considération qu'à partir de 1998, ce qui a entraîné une baisse nette du nombre d'examens réussis. Côté francophone, le nombre des étudiants de première génération reste inchangé et supérieur à 800.

#### Evolution du nombre des étudiants de la génération en médecine en Belgique

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

Tableau 21

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

27 "Vétérinaires: premier numerus clausus" La Capitale, 05.09.2003.

Le tableau 22 montre l'évolution du nombre de réussites à l'examen d'entrée en médecine (et dentisterie) entre 1997 et 2003. Uniquement en 1998 et en 1999, le nombre d'examens réussis a été inférieur au quota autorisé. Par ailleurs, toutes les personnes ayant réussi l'examen n'entament pas forcément les études.

*Evolution du nombre de personnes ayant réussi l'examen d'entrée en médecine (et en dentisterie) comparé au contingent fixé.*

	Contingent fixé par A.R. <sup>(28)</sup>	Nombre de personnes ayant réussi l'examen	Différence*
1997	504 (420 + 84)	966	+ 462
1998	504	447	- 57
1999	504	469	- 35
2000	504	517	+ 13
2001	504	569	+ 65
2002	504	606	+ 102
2003	504	858	+ 354

Tableau 22

\* Une différence positive équivaut à un nombre de réussites supérieur au contingent autorisé, une différence négative signifiant un nombre de réussites inférieur au contingent autorisé.

Le tableau 23 montre la répartition du nombre d'étudiants de la génération entre les cinq facultés flamandes proposant les candidatures en médecine.

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

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

Tableau 23

H = hommes F = femmes

KUL : Katholieke Universiteit Leuven

UG : Universiteit Gent

UA : Universiteit Antwerpen

LUC : Limburgs Universitair Centrum

VUB : Vrije Universiteit Brussel

VLIR : Vlaamse Interuniversitaire Raad

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

Le tableau 24 montre le nombre d'étudiants flamands inscrits en première année de médecine durant l'année académique 2001-2002. Ce nombre est donc supérieur au nombre d' "étudiants de la génération".

<sup>28</sup> A.R. du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale. M.B. du 14.06.2002.

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

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

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

Tableau 24

Il n'est dès lors pas étonnant que les recteurs de la V.U.B. et de l'U.A., les Professeurs Ben VAN CAMP et Francis VAN LOON, pensent qu'il serait préférable de supprimer l'examen d'entrée en Flandre <sup>(29)</sup>. Les autres universités flamandes sont favorables à un assouplissement. Du reste, cela a été le cas : en 2003, les participants ne devaient plus obtenir que 22 sur 40 pour réussir l'examen, au lieu de 24 sur 40 en 2002. Les conditions ont été assouplies par crainte que le contingent flamand de 504 (420 médecins et 84 dentistes) ne puissent pas être atteints.

Le website du Conseil des recteurs des universités francophones de Belgique (CERF) donne les chiffres pour l'année académique 2002-2003 (cf. tableau 25). Alors qu'elle représente  $\pm$  40% de la population belge, la Belgique francophone compte 2,4 fois plus d'étudiants de la génération que la Flandre, qui constitue  $\pm$  60 % de la population.

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

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

Tableau 25

UCL : Université Catholique de Louvain

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

Ulg : Université de Liège

ULB : Université Libre de Bruxelles

UMH : Université de Mons-Hainaut

CERF : Conseil des recteurs des universités francophones de Belgique

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

Les doyens des facultés francophones de médecine se font du souci à juste titre à propos des possibilités offertes aux candidats spécialistes européens de venir en Belgique pour suivre une spécialisation<sup>30</sup>. Selon le Dr Dercq, ceux-ci n'entrent pas en ligne de compte dans le quota. Pour les unions professionnelles et les doyens francophones, par contre, ceux-ci devront être comptabilisés dans le quota car, sinon, les candidats spécialistes des 24 autres Etats membres de

<sup>29</sup> "Toelatingsexamen : weg ermee". Artsenkrant n° 1495. 11.03.2003.

<sup>30</sup> Collège des Doyens des Facultés de Médecine des Universités de la Communauté Française de Belgique. Document de travail pour la rencontre GBS-Doyens (3 février 2004).

L'UE pourraient tout simplement prendre la place des candidats spécialistes belges. Et ils n'auraient pas besoin pour ce faire de prouver que leurs connaissances et leur niveau de formation sont équivalents voire supérieurs à ceux des médecins belges diplômés.

La situation des médecins récemment diplômés dans le contexte de leur choix de spécialisation entre les deux communautés n'est pas non plus très claire. Que répondra-t-on si des médecins émettent le souhait, pour l'une ou l'autre raison, de suivre la formation en spécialisation dans l'autre communauté linguistique?

Que ce soit au niveau européen ou belge, un examen comparatif national nous semble être la meilleure solution. En effet – et ce malgré la poursuite de l'académisation à laquelle les unions professionnelles s'opposent vigoureusement car elles entendent conserver une formation professionnelle avec un accompagnement paritaire – la spécialisation des médecins reste une matière fédérale. (\*)

Le système de l' "équivalence" ou d'autres voies détournées permettant à des médecins non européens d'entamer une formation de spécialiste ou de se faire agréer comme médecin spécialiste en Belgique, doit être appliqué correctement. Il appartient aux commissions d'agrément de rendre un avis déterminant concernant ces dossiers ou, pour les cas posant problème, ce rôle revient au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. A l'heure actuelle, elles ne rendent qu'un avis facultatif au ministre compétent. Les agréments arbitraires accordés par ce ministre, malgré les avis négatifs des deux instances, comme cela a été le cas encore récemment, nous semblent inacceptables.

## 5. Conclusions

C'est un fait que la Belgique a, après la Grèce, la densité médicale la plus élevée au monde. La Région de Bruxelles-Capitale dépasse nettement la Grèce tandis que la Région wallonne égale la Grèce. Par conséquent, il faut en finir une bonne fois avec les chicaneries académiques sur des pénuries de médecins en Belgique.

Les médecins agréés doivent pouvoir continuer à exercer dans la discipline qu'ils ont choisie en bénéficiant de meilleures conditions de travail et d'honoraires plus adaptés. Ceci vaut tant pour les médecins généralistes que pour les spécialistes hospitaliers et extra-hospitaliers.

Il est possible de remédier à certaines situations problématiques en créant un troisième type de médecin qui n'est ni un médecin généraliste, ni un spécialiste mais qui entre par contre dans le contingent annuel. Cela nécessite toutefois encore un certain travail de réflexion et au niveau législatif mais cela peut notamment permettre d'offrir une solution correcte aux situations professionnelles mal définies de nombre de pseudo-médecins généralistes.

Au niveau européen, une réglementation efficace doit être élaborée pour contrôler les effets du numerus clausus – en Belgique et dans d'autres pays européens ayant instauré une limitation de l'afflux des étudiants en médecine depuis bien plus longtemps – sur la formation du nombre de spécialistes et de généralistes.

Afin d'éviter que l'ancien système ne soit vidé de sa substance, les commissions d'agrément et le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes doivent se voir attribuer une compétence de décision à la place de leur droit à rendre un avis facultatif en ce qui concerne l'attribution d'une éventuelle équivalence à des médecins non européens ayant suivi une formation de spécialiste en Belgique.

Il convient de garantir une certaine clarté en ce qui concerne les possibilités de spécialisation des étudiants belges dans les différentes régions.

---

\* Bien que le Moniteur belge ait entre-temps publié le 7 juillet 2004 l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 19 mai 2004 fixant la liste des masters complémentaires (MC) du secteur de la santé avec notamment 32 MC en médecine spécialisée.

Les quotas de l'Arrêté royal du 30 mai 2002 doivent rester inchangés jusqu'en 2013. Il s'agit d'accorder l'accès au régime de l'INAMI à 700 médecins par an, dont 420 néerlandophones et 280 francophones, à répartir entre 40 % pour les généralistes et 60% pour les spécialistes.

Entre-temps, il faut que la Commission de planification de l'offre médicale procède à une évaluation continue de la corrélation entre la demande de soins qui dépend essentiellement de l'évolution démographique et économique de notre société et l'immixtion des pouvoirs publics à la suite d'éventuelles décisions politiques concernant le type d'organisation des soins de santé en Belgique.

Pour trouver une solution aux problèmes belges et européens en matière d'accès à un nombre limité de possibilités de spécialisation, il convient d'organiser un examen comparatif national permettant d'analyser les desiderata des candidats en fonction des résultats obtenus par ceux-ci. J'ai déjà fait une proposition de cette nature en mars 1993 dans le journal "De Standaard"<sup>(31)</sup> et dans l'éditorial de novembre 1994 du "Médecin Spécialiste"<sup>(32)</sup>.

Je vous remercie pour votre attention.

## MANIPULATIONS POUR CORONAROGRAPHIE SÉLECTIVE

### Circulaire du GBS aux Services de Radiologie (mars 2004)

Cher Docteur,

Concerne: nomenclature: interprétation des Mutualités Socialistes relative aux manipulations / prestations d'imagerie médicale.

Certains d'entre vous ont reçus des documents émanant d'un organisme intitulé "l'Inspection Soins de Santé" et présentés comme étant "la réponse reçue du Conseil Technique Médical de l'INAMI » au sujet des suppléments facturés pour les manipulations lors d'une coronarographie". En réalité, il semble qu'il s'agit d'un projet de « réponse » qu'un organisme assureur envisage de proposer au C.T.M. en guise de document de travail pour une future règle interprétative.

Nous prenons note que l'argumentation est fondée sur l'art 17, §5, a) de la nomenclature: "Les manipulations spéciales nécessaires aux examens sont honorées en supplément de ces examens, conformément aux indications de la nomenclature."

Raisonnement: « les manipulations qui ne sont pas prévues dans la nomenclature ne sont pas honorées en supplément et sont comprises dans les honoraires fixés pour l'acte radiologique. »

### **A notre avis l'erreur de raisonnement est évidente, et ce pour plusieurs raisons:**

1. L'art. 50 §6, 2<sup>e</sup> al. de la Loi SSI dit: "... le médecin ou le praticien de l'art dentaire détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature."

Un arrêté fixant la nomenclature ne peut donc comporter aucune disposition disant le contraire de cette disposition de la loi. A fortiori, on ne peut interpréter la nomenclature dans un sens contraire à cette disposition légale.

Le raisonnement repose en outre sur un sophisme puisqu'il se fonde précisément sur la non mention des manipulations dans la nomenclature, en disant en fait " ce qui est dehors est dedans". Or, la loi dit: "ce qui est dehors est dehors". Descartes aussi.

2. "conformément aux indications": le terme "indication" (Le Nouveau petit Robert) (Méd): "cas où une médication, un traitement est utile, indiqué (opposé à contre-indication)".

<sup>31</sup> "Numerus clausus kan zonder studiekeuzebeperking" Dr. Marc Moens. Opiniëpagina. De Standaard. 31.03.1993.

<sup>32</sup> "Une proposition pour résoudre la pléthore médicale en Belgique" Dr M. Moens. Editorial. Le Médecin Spécialiste. N° 7, novembre 1994.

En effet, chacun des libellés des manipulations qui figuraient dans la nomenclature comportaient une indication précise: manipulation en vue d'une aortographie, manip. en vue d'une phlébographie, en vue d'une lymphographie, en vue d'une sialographie, en vue d'une radiographie du larynx, en vue d'une cavographie, en vue d'une cholangiographie, etc...

Or, le raisonnement des M.S. transpose erronément et par un raccourci, la phrase de l'art 17 §5a) dans le sens de "les manipulations prévues dans la nomenclature", pour en déduire que "les manipulations qui ne sont pas prévues dans la nomenclature" sont comprises dans les honoraires pour l'acte radiologique : « selon les indications de la nomenclature » est de toute évidence autre chose que « les manipulations prévues dans la nomenclature ».

La disposition citée visait uniquement à limiter les manipulations remboursées par l'A.M.I. à ces indications précises, et ce en vue d'un éventuel contrôle de conformité.

3. Puisque les manipulations figuraient dans la nomenclature on peut difficilement contester qu'il s'agit de prestations médicales définies comme telles. Elles correspondent indiscutablement au vocable "prestation" visé par l'art 50 §6 de la loi.

Certes, les indications perdent leur sens réglementaire et donc leur opposabilité dans le cadre d'un contrôle de conformité ; toutefois, elles conservent un sens certain sur le plan de la justification médicale de l'acte médical (et pourraient donc p.ex. faire l'objet d'un contrôle dans le cadre de l'art 73 – usage abusif). L'art. 50 §6 confirme simplement qu'il existe bel et bien une médecine hors nomenclature ; il est logique que celle-ci se comporte selon les mêmes règles déontologiques et les mêmes fondements scientifiques et qualitatifs, avec les mêmes risques aussi sur le plan médico-légal.

4. «...honorées en supplément » : compte-tenu de l'art 35 de la loi SSI qui définit la base légale du contenu de la nomenclature, celle-ci ne fait que définir les prestations remboursables. Elle ne porte par conséquent nullement sur le financement des prestations qui n'y figurent pas ou plus, ce que fait par contre l'art. 50 §6 de la loi SSI susmentionné.

Par conséquent, le radiologue fixe librement ses honoraires pour les prestations "manipulations en vue de..." qui figuraient dans la nomenclature et qui ne font donc plus l'objet d'une intervention de l'assurance. On ne peut que déduire de la suppression des indications figurant dans les libellés de celles-ci, que ces indications ne sont plus opposables aux praticiens dans le cadre de la conformité aux règles de l'assurance. Toutefois ces indications conservent une signification sur le plan médical.

Restant à votre entière disposition pour tous renseignements complémentaires, nous vous prions de croire, Cher Docteur, à nos sentiments les meilleurs.

J. Van den Nieuwenhof  
Directeur administratif G.B.S.

---

**Lettre du 23 avril 2004 de M. M. Kirsch, chef du service juridique de la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant, à M. J. VAN DEN NIEUWENHOF**

**Concerne: manipulations pour coronarographie sélective**

Les Cliniques Universitaires Saint-Luc nous ont transmis une copie de votre courrier adressé au Docteur J.P. JORIS au sujet de la facturation des manipulations d'imagerie médicale.

Nous nous permettons de vous répondre d'une façon plutôt générale, vu que les arguments évoqués pour contester notre point de vue nous semblent quelque peu herméneutiques.

Le problème semble être que depuis le 1.6.2001, les prestations « manipulations » pour imagerie médicale (art. 17. § 1 10° de la nomenclature) sont supprimées par l'A.R. du 30.5.2001 dont copie ci-jointe. Certains prestataires facturent ces prestations au patient afin de récupérer cette réduction de leurs honoraires, ce qui peut être compréhensible.

Le patient se trouve ainsi devant une demande supplémentaire de 120,00 EUR pour un examen concernant le fonctionnement du cœur - fonction vitale bien entendu - bien souvent sans qu'il en soit averti au préalable. Il se présente alors à notre mutualité pour contester cette réclamation, ce qui est également compréhensible.

Principalement, notre argumentation est que si un prestataire n'est pas d'accord avec la tarification de la nomenclature, il peut se déconventionner. S'il estime qu'une prestation n'est pas incluse dans la nomenclature, la moindre des choses est d'en avertir, tout comme cela se fait (ou devrait se faire !) pour la chirurgie esthétique par exemple.

Quant à l'interprétation correcte de l'article 17 § 5 a), stipulant que les manipulations sont honorées en supplément de ces examens et conformément aux indications de la nomenclature, nous estimons que la nomenclature réfère ici aux suppléments prévus par la nomenclature même, comme par exemple « le supplément pour la méthode de soustraction » (codes 459211-459266). Cependant, nous estimons que, plus encore que Descartes et le Nouveau petit Robert, c'est l'INAMI qui est compétent pour trancher.

Nous soumettons également à L'INAMI la question de base, à savoir si les manipulations sont incluses dans les prestations d'imagerie y afférentes ou à charge du patient.

En attendant la réponse, nous proposons que le médecin avertisse son patient qu'il considère l'examen proposé comme seulement remboursable en partie et que 120,00 EUR sont entièrement à sa charge. Ainsi la plupart des contestations a posteriori seront évitées et, de plus, le patient pourra éventuellement choisir un médecin qui considère l'examen comme totalement remboursable.

Nous espérons que vous comprendrez notre point de vue et vous présentons, cher Docteur, nos salutations distinguées.

Le Chef de Service,  
M. KIRSCH.

---

**Réponse de M. J. VAN DEN NIEUWENHOF à la lettre du 23 avril 2004 de M. M. Kirsch, chef du service juridique de la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant**

Bruxelles, le 27 avril 2004

Cher Monsieur,

Concerne: votre courrier du 23 avril 2004 (vos réf. MK/MD/3038009)

J'ai bien reçu votre courrier du 23 avril dernier et vous en remercie.

Compte tenu de la loi du 22 août 2002 sur les droits des patients, il me paraît évident qu'il revient au dispensateur de soins d'informer le patient concernant les prestations qui seront à sa charge, a fortiori s'il s'agit de prestations ne donnant pas lieu à remboursement.



Je prends donc bonne note de votre remarque au sujet des incompréhensions ou malentendus qui peuvent trouver leur origine dans un manque d'information, et je ne manquerai de répercuter ce message auprès des praticiens.

Veillez croire, Cher Monsieur, à mes sentiments les meilleurs.

J. Van den Nieuwenhof  
Directeur administratif

PS: je ne suis pas médecin.

## REUNIONS SCIENTIFIQUES

### ***Journée d'information Action Sein 2004 : 1er octobre à Bruxelles et 2 octobre à Anvers***

Action Sein est une journée d'information organisée régulièrement par la Fédération Belge contre le Cancer. L'objectif est de présenter au public, dans un langage accessible à tous, les progrès du dépistage, des traitements et du suivi des cancers du sein.

Action Sein aura lieu cette année le 1er octobre à Bruxelles (en français) et le 2 octobre à Anvers (en néerlandais).

L'avenir de la recherche clinique et le domaine essentiel de la qualité de vie des personnes touchées par la maladie y seront notamment évoqués. Un exposé sera consacré à la communication vers les enfants et les adolescents lorsqu'un cancer du sein atteint un membre de la famille, ainsi qu'aux difficultés rencontrées par les patientes dans le vécu de leur sexualité. Différents experts débattront avec le public de tous ces aspects, soulignant les avancées mais aussi les questions non résolues et les problèmes à résoudre pour lutter plus efficacement contre les cancers du sein dans notre pays.

Date : 1er octobre 2004, de 9h à 15h45

Lieu : Musées Royaux des Beaux-Arts de Belgique, rue de la Régence 3, 1000 Bruxelles

Prix : 13 EUR, comprenant : entrée, textes des conférences, 2 pauses-café, lunch

Date : 2 octobre 2004, de 9h30 à 16h

Lieu : Aula Q, Universiteit Antwerpen, Campus Drie Eiken, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk

Prix : 13 EUR, comprenant : entrée, textes des conférences, 2 pauses-café, lunch

#### **Informations complémentaires :**

Europa Donna Belgium – Tél : 02 535 43 29 – Fax : 02 535 34 09

E-mail : europadonna@fastmail.fm – Internet : www.europadonna.be

Fédération Belge contre le Cancer – Tél : 02 736 99 99 – Fax : 02 734 92 50

E-mail : commu@cancer.be - Internet : www.cancer.be

### **FORMATIONS A L'ACTION HUMANITAIRE du 25 octobre au 6 novembre 2004**

Humacoop organise du 25 octobre au 6 novembre 2004 les trois formations suivantes :

- **FORDEP Premiers départs** : Elle permet d'acquérir toutes les notions utiles au futur volontaire : sanitation, géopolitique, droit international humanitaire, soins d'urgence, épidémiologie

**Profils des stagiaires : professionnels de la santé, logisticiens, enseignants, ingénieurs et techniciens (eau, agroalimentaire, bâtiment)**

- **FORDEP Administrateur-Géopolitique** : Elle aborde en détail la fonction d'administrateur dans l'environnement complexe des missions (montage de projets, suivi budgétaire, ressources humaines)

**Profils des stagiaires : juristes, diplômés d'écoles de commerce, comptables, gestionnaires**

- **FORDEP Médecine humanitaire** : Elle a pour objectif d'adapter les connaissances des professionnels de santé à la pratique de la médecine en milieu précaire.

**Profils des stagiaires : infirmières, sages-femmes, médecins**

Les trois stages auront lieu simultanément à Meylan, près de Grenoble (France).

Pour de plus amples informations : Valérie PAILLAS / Marie METZ, 8 rue Chenoise, 38000 GRENOBLE (France) – Tél./Fax : 00.33.4.76.51.11.06 – E-mail : info@humacoop.com – www.humacoop.com

**Formation continue interuniversitaire en tabacologie  
Année académique 2004-2005**

La F.A.R.E.S. (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé) organise une formation en tabacologie.

Cet enseignement concerne le tabac et son usage. Il prépare à l'abord clinique du tabagisme et à la recherche dans le domaine du tabac, en particulier sur le phénomène de dépendance. Les relations et les similitudes avec l'usage d'autres substances d'abus sont également étudiées.

La formation comporte 7 séminaires d'une journée répartis sur l'exercice 2004-2005, soit 42 heures de cours réparties sur 7 samedis entre le 16 octobre 2004 et le 23 avril 2005. Elle est sanctionnée par un examen écrit de type QCM, un stage de 2 demi-jours et un travail de fin d'études.

Lieu de formation : Fédération belge contre le cancer, 479 chaussée de Louvain à 1030 Bruxelles

Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser à Mme Caroline RASSON – FARES, 56 rue de la Concorde à 1050 Bruxelles – tél. : 02/512.29.36 – fax : 02/512.32.73 – e-mail : fares.tabac@skybnet.be

**ANNONCES**

- 04016 **RIXENSART** (Brabant wallon) : **A LOUER** dans Centre de consultations idéalement situé, rdc, 2 cabinets spacieux, pour médecins spécialistes en rhumatologie, médecine du sport, médecine physique, pneumologie... Pour renseignements et conditions : 010/61.61.38 le soir après 20 h.
- 04017\* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 04026\* **JODOIGNE** : Le cabinet médical du Marché aux Chevaux cherche **SPÉCIALISTES** collaborateurs. Tél. soir 02/779.28.15 ou 0479.45.80.41.
- 04049 **BRUXELLES** : Centre de médecine spécialisée situé à 1080 Bruxelles (square Machtens) recherche la collaboration d'un(e) **INTERNISTE** pour reprise du service. Envoyer CV à **CARDIOASSISTANCE**, rue du Saphir 33, à 1030 Bruxelles.
- 04056 **RHUMATOLOGUE/PHYSIOTHÉRAPEUTE** recherché pour centre méd. privé à **WATERMAEL**. Patientèle existante. Tél. centre méd. : 02 6603872 et 02 6600719. GSM 0475 728254 (Dr Detemmerman ou Dr Borremans)
- 04057 **A VENDRE** 4 dictaphones de bureau 150 euros pièce, avec minicassettes. A v. 2 dictaph. de poche profess. pocket memo 398 Philips, 40 euros pièce, avec adapt. secteur et minicassettes. Tél. Dr Borremans 02 6723160, 6600719 GSM 0475728254. Soir: 023547374.
- 04061 **BRUXELLES** : CMS à St Gilles cherche d'urgence **DERMATOLOGUE** – grosse patientèle – Tél. 02/653.61.07 ou le soir 02/230.07.26.
- 04064 **BRUXELLES** : Centre médical situé à Schaerbeek, importante patientèle, cherche **PÉDIATRE, PÉDOPSYCHIATRE, DERMATOLOGUE, CARDIOLOGUE**. Tél. Dr Dejardin 02/215.05.12.
- 04067 **WATERLOO** : Cabinet médical de luxe **À LOUER** à la demi-journée. Boul. de la Cense, Waterloo. Tél. Dr Vincent 0475.27.04.57

- 04069 **DINANT** : CH Dinant recrute **RADIOLOGUE** temps plein pour radiologie générale avec compétence scanner et IRM. Contacter direction médicale 082/21.26.60.
- 04070 **REGION NAMUROISE** : CHR 365 lits aigus et SP région namuroise engagé à partir du 01/09/2004
- un **CARDIOLOGUE** (h/f) 1 ETP, adjoint au Service de Cardiologie, profil interventionnel (possibilités activités partagées avec le CHR Namur) pour renforcer équipe actuelle (3 cardiologues).
  - un **PSYCHIATRE** (h/f) 6/10<sup>e</sup> ETP, adjoint au Service de Psychiatrie, service d'hospitalisation avec réseau de prise en charge (hospi de jour, habitations protégées, centre toxicomanies), consultation.
  - un **OPHTALMOLOGUE** (h/f) 5 ou 6/10<sup>e</sup> ETP, profil chirurgien ophtalmologique (segment antérieur) pour renforcer service de 2 ophtalmologues, consultations.
  - un **SOINS INTENSIFS** (h/f) 6/10<sup>e</sup> ETP avec gardes, pour renforcer équipe de 3 intensivistes, activité générale. Médecin spécialiste de préférence avec compétence en soins intensifs (le CHRVS dispose d'un SMUR et d'un SUS).
  - un **PEDIATRE** (h/f) 6/10<sup>e</sup> ETP, adjoint au Service de Pédiatrie générale, avec compétence n\* et cardiologie pour renforcer équipe de 3 pédiatres (gardes sur place).
- Prendre contact avec le Dr P. Janssens, Directeur Médical CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie, 75, 5060 Sambreville 071/265.380 ou par e-mail : paul.janssens@mail.chrvs.be
- 04072 **TOURNAI** : Centre médical spécialisé recherche, en vue d'une location de cabinet, **GÉNÉRALISTE, INTERNISTE, RHUMATOLOGUE, DERMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, CHIRURGIEN VASCULAIRE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 0475/61.44.94 ou au 069/68.66.01.
- 04073 **BRUXELLES** : La Clinique Sainte-Anne Saint-Rémi Saint-Etienne ASBL recherche un **MÉDECIN GÉRIATRE** pour le site Saint-Etienne, rue du Méridien 100 à 1210 Bruxelles. Candidature, lettre de motivation et CV détaillé sont à adresser au Dr J.-P. VAN WETTERE, directeur médical (tél. : 02/556.55.85 – 02/225.98.08 – e-mail : jeanpaul.vanwettere@tristare.be).
- 04074 **FRANCE – PROVENCE – CARPENTRAS** : Pédiatre recherché pour pratique de groupe en milieu hospitalier (maternité) + privé: Renseignements: Dr J. Legein: 0033 490 60 74 55 / jo.legein@wanadoo.fr

## Table des matières

• Symposium 50 ans GBS-VBS "Les spécialistes sur toute la ligne" – " De Montil " – AFFLIGEM – 25.09.2004 .....	1
• "Medical plethora? Pro and con of numerus clausus" – Pro – Dr Marc Moens – Bruxelles 12.06.2004 .....	3
• Manipulations pour coronarographie sélective .....	23
• Réunions scientifiques .....	26
• Annonces.....	27

Les nouveaux tarifs applicables à partir du 01.08.2004 en médecine physique et réadaptation sont disponibles sur le website du GBS. Ils peuvent également être obtenus sur simple demande par téléphone au 02/649.21.47