

**Rapport annuel 2007 du G.B.S.  
Dr Marc MOENS, Secrétaire général**

**TOSCANE-SUR-SENNE**

**Bruxelles  
02.02.2008**

## SOMMAIRE

I.	Volet administratif.....	1
II.	Représentation.....	2
III.	Contexte politique .....	3
	1. Une année terne en termes de réglementations?.....	3
	2. Confrontatie Noord-Zuid/ Le face-à-face Nord-Sud .....	5
	3. En route vers les élections du 10.06.2007 .....	8
	4. Le verdict .....	9
	5. Le plus long processus de formation d'un gouvernement à ce jour .....	10
	6. Chaises musicales et gouvernement fédéral intérimaire .....	14
	7. Be-Health – Fla-Health – E-medicine .....	16
	8. No Fault .....	18
	9. Numerus clausus et Master après Master .....	20
IV.	Accord médico-mutualiste du 20.12.2007 pour l'année 2008 (M.B. du 14.01.2008) .....	24
	1. Réunions formelles et informelles .....	24
	2. Budget de l'INAMI .....	26
	3. Accréditation .....	36
V.	Oncologie .....	40
VI.	Procédures juridiques .....	42
	1. Recours introduits ou cofinancés par le GBS en 2007 .....	43
	1. Le décret flamand relatif au système d'information santé .....	43
	2. Suppléments pour les patients ambulatoires à l'hôpital.....	43
	3. Radiothérapie – redevance annuelle appelée par l'AFCN à charge des laboratoires in vivo .....	44

2. Arrêts .....	44
1. A.R. du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.. .....	44
2. Psychiatrie .....	45
3. Début de la formation spécialisée après 6 ans (médecins généralistes) ou après 7 ans (spécialistes) .....	46
4. Médecin chef de service laboratoire de biologie clinique .....	46
VII. A vol d'oiseau .....	48
1. Ostéopathie .....	48
2. Soins de qualité .....	49
3. Les programmes de soins dans le Moniteur belge .....	50
1. Cliniques du sein .....	50
2. Programme de soins en gériatrie .....	50
3. Pédiatrie .....	51
4. Cardiologie .....	52
4. Et bien d'autres choses encore... .....	52
VIII. Conclusion .....	53

## I. Volet administratif

Notre précédente Assemblée générale statutaire du 03.02.2007 a été précédée par un symposium sur les "Médicaments" qui a enregistré un nombre important de participants. Depuis, le Comité exécutif s'est réuni à 32 reprises et le Comité directeur 6 fois. Nos collaborateurs canalisent toutes les informations entrantes qui sont ensuite soumises de manière structurée aux membres du noyau du Comité pour pouvoir réagir de façon rapide et adéquate et développer une vision à plus long terme.

Le thème choisi pour le nouveau symposium de ce matin était "La qualité de l'acte médical dans la médecine spécialisée". Durant cette même période, nous avons publié six numéros classiques "papier" du "Médecin Spécialiste" et six numéros spéciaux, avec notamment notre memorandum en mai 2007 adressé aux partis politiques en préparation des élections du 10.06.2007, un numéro spécial sur la gériatrie également en mai et un autre sur l'accréditation de l'INAMI en novembre 2007. Par ailleurs, 15 numéros de l'*e-spécialiste* ont été envoyés par e-mail, ainsi que 12 modifications de la nomenclature avec toutes les modifications de tarifs et les listes d'activités accréditées très consultées ont été tenues à jour systématiquement mois après mois. Nous demandons constamment à nos services administratifs de profiter de chaque occasion pour insister auprès des membres pour qu'ils nous communiquent leur adresse e-mail et de les utiliser de manière conséquente et correcte.

Le GBS est co-organisateur du cours "*Algemeen Management voor Geneesheren – Specialisten*" à EHSAL<sup>1</sup> à Bruxelles, et ce pour la deuxième fois. Pour l'année académique 2007-2008, le cours s'étale sur onze journées de formation intensive sur une période allant du 28.09.2007 au 25.04.2008 de manière à ce que des médecins en activité puissent également y participer.

Suite au rétrécissement du marché des assurances hospitalisation et à la résiliation de l'ancienne police du GBS central, le comité directeur a été dans l'obligation de conclure un nouveau contrat pour ses membres. A l'issue d'une vaste étude de marché et en concertation avec notre courtier Gras Savoye, un nouveau contrat a été conclu avec Ethias.

Après avoir fourni un travail remarquable pendant pas moins de 21 ans en qualité de secrétaire-traductrice (français-néerlandais), Ann Vandermeulen a quitté le GBS le 31.01.2008. Elle a encore collaboré activement à la préparation de cette assemblée mais elle n'est plus là aujourd'hui. Les nombreux membres des comités directeurs des différentes unions professionnelles qui se sont familiarisés avec son approche optimiste, également dans les situations les plus stressantes, – et le soussigné en fait assurément partie – lui sont particulièrement reconnaissants pour l'agréable collaboration et lui souhaitent tout le succès possible dans sa nouvelle carrière plus près de son domicile et sans les inconvénients des embouteillages quotidiens. Nous avons sélectionné un successeur qui est en mesure de commencer à la mi-février 2008 mais la remplacer ne sera pas évident compte tenu de ce qu'étaient son expérience et sa connaissance des "clients".

---

<sup>1</sup> Economische Hogeschool Sint Aloïsius Brussel.

## II. Représentation

II.1. Dans mon rapport pour l'année 2006<sup>2</sup>, j'avais énuméré les contacts quasi institutionnalisés avec l'ABSyM, les rencontres avec le VVI, où nous avons fait officiellement connaissance, le 11.12.2007, du nouveau grand patron Peter DEGADT, qui a été nommé administrateur délégué le 19.06.2007 à compter du 01.09.2007.

II.2. J'avais également mentionné notre présence dans la plate-forme déontologie Mdeon. Pour assurer la procédure de visa préalable<sup>3</sup>, l'asbl Mdeon a depuis été agréée comme organe officiel à compter du 1er janvier 2007<sup>4</sup>. Nos représentants, le Dr Bernard MAILLET, membre effectif du Conseil d'administration, et le Prof. Francis HELLER, membre suppléant, doivent régulièrement faire preuve de fermeté pour parvenir à des solutions raisonnables. Les questions délicates telles que la définition de la "nuitée" ont donné lieu à une concertation intensive avec des représentants d'autres organisations de médecins, par exemple avec Mme Ingrid DREEZEN, juriste du VAS<sup>5</sup>, avec le Dr Roland LEMYE, président de l'ABSyM<sup>6</sup> depuis le 24.03.2007, et avec Michel MEGANCK, président de la SSMG<sup>7</sup>.

II.3. En mars et en avril, des membres de notre comité directeur ont participé à une série de débats avec des responsables politiques un peu partout en Belgique. Dans la perspective des élections, le mémorandum du GBS du 15 mai 2007<sup>8</sup> a été remis aux responsables politiques, aux partis politiques et aux médias. Les membres de notre comité directeur ont également établi un certain nombre de contacts personnels avec des responsables politiques tels que Sabine DE BETUNE, Wouter BEKE et Mia DE SCHAMPHELAERE de la fraction CD&V au Sénat à l'occasion de leur courrier pré-électoral de trois pages soulignant leur engagement exemplaire en faveur des généralistes (flamands) que certains d'entre nous ont également reçu. Le terme "spécialiste" ne figure dans la lettre qu'à un seul endroit où les sénateurs CD&V évoquent l'intention du ministre DEMOTTE de ne pas respecter le quota des spécialistes. Les explications que le Prof. GRUWEZ leur a fournies a clarifié les choses pour eux. Une délégation du GBS s'est rendue chez la ministre Catherine FONCK (cdH) le 15.05.2007; il y a eu une rencontre avec Charles MICHEL (MR) le 04.06.2007; le GBS a participé officiellement à une table ronde consacrée aux soins de santé avec l'informateur Didier REYNDERS le 27.06.2007.

II.4. Au niveau flamand, nous avons participé à trois réunions de concertation avec la ministre flamande du Bien-être, d'abord Inge VERVOTTE et ensuite, après le départ de celle-ci pour la politique fédérale, de Steven VANACKERE qui lui a succédé. Nous avons eu un entretien avec le secrétaire d'Etat VAN QUICKENBORNE le 15.02.2007 à propos de la simplification administrative dans le domaine des soins de

---

<sup>2</sup> "Réglementer jusqu'à ce que mort s'ensuive". Point II, Représentation. 03.02.2007.

<sup>3</sup> Cf. article 10, § 3, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments.

<sup>4</sup> A.R. 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).

<sup>5</sup> VAS : Vlaams Artsensyndicaat, aile flamande de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM).

<sup>6</sup> ABSyM : Association belge des syndicats médicaux.

<sup>7</sup> SSMG: Société scientifique de médecine générale.

<sup>8</sup> Numéro spécial mai 2007 du "Le Médecin Spécialiste", éditorial.

santé. Nous avons participé à une concertation pré-électorale avec les collaborateurs du président du PS Elio DI RUPO le 31.05.2007 et, après les élections, nous avons pris part à des consultations informelles avec quelques ténors de plusieurs partis tout au long de la longue crise politique de cet été.

II.5. Des représentants du GBS ont pris part comme intervenant au symposium "The planning of human resources in health care" organisé par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement le 10.03.2007.

II.6. Le 04.05.2007, le Prof. Gruwez et le soussigné ont engagé le débat sur la formation Master après Master avec des membres du groupe de travail académisation du VLIR (Vlaamse Interuniversitaire Raad), suivi d'un entretien le 18.06.2007 avec une délégation de professeurs de médecine de Louvain, parmi lesquels le vice-recteur et le doyen, suivi par une discussion avec les fonctionnaires responsables en la matière au cabinet du ministre flamand du Travail, de l'Enseignement et de la Formation, Frank VANDENBROUCKE le 02.10.2007.

II.7. Au niveau international, notre président, le Dr Jean-Luc DEMEERE, a pris part sur invitation personnelle au World Health Executive Forum à Montréal, au Canada, du 5 au 7.11.2007.

II.8. Une délégation constituée des professeurs Jacques GRUWEZ et Francis HELLER et des Drs Jean-Luc DEMEERE et Françoise MATTHYS a participé à la troisième édition de la Conférence MS7, qui s'est tenue cette fois à Paris. Les thèmes ont concerné principalement l'éthique, la qualité et les capacités de financement. Le trésorier du GBS, le Dr Bernard MAILLET, y a représenté l'UEMS. La 1<sup>ère</sup> édition était une initiative des Canadiens et a eu lieu à Québec, le GBS a organisé la 2<sup>e</sup> édition à Bruxelles et la 4<sup>e</sup> édition sera convoquée par nos confrères italiens à Rome.

II.9. Le GBS, succédant à l'ABSyM, est candidat membre pour la Belgique à la FEMS, la Fédération Européenne de Médecins Salariés. Pour le moment, la Belgique est membre observateur. Le Dr Eddy MAES a pris part à l'assemblée générale statutaire des 05 et 06.10.2007 à Rome.

### **III. Contexte politique**

#### **III.1. Une année terne en termes de réglementations?**

La fièvre réglementaire n'est peut-être pas réellement retombée en 2007. Pourtant, comme il n'a été possible de gouverner réellement que pendant un tiers de l'année, le nombre de pages publiées au Moniteur belge est relativement supportable : à peine 66.290 pages, soit 13,3 % de moins qu'en 2006, année où le Moniteur a été le plus volumineux si l'on excepte l'année 2004 (cf. tableau 1). Heureusement que 2007 a été une année politique tout à fait inhabituelle avec quasiment 8 mois d'affaires courantes et une dizaine de jours de gouvernement intérimaire. Mieux vaut ne pas penser à ce que cela aurait été si on avait continué à publier durant toute l'année au même rythme que pendant les quatre premiers mois.

### Nombre de pages au 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

Tableau 1

En marge de la législation abondante, les lecteurs attentifs du Moniteur belge peuvent également en apprendre beaucoup sur le train-train pratique des organismes publics et des parastataux. Ainsi, un arrêté royal du 14 décembre 2006, qui est entré en vigueur le jour de sa publication<sup>9</sup>, a accordé à François PERL démission honorable de sa fonction de Commissaire du Gouvernement auprès du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, présidé par son père Gabriël PERL. François PERL a été nommé administrateur général adjoint de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés par arrêté royal du 26 mars 2007. Mais l'arrêt n° 174.530 prononcé par le Conseil d'Etat le 17.09.2007 a suspendu l'exécution de l'A.R. du 26.03.2007<sup>10</sup> de sorte que François PERL est redevenu un collaborateur au cabinet PS du ministre DEMOTTE, ensuite de DONFUT et maintenant d'ONKELINX. Manifestement, les collaborateurs de cabinet du vice-premier ministre MR Didier REYNDEERS ont plus de sécurité lorsqu'ils obtiennent une promotion.

Par le même arrêté du 14.12.2006, le Dr Jean-Bernard GILLET, urgentiste aux Cliniques universitaires de l'UCL à Mont-Godinne, Yvoir, a été nommé commissaire du gouvernement au Comité de l'assurance, en remplacement de François PERL. Avec le Prof. Johan KIPS, le Prof. GILLET y représentait le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Rudy DEMOTTE. Qui aurait pu le prévoir : deux médecins descendant d'un mont catholique pour représenter le socialiste DEMOTTE à l'INAMI. Le premier du Gasthuisberg et le second de Mont-Godinne. Depuis, le Prof. KIPS est devenu directeur général de l'hôpital universitaire de Louvain. Avec le nouveau gouvernement, il est plus que probable que de nouveaux commissaires du gouvernement seront également nommés dans un certain nombre d'organes.

<sup>9</sup> Moniteur belge du 08.01.2007

<sup>10</sup> Moniteur belge du 04.10.2007 (Ed. 2)

### III. 2. Confrontatie Noord-Zuid/ Le face-à-face Nord-Sud

Entre le 24 mars et le 21 avril 2007, les rédactions des journaux "Le Soir" et "De Standaard" ont collaboré étroitement à un dossier intitulé "Confrontatie Noord-Zuid/ Le face-à-face Nord-Sud". Les séquelles de la pseudo-déclaration d'indépendance sur la RTBF le 13.12.2006 y étaient certainement pour quelque chose. Le fait que 89 % des téléspectateurs ont cru la nouvelle à l'époque et n'ont par conséquent pas deviné qu'il s'agissait d'un canular (lequel n'a pas été apprécié par bon nombre de personnes parmi lesquelles Albert II de Belgique) ne laissait pas présager grand-chose de bon pour la formation d'un gouvernement fédéral après les élections du 10.06.2007. Manifestement, les rédactions des deux journaux ont souhaité, par le biais d'informations objectives, améliorer la compréhension de la vie chez le voisin en tordant le cou à certains préjugés tenaces. Sans citer nommément Le Soir et De Standaard ou leurs rédacteurs en chef respectifs, à savoir Béatrice DELVAUX et Peter VANDERMEERSCH, le roi ALBERT II a d'ailleurs félicité les deux journaux dans son allocution à l'occasion de la Fête nationale le 21.07.2007. Il l'a qualifié de belle expérience ayant conduit les journalistes et les lecteurs à mieux comprendre l'autre communauté<sup>11</sup>. Dans le cadre du même discours, il a exprimé son *"admiration pour nos médecins et tout notre personnel soignant"* à l'occasion de son hospitalisation en raison d'une fracture du col du fémur. D'après ce que l'on a pu entendre, Albert II aurait bien ri en apprenant qu'Ophélie FONTANA, journaliste sur La Deux, avait débuté son émission "Le 12 minutes" du mercredi 27.06.2007 au lendemain de l'intervention en annonçant que le roi s'était cassé le col de l'utérus et qu'il avait entamé une revalidation<sup>12</sup>. Les journalistes obtiennent une note nettement moins bonne que les médecins pour ce qui est de la confiance que la population place en eux. Une enquête réalisée auprès de 20.000 Européens a montré qu'avec un score de 91 % de confiance, les médecins arrivent à la deuxième place après les pompiers qui obtiennent 97 %. Les journalistes ne figurent qu'en 16<sup>e</sup> position avec 46 % tandis que les politiques sont à la 17<sup>e</sup> place avec un maigre 24 %<sup>13</sup>.

En ce qui concerne les dépenses de santé, les deux journaux ont constaté ensemble que les importantes différences communautaires au niveau des dépenses des frais médicaux avaient pratiquement disparu mais De Standaard a immédiatement ajouté que les dépenses d'invalidité étaient encore toujours trop élevées<sup>14</sup>. Le même jour, Le Soir s'est demandé si les transferts avaient cessé dans le domaine des soins de santé et a titré que l'INAMI montre qu'en 2005, un Wallon ne dépense désormais que 3 % de plus en moyenne (soit 46 €) qu'un Flamand<sup>15</sup>. Concernant la scission des soins de santé, les positions des rédactions continuent à diverger. Bénédicte VAES a refusé catégoriquement "le splitsing"<sup>16</sup> tandis que Guy TEGENBOS est resté d'avis que la scission permettait une politique plus efficace dans le domaine de la santé<sup>17</sup>. Le Soir craignait également que "scinder la santé, c'est revêtir Kafka d'une blouse

<sup>11</sup> [http://www.monarchie.be/fr/activities/speeches/speeches\\_detail.php?id=5158](http://www.monarchie.be/fr/activities/speeches/speeches_detail.php?id=5158)

<sup>12</sup> "que le Roi s'était fracturé le col de l'utérus. Et qu'il entamait une revalidation ». Cf. [http://www.dailymotion.com/video/x2eg15\\_fracture-du-col-de-luterus-pour-alb\\_fun](http://www.dailymotion.com/video/x2eg15_fracture-du-col-de-luterus-pour-alb_fun)

<sup>13</sup> "Belgen vertrouwen politici en bedrijfsleiders niet". De Tijd, 14.01.2008.

<sup>14</sup> "Scheefftrekkingen in ziektekosten bijna weg". Guy Tegenbos, De Standaard, 10.04.2007.

<sup>15</sup> "Transferts de santé: la fin?". Bénédicte Vaes, Le Soir 10.04.2007. Bénédicte Vaes est décédée le 02.11.2007 à 60 ans à peine.

<sup>16</sup> "L'édito : Le mythe des abus wallons a vécu". Bénédicte Vaes, Le Soir, 10.04.2007.

<sup>17</sup> "Latijnse kleur van beleid gezondheidszorg is verzwakt". Guy Tegenbos, De Standaard, 10.04.2007.



blanche"<sup>18</sup>. Personnellement, je crains que cette remarque constitue un constat exact. Quel département surpasse l'organisation des soins de santé belge en termes de complexité sur le plan administratif? Tout à fait exact : l'enseignement, une matière communautaire.

La critique ne s'est pas fait attendre. Pour le Professeur Jan DE MAESENEER, la scission n'arrivera jamais trop tôt car il espère pouvoir vendre plus facilement sa conception idéologique de l'exercice de la médecine générale à la Flandre qu'à la Belgique<sup>19</sup>. Le Dr Louis IDE, biologiste clinique et membre du GBS, qui est également sénateur N-VA depuis la fin juin 2007, est d'avis qu'il ne faut pas crier trop vite victoire. Il se répand en critiques à l'encontre de l'approche strictement financière du ministre DEMOTTE qu'il qualifie de directeur financier de la SA Soins de santé. Pour IDE, la scission est nécessaire pour pouvoir mener sa propre politique<sup>20</sup>.

Indépendamment de cette expérience journalistique, Elio DI RUPO s'était déjà exprimé contre la "régionalisation idéologique". (nous traduisons) "*Pour nous, il n'est pas question de parler de quelque chose qui ne profite qu'à une partie des citoyens*", a-t-il déclaré lors d'un congrès du PS à Gembloux le 14.02.2007<sup>21</sup>. Yves LETERME l'a paraphrasé pratiquement littéralement un an plus tard, lors de l'installation du groupe Octopus le 15.01.2008 : (nous traduisons) "*Pour avoir une chance de réussir, une réforme (de l'Etat) ne peut jamais s'adresser qu'à une seule communauté.*"<sup>22</sup>

Une enquête réalisée par Artsenkrant montre une nouvelle fois qu'en Flandre, une grande majorité des médecins (76 % au total avec 77 % chez les généralistes et 73 % chez les spécialistes) souhaite une poursuite de la défédéralisation des soins de santé. En Wallonie, seuls 10 % y sont favorables<sup>23</sup>. La réaction du ministre DEMOTTE était laconique : pas défédéraliser mais refédéraliser<sup>24</sup>. Une enquête pour connaître les intentions de vote des médecins a permis d'apprendre qu'en Flandre, on attendait un ministre CD&V aux Affaires sociales et à la Santé publique<sup>25</sup> et que les médecins francophones aimeraient y voir un ministre MR<sup>26</sup>.

Déjà lors des précédentes élections fédérales, la VVI<sup>27</sup> avait plaidé en faveur d'une scission des dépenses dans les soins de santé. Dans son memorandum du 09.05.2007, elle demande également que les recettes ne soient plus perçues au niveau fédéral<sup>28</sup>. La VVI s'oppose aux règles floues et confuses, souvent définies sur mesure pour quelques-uns – on peut lire ici entre les lignes les hôpitaux de CPAS francophones orientés socialistes, principalement les bruxellois.

Parmi les opposants à la défédéralisation, nous trouvons l'ancien président Sp.a et ancien ministre du Budget, Johan VANDE LANOTTE. Il entend imposer le modèle

---

<sup>18</sup> "Scinder la santé, c'est revêtir Kafka d'une blouse blanche". Bénédicte Vaes, Le Soir 10.04.2007.

<sup>19</sup> "Une Flandre à contre-courant ?". Le Journal du médecin, 13.04.2007.

<sup>20</sup> "Taalgrens blijft zorggrens, zegt N-VA". Artsenkrant, 13.04.2007.

<sup>21</sup> "Elio Di Rupo zegt 'non' tegen regionalisering sociale zekerheid". De Morgen, 15.01.2007.

<sup>22</sup> "Yves Leterme wil pijn niet rekken tot 23 maart". De Morgen, 16.01.2008.

<sup>23</sup> "Driekwart Vlaamse artsen voor splitsing". Artsenkrant 08.05.2007.

<sup>24</sup> "Demotte : Il n'y a aucune raison de défédéraliser". Le Journal du Médecin, 15.05.2007.

<sup>25</sup> "Bij voorkeur een CD&V'er op Volksgezondheid". Artsenkrant, 15.05.2007.

<sup>26</sup> "Le MR au ministère". Le Journal du médecin, 15.05.2007.

<sup>27</sup> VVI: Verbond van verzorgingsinstellingen van de Caritas Catholica zuil.

<sup>28</sup> "Christelijke ziekenhuizen eisen verdere defederalisering". Artsenkrant 15.05.2007.

économique flamand à toute la Belgique<sup>29</sup>. Entre-temps, il n'a plus son parti ou la compétence pour refuser à la population des médicaments actifs pour l'unique raison qu'il les juge trop chers et malgré les recommandations positives des commissions habilitées par la loi. Son refus pendant une bonne année de rembourser le nouveau médicament contre l'épilepsie Lyrica en 2005 avait été qualifié à l'époque par le professeur de neurologie gantois Paul BOON de "à courte vue, erroné et condamnable sur le plan éthique"<sup>30</sup>.

D'autres adversaires du "splitsing" figurent parmi les mutuelles. Malgré les liens idéologiques avec le Cartel CD&V – N-VA, le président des MC Marc JUSTAERT est on ne peut plus clair. Il estime que d'autres choses que la sécurité sociale et les soins de santé peuvent être scindées mais que personne n'en parle<sup>31</sup>. Les mutualités libérales et socialistes plaident également en faveur du maintien de soins de santé fédéraux.

Le professeur Bea CANTILLON est également opposée à la scission<sup>32</sup>. Elle démontre qu'en Belgique, la quote-part personnelle du patient aux soins de santé figure parmi les plus élevées<sup>33</sup> tandis que les pensions et les indemnités de chômage sont parmi les plus basses en Europe et que les allocations familiales ont perdu un tiers en valeur<sup>34</sup>. Dans les journaux, notamment dans une interview à Bénédicte VAES, la journaliste du Soir décédée depuis, le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Rudy DEMOTTE se défend comme un diable dans un bénitier contre l'attaque de cet ex-sénateur CD&V et directeur du Centrum voor sociaal beleid van de Universiteit Antwerpen et il souligne l'assainissement budgétaire du secteur qu'il a réalisé<sup>35</sup>.

Bien que la Flandre ait beaucoup d'argent en surplus de son budget, le nombre de handicapés inscrits sur les listes d'attente a progressé de 20 % depuis l'entrée en fonction de la ministre du Bien-être Inge VERVOTTE à la mi-2004<sup>36</sup>. Son successeur au gouvernement flamand, Steven VANACKERE, doit s'efforcer de venir à bout de ce boulot hyperdifficile. VERVOTTE a soudainement une toute nouvelle mission à remplir en tant que ministre fédérale.

Bien que les études restent très controversées, qu'aucune preuve tangible n'est apportée du caractère nuisible de l'utilisation du GSM et que les organisations de pédiatres n'ont absolument pas été informées ou interrogées, la ministre VERVOTTE a malgré tout jugé utile de diffuser une brochure d'avertissement contre l'utilisation des GSM par des enfants, en s'inspirant de l'appel lancé par une trentaine de pédiatres flamands qui souhaitent une interdiction de leur utilisation en dessous de l'âge de 16 ans<sup>37</sup>. La brochure a permis à la ministre, qui envisageait déjà de rejoindre le gouvernement fédéral à l'issue des élections du 10.06.2007, de renforcer

---

<sup>29</sup> "Leg België het Vlaams model op". De Huisarts, 17.05.2007.

<sup>30</sup> "Epilepsie-liga boos op regering". Het Nieuwsblad, 03.03.2005.

<sup>31</sup> "Splitsen om te splitsen is geen optie". De Morgen, 16.05.2007.

<sup>32</sup> "Splisten gezondheidszorg is geen oplossing". De Standaard, 25.05.2007.

<sup>33</sup> Selon les études : 25 à 30 %.

<sup>34</sup> "We beseffen niet hoe diep we gezakt zijn op de welvaarts ladder". De Morgen, 26.02.2007.

<sup>35</sup> "Non, la Sécu n'est pas tombée dans la médiocrité". Le Soir, 02.03.2007.

<sup>36</sup> "Wachlijsten voor gehandicapten weer fors langer". De Morgen, 03.03.2007.

<sup>37</sup> "Vervotte informeert ouders over GSM gebruik". Communiqué de presse de la ministre Vervotte, 15.03.2007.

sa notoriété tout en augmentant l'inquiétude de bon nombre de parents. Il n'y a eu aucun équivalent préventif de cet avertissement dans la partie francophone du pays.

### III.3. En route vers les élections du 10.06.2007

Fin avril, le premier ministre Guy VERHOFSTADT a tenu un plaidoyer en faveur d'une coalition avec une majorité des deux tiers<sup>38</sup>. Toutefois, dans son propre parti, ils étaient un bon nombre à ne pas être sur la même longueur d'onde. (nous traduisons) *"Je le répète : l'Open VLD n'entre pas dans une tripartite"*, déclare Patrick DEWAELE<sup>39</sup>. Au beau milieu de la longue crise, le président de l'Open VLD Bart SOMERS tient des propos similaires : (nous traduisons) *"Une tripartite n'est vraiment pas envisageable pour nous et ceci vaut aussi pour les libéraux francophones. On le savait dès le début"*<sup>40</sup>.

VERHOFSTADT a par contre reçu le soutien de l'ancien président du Sp.a Johan VANDE LANOTTE, qui se préparait à l'époque tout doucement pour la fonction de premier ministre. Il n'a absolument pas pressenti le chant du cygne de son parti le 10.06.2007. Bien au contraire, en s'adjoignant des femmes ayant une formation universitaire telles que les professeurs Christine VAN BROECKHOVEN, généticienne moléculaire à l'UIA et experte en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, et Marleen TEMMERMAN, gynécologue-obstétricienne à l'UZ Gent<sup>41</sup>, il espérait très probablement attirer un nouvel électorat. VERHOFSTADT ayant promis 200.000 nouveaux emplois, VANDE LANOTTE estimait pouvoir en créer 260.000. Il avait également trouvé 2,8 milliards d'euros, sans la moindre augmentation d'impôts, pour réaliser les promesses électorales de son parti<sup>42</sup>. Peut-être s'estime-t-il heureux maintenant qu'il apparaît que la situation budgétaire semble aujourd'hui particulièrement sombre car le déficit estimé pour 2008 s'élève à 3,544 milliards d'euros<sup>43</sup>. Il est regrettable de devoir constater que de pareilles promesses électorales ont été faites par VANDE LANOTTE, un ancien ministre du Budget et "beau-père" budgétaire de l'ex-ministre du Budget et vice-premier ministre sous VERHOFSTADT II, Freya VAN DEN BOSSCHE. Par ignorance ou par simple ruse grossière inhérente à la propagande électorale du moment?

L'euthanasie figure en troisième position dans les grandes réalisations de Guy VERRHOFSTADT qu'il annonce dans les 300.000 exemplaires gratuits de son ouvrage richement illustré "8JV", juste après la réforme de la police en deuxième position et l'abaissement de l'impôt des personnes physiques en première position. Elle arrive avant le mariage des homosexuels en quatrième position et le pacte des générations en cinquième position<sup>44</sup>. Nombreux sont ceux qui se demandent si ce classement des "grands travaux de VERHOFSTADT" constitue vraiment le meilleur moyen pour récolter des voix et d'aucuns dans le parti se risquent à remettre en question le coût de cet ouvrage chic.

<sup>38</sup> "Wij gaan ongebonden naar de kiezer. Echt ongebonden". De Standaard, 20.04.2007.

<sup>39</sup> De Standaard 31.08.2007.

<sup>40</sup> De Standaard 14 novembre 2007.

<sup>41</sup> "Topwetenschapsters in de politiek". Zeno. De Morgen, 24.03.2007.

<sup>42</sup> "Vande Lanotte gaat voor 60.000 jobs méér dan Verhofstadt". De Morgen, 21.04.2007.

<sup>43</sup> "Leterme zoekt 3,5 miljard". Frontpagina De Standaard, 19.01.2008.

<sup>44</sup> "8JV. Een open boek. 8 jaar Verhofstadt". Maart 2007. VLD Nationaal. Melsenstraat 34, 1000 Brussel.

En mars 2007, dans la famille libérale flamande Open VLD, le Dr Lieve VAN ERMEN, membre du GBS et cardiologue, a rejoint la Liste Dedecker<sup>45</sup> ultralibérale récemment constituée et a été immédiatement élue sénatrice LDD le 10.06.2007.

Côté francophone, le cdH confie une nouvelle fois à la ministre Catherine FONCK la tâche de gagner les médecins par un grand colloque sur les besoins en soins de santé qu'elle entend résoudre avec six grands plans<sup>46</sup>. Dans les hautes sphères politiques, on assiste à une polarisation entre les libéraux et les socialistes qui risque de reléguer dans un coin le cdH de Joëlle MILQUET. Il s'agit du leadership politique entre le MR et le PS, entre Didier REYNDERS et Elio DI RUPO.

LETERME a fait attendre tout le monde jusqu'au 05.05.2007 avant d'annoncer qu'il serait en tête de la liste pour le Sénat du Cartel CD&V/N-VA le 10 juin, ce qui signifie implicitement qu'il était en effet candidat à la fonction de premier ministre fédéral<sup>47</sup>. Depuis des mois, tout le monde prévoyait qu'il allait remettre sa fonction de ministre-président du gouvernement flamand à un autre membre de son parti. Ce fut le ministre flamand de l'Environnement, Kris PEETERS.

Comme dans les gouvernements francophones, l'ancien ministre des Affaires sociales Philippe MOUREAUX souhaite l'éviction du Mouvement Réformateur du gouvernement fédéral après les élections du 10.06.2007<sup>48</sup>. La campagne électorale est impitoyable, plus particulièrement entre les socialistes et les libéraux francophones. Didier REYNDERS veut éloigner Elio DI RUPO du pouvoir.

#### **III.4. Le verdict**

En Flandre, le cartel CD&V - N-VA l'emporte de manière très convaincante et Yves LETERME devient "incontournable" avec ses 794.064 voix de préférence. Le Soir l'écrit en néerlandais en haut de sa une : "Leterme nummer één" et puis seulement ensuite : "Le Waterloo Socialiste"<sup>49</sup>. Du jamais vu! Sur la liste du cartel avec le N-VA, le Dr Louis IDE, biologiste clinique, obtient son billet d'entrée au Sénat avec ses 53.592 voix de préférence.

La coalition violette est la grande perdante en Flandre. L'Open VLD a certes évité le massacre attendu<sup>50</sup> mais le premier ministre VERHOFSTADT a tiré ses conclusions et a fait ses adieux à la fonction de premier ministre et de leader de l'Open VLD<sup>51</sup>. Trois "médecins généralistes" ont été élus sur les listes de l'Open VLD : d'une part, Patrik VANKRUNKELSVEN avec 55.691 voix comme sénateur et, d'autre part, Yolande AVONTROODT avec 13.517 voix de préférence et Maggie DE BLOCK avec 14.486 voix de préférence comme députées.

---

<sup>45</sup> "Open brief aan Yolande Avontroodt. Waarom ik naar Lijst Dedecker stap". Artsenkrant 27.03.2007.

<sup>46</sup> "Six grands plans de santé". Journal du Médecin, 27.03.2007.

<sup>47</sup> "Deelname aan federale verkiezingen verrast niemand". De Tijd, 06.05.2007.

<sup>48</sup> "Le vice-président du PS secoue la campagne électorale. 'Mon opinion: exclure le MR' ". Le Soir, 31.03.2007.

<sup>49</sup> Le Soir, 11.06.2007.

<sup>50</sup> "Verlies, maar niet de verwachte afslachting". De Morgen, 11.06.2007.

<sup>51</sup> "Verhofstadt trekt opnieuw de woestijn in". De Morgen, 11.06.2007.

Le Sp.a – Spirit est pratiquement réduit de moitié. L'approche du professeur VANDE LANOTTE a échoué lourdement même s'il y a malgré tout deux vainqueurs dans son camp vaincu. Les deux professeurs nouvelles venues ont en effet été toutes deux élues : Marleen TEMMERMAN avec 52.527 voix comme sénatrice et Christine VAN BROECKHOVEN avec 26.194 voix comme députée<sup>52</sup>. L'introduction du "statut Omnio" n'a rien rapporté aux partis socialistes sur le plan électoral même si c'était très probablement leur principal objectif. Par ailleurs, le projet a reçu un savon des mutuelles, surtout des Mutualités libres<sup>53</sup>. Une des critiques du Comité de l'assurance de l'INAMI a été que les mutuelles n'avaient pas à faire le travail du fisc et, qui plus est, en six mois alors que le fisc dispose de deux ans pour réaliser le même travail<sup>54</sup>. Les mutuelles ont obtenu gain de cause car seule une fraction du groupe cible pouvait être atteint.

L'ancien entraîneur de l'équipe belge de judo et désormais homme d'affaires Jean-Marie DEDECKER franchit allègrement le seuil électoral avec ses 6,5 % de voix et la cardiologue Lieve VAN ERMEN est directement catapultée au Sénat comme sénatrice LDD avec ses 25.462 voix de préférence.

En Belgique francophone, le MR gagne son pari : les libéraux francophones deviennent plus importants que le Parti socialiste, ce qui est un fait historique<sup>55</sup>. Didier REYNDERS gagne, Elio DI RUPO perd. Ecolo obtient un bon score et le cdH fait du surplace. On ne note aucun changement significatif parmi les parlementaires médecins. Sont réélus : Daniel BACQUELAINE député MR, Jacques BROTCHE et Alain DESTEXHE sénateurs MR, Georges DALLEMAGNE sénateur cdH et Philippe MAHOUX sénateur PS.

### **III.5. Le plus long processus de formation d'un gouvernement à ce jour**

Dès la soirée électorale du 10.06.2007, plusieurs commentateurs politiques ont annoncé que les différences dans le comportement des électeurs dans le nord et dans le sud du pays laissaient présager une formation de gouvernement difficile.

Plusieurs changements ont été opérés dans les gouvernements communautaires dès avant la Fête nationale du 21.07.2007. Yves LETERME a finalement remis son mandat de ministre-président flamand après les élections fédérales du 10.06.2007 et a rejoint le sénat du Parlement fédéral avec la ministre flamande du Bien-être Inge VERVOTTE à la fin du mois de juin. Etant le seul ministre CD&V restant, Kris PEETERS a été proposé pour succéder à LETERME comme nouveau ministre-président sans élections au Parlement flamand. Avec ses 39.754 voix obtenues aux élections fédérales du 10.06.2007, il est devenu député fédéral non siégeant. PEETERS a prêté serment le 28 juin 2007 comme ministre-président flamand à la Clinique Saint-Jean à Bruxelles devant le Roi Albert II en revalidation à la suite de sa fracture du col du fémur. Le CD&V a transféré les compétences de la ministre Inge VERVOTTE dans les domaines du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille au CD&V bruxellois Steven VANACKERE. Les compétences pour les Travaux

---

<sup>52</sup> Vlaams voorkeurstemmen uit "Welke artsen bemachtigen een parlamentszitje?" Artsenkrant 12.06.2007.

<sup>53</sup> "Remboursement des soins: le statut 'Omnio' lancé". L'Echo. 16.02.2007.

<sup>54</sup> "Les mutuelles, agents du fisc". Le Soir, 13.02.2007.

<sup>55</sup> "Dépasser le PS: le MR a gagné son pari". Le Soir, 11.06.2007.

publics et l'Environnement ont été confiées par Kris PEETERS à la nouvelle ministre flamande CD&V Hilde CREVITS .

En Wallonie, Elio DI RUPO a laissé la fonction de ministre-président, le 20.07.2007, au socialiste le plus sobre de Wallonie, Rudy DEMOTTE, ministre fédéral PS des Affaires sociales et de la Santé publique. Pendant les quatre ans que DEMOTTE a passés au pouvoir, rares ont été ceux qui l'y ont rencontré. J'ai moi-même eu l'honneur de pouvoir lui parler quatre fois précisément une heure, une moyenne d'une heure par an que beaucoup m'envient. Didier DONFUT, son successeur PS aux Affaires sociales et à la Santé publique pour les affaires courantes, qui avait été secrétaire d'Etat aux Affaires européennes sous VERHOFSTADT II, est resté en poste durant cinq mois entiers de manière inattendue. Nous ne l'avons toutefois pas vu, et ce alors même que nous nous sommes rendus à plusieurs occasions au cabinet des Affaires sociales et de la Santé publique notamment dans le cadre de l'accord médico-mutualiste. Nous y avons été reçus par le véritable ministre sous l'ancienne coalition violette, Renaud WITMEUR, lequel est pourtant déjà en juin 2007 depuis des mois chef de cabinet auprès de Marie ARENA, la ministre-présidente de la Communauté française. Entre-temps, Paul MAGNETTE a succédé à Christiane VIENNE comme ministre wallon de la Santé publique, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances car celle-ci a souhaité devenir sénatrice cooptée au Parlement fédéral.

Tout comme Hendrik CONSCIENCE a appris à son peuple (flamand) à lire, les journaux belges ont appris au peuple belge à compter dans deux des langues nationales. En 2007, on a commencé par le plus facile : de un à cent nonante-deux. En 2008, cela sera un peu plus difficile : d'ici Pâques, les lecteurs de journaux devront pouvoir compter de 90 à zéro. En 2007, la leçon a été bien suivie car, pendant le plus long processus de formation d'un gouvernement à ce jour dans le Royaume de Belgique – en 1987, il n'avait duré "que" 148 jours – les ventes de journaux ne se sont jamais aussi bien portées.

Le Roi et les rédacteurs en chef ont certes dû réfléchir à des épithètes pour associer les titres exacts aux responsables politiques qui allaient et venaient. A partir du bâtiment luxueux du ministère des Finances situé au 12 rue de la Loi et avec un brio comme s'il était déjà installé au 16, Didier REYNDERS a donné le signal de départ de la procession d'Echternach le 13.06.2007 en tant qu'informateur. Au terme de 22 journées d'entrevues avec pas moins de 450 personnes et de 7 tables rondes, où une attention toute particulière a été accordée notamment aux soins de santé le 27.06.2007, l'informateur a remis une note d'inventaire de près de 200 pages au Roi le mercredi 04.07.2007<sup>56</sup>. Didier REYNDERS estime qu'il n'appartient pas à l'informateur de désigner des partis mais il ne cache absolument pas qu'il souhaiterait voir une formation orange bleue.

Le 05.07.2007, Albert II confie à l'ex-premier ministre Jean-Luc DEHAENE la mission royale de médiateur. Depuis lors, le terme réforme de l'Etat est omniprésent. Selon Jean-Luc DEHAENE, une coalition orange bleue est la seule combinaison réaliste pour un gouvernement fédéral. Le dimanche 15.07.2007 dans la soirée, Jean-Luc DEHAENE a mis un terme beaucoup plus tôt que prévu à sa mission de médiateur,

---

<sup>56</sup> "Développer, rassembler, protéger". La Dernière heure, 04.07.2007.

sans même en parler à son leader et champion des voix du CD&V Yves LETERME<sup>57</sup>. Pour son collègue bourgmestre de Louvain et ancien allié gouvernemental Louis TOBBACK, DEHAENE n'a pas échoué : (nous traduisons) *“Selon moi, il n'a même pas eu l'occasion de commencer. Dans pareil cas, vous ne pouvez pas échouer.”*<sup>58</sup> Il est très probable que DEHAENE, en sa qualité d'expert réputé en plomberie communautaire, souhaitait installer lui-même les sanitaires dans la nouvelle demeure et non pas se contenter de remplacer un joint de w.-c. qui fuit.

Le 16.07.2007, Albert II a nommé comme formateur Yves LETERME qui trépignait d'impatience. La première note gouvernementale de ce dernier datée du 22.07.2007 n'a pas convaincu grand monde<sup>59</sup>. Le chapitre "3.4. Unissons nos forces pour les soins de santé" comprenait notamment un double de la loi VERMASSEN-LENSSENS de 1997 abrogée depuis longtemps et accordait beaucoup d'attention au rôle du médecin traitant (dans le texte officiel en néerlandais, on utilise le mot "de huisarts"). Je cite : *“3.4.1.1. Médecins. Le médecin traitant constitue le maillon central dans les soins de santé et doit plus que jamais remplir une fonction de régulation et d'encadrement. ....”*. Le terme “médecin spécialiste” ne figure nulle part dans la note. Au point 3.4.2, LETERME souhaitait accorder une meilleure participation des communautés dans *“certains organes de concertation de l'INAMI relatifs à des compétences des Communautés”*. Il était ici certainement question de mesures préventives dans le domaine de la santé que les communautés entendent organiser elles-mêmes et d'en transmettre la facture à l'Etat fédéral, par exemple pour le dépistage du cancer du sein<sup>60</sup> ou la mise en place d'une nouvelle nomenclature pour le dépistage du cancer du col de l'utérus qui a été préparée et inscrite dans l'accord médico-mutualiste du 20.12.2007 pour l'année 2008. Nous avons fait savoir aux négociateurs par les canaux appropriés que nous n'étions pas enthousiastes pour ce chapitre de la note du formateur.

Entre-temps, les journalistes et les négociateurs ont épuisé leur stock de métaphores. Une multitude de Flamands célèbres et de Wallons célèbres plus ou moins experts se sont portés volontaires pour donner leur opinion dans les médias concernant les débats sans fin à Val Duchesse ou dans d'autres établissements. Certains Flamands comme Bart DE WEVER, le principal négociateur dans le Cartel CD&V – N-VA, attendaient des grands chefs opérant en cuisine qu'ils leur préparent des poissons gras avec une cuillerée de sucre et des convives francophones qu'ils les savourent avec délice. Pas étonnant qu'après cinq semaines de grande bouffe infructueuse de recettes ratées, LETERME ait été contraint de remettre sa démission au Roi le 23.08.2007.

Dans la semaine qui suit, ALBERT II fait ce que plus aucun roi belge n'avait fait depuis la déclaration d'indépendance du Congo en 1960, à savoir appeler le premier ministre démissionnaire VERHOFSTADT ainsi que 8 autres ministres d'Etat, issus de 4 tendances politiques, à ses côtés pour 9 colloques singuliers : l'ancien ministre des Affaires étrangères Willy CLAES (Sp.a) et l'ancien ministre des Affaires sociales Philippe MOUREAUX (PS), Jos GEYSELS (Groen!) et José DARAS (Ecolo), l'ancien

<sup>57</sup> “En toen had Jean-Luc er genoeg van”. De Morgen, 17.07.2007.

<sup>58</sup> “Louis Tobback: ‘Ook Leterme staat voor een ‘mission impossible’.” De Morgen 17.07.2007.

<sup>59</sup> “La force des gens. Ensemble, transformons les défis en opportunités”. Note du formateur. 22.07.2007.

<sup>60</sup> Codes de nomenclature 450192-450253 et 450214-450225, en vigueur depuis le 15.06.2001.

ministre des Affaires étrangères Louis MICHEL (MR) et le parlementaire européen Gérard DEPRez (MR) et les anciens premiers ministres Wilfried MARTENS et Jean-Luc DEHAENE, à l'époque CVP et maintenant CD&V. A l'arrivée en voiture de Jean-Luc DEHAENE au palais du Belvédère chez le souverain, un photographe rapide prend en photo par la fenêtre du véhicule la fameuse note posée sur les genoux de Jean-Luc DEHAENE avec le mot griffonné à la hâte désormais célèbre "Quid NVA (is nodig voor oranje blauw.)"<sup>61</sup>.

Des classeurs entiers de commentaires sont gribouillés durant cette période. La jeune génération de négociateurs ricane à propos de la préférence du Roi pour le troisième âge<sup>62</sup> et la ministre d'Etat âgée de 78 ans Antoinette SPAAK (FDF) est outrée que le Roi n'ait invité que des hommes. Elle publie dès lors dans Le Soir ce qu'elle aurait voulu dire à Albert II concernant la situation du pays<sup>63</sup>.

Le 29.08.2007, le Roi nomme comme explorateur l'ancien président du CVP et ancien ministre du Budget Herman VAN ROMPUY. Ce CD&V influent travaillant dans l'ombre, auquel la rédaction du journal De Standaard a attribué la 2<sup>e</sup> plus mauvaise note lors de l'évaluation des candidats en vue des élections du 10.06.2007<sup>64</sup> doit déblayer le terrain pour LETERME. Pendant un bon mois, il rétablit la confiance entre les négociateurs de l'orange bleue et, le 29.09.2007, il remet au Roi son rapport final. Le Palais fait savoir "*qu'il y a suffisamment d'éléments de convergence pour permettre la reprise des négociations*".<sup>65</sup> Nous sommes entre-temps le 113<sup>e</sup> jour après les élections. Le 15.09.2007, Elio DI RUPO déclare : (nous traduisons) "*Si l'orange bleue n'aboutit pas, O.K. qu'ils rappellent Verhofstadt et Onkelinx. Il y a suffisamment de travail sur la planche*"<sup>66</sup>. Des paroles prophétiques comme cela apparaîtra plus tard.

LETERME peut continuer à construire sur la confiance que VAN ROMPUY a rétablie et des accords de contenu sont conclus pour toute une série de dossiers concrets. Mais les fantômes communautaires refont surface et toutes les discussions en vue de la formation du gouvernement s'interrompent lorsque, le 07.11.2007, les Flamands approuvent, contre les intérêts des francophones, la scission de l'arrondissement Bruxelles-Hal-Vilvorde. Pendant ce temps, d'aucuns font le reproche au Roi de vouloir sauver l'orange bleue, ce qui n'est pas du ressort du souverain. Le professeur de l'ULB Marc UYTENDAELE (époux de la coryphée du PS Laurette ONKELINX) écrit qu'ALBERT n'a pas bien compris quelle était sa mission.<sup>67</sup> Lorsque le ministre flamand des Affaires bruxelloises Marino KEULEN (Open VLD) refuse, le 15.11.2007<sup>68</sup>, de nommer trois bourgmestres francophones dans la périphérie bruxelloise, cela déclenche le courroux des francophones. Et quand au même moment, le partenaire de LETERME au sein du cartel le N-VA fait également savoir que les propositions communautaires qui sont alors sur la table des

---

<sup>61</sup> "Koning is 'politieke crisis' niet meester". Het Volk, 28.08.2007.

<sup>62</sup> "Le vieux est-il l'avenir de l'homme?". Le Soir, 29.08.2007.

<sup>63</sup> "Ce qu'Antoinette Spaak 'aurait dit au Roi' ..... ". Le Soir, 29.08.2007

<sup>64</sup> "Gewikt en gewogen". De Standaard 05.05.2007. Chez les CD&V, Theo Kelchtermans a obtenu la note de 2/10 et Herman Van Rompuy de 3/10.

<sup>65</sup> "Tweede kans voor Leterme". De Standaard, 01.10.2007.

<sup>66</sup> De Standaard, 15.09.2007.

<sup>67</sup> "Albert II: het eerste slachtoffer van oranje-blauw". De Morgen 12.11.2007.

<sup>68</sup> Journée de la Dynastie, en fait journée de la monarchie.



négociations sont insuffisantes, LETERME a vite compris. Le 06.12.2007, il remet au Roi Albert sa démission pour la deuxième fois.

Au lieu de prendre un poisson gras, le N-VA a attrapé un coq au vin rouge, Elio DI RUPO<sup>69</sup>, et a fait sombrer l'orange bleue.

### III.6. Chaises musicales et gouvernement fédéral intérimaire

Très probablement en désespoir de cause, ALBERT II demande à Guy VERHOFSTADT le 06.12.2007 de l'informer sur la façon de sortir de l'impasse actuelle et d'examiner comment une réforme de l'Etat peut être engagée.<sup>70</sup> Compte tenu du refus du Sp.a de collaborer à la mise en place d'une tripartite dans le cadre d'une Convention après un gouvernement d'urgence violet, le Roi a nommé VERHOFSTADT formateur d'un gouvernement intérimaire le lundi 17.12.2007. Ce même soir, il y a eu une première tentative pour parvenir à un accord médico-mutualiste (cf. point IV. 1.). Le vendredi 21.12.2007, le gouvernement intérimaire prête serment devant le Roi Albert. A en croire VERHOFSTADT III, c'est juste pour 90 jours car il s'arrêtera à Pâques 2008. Et Pâques tombe tôt le 23.03.2008.

Nos confrères qui avaient compté sur un changement de couleur au ministère des Affaires sociales et de la Santé publique en ont été pour leurs frais. Laurette ONKELINX est venue s'ajouter à la ribambelle d'éminences socialistes que j'ai vues se succéder sans interruption depuis octobre 1988<sup>71</sup>, quand l'ex-ministre CVP Jean-Luc DEHAENE (de 1981 à 1988) était en charge des Affaires sociales : Philippe BUSQUIN (1988-1992), Philippe MOUREAUX (1992-1993), Magda DE GALAN (1994-1999), Frank VANDENBROUCKE (1999-2003) et Rudy DEMOTTE (2003-2007). Les hôpitaux chrétiens aussi, qui rêvaient depuis bien longtemps qu'un autre vent politique souffle aux Affaires sociales et à la Santé publique, en sont pour leur peine. En Flandre surtout, il y a eu des réactions d'incrédulité car les spéculations concernant ce poste ministériel citaient depuis des mois soit Jo VANDEURZEN, ex-président du CD&V et ex-président du conseil d'administration du Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) à Genk, soit Inge VERVOTTE, ancienne ministre CD&V flamande du Bien-être. Lui a obtenu la Justice et elle la Fonction publique et les Entreprises publiques dans le gouvernement intérimaire de VERHOFSTADT III. Guy TEGENBOS, rédacteur politique du journal De Standaard, se demande désespéré dans "De Artsenkrant Column" comment il est possible que le poste de la Santé publique et des Affaires sociales soit une nouvelle fois tombé dans les mains du PS<sup>72</sup>. Jouer aux chaises musicales est bien évidemment plus difficile avec quatorze petits sièges de ministres au lieu des quinze plus quelques postes de secrétaire d'Etat comme c'est le cas d'habitude.

A l'exception d'un interlude Groen! avec le duo Magda AELVOET (1999-2002) et Jef TAVERNIER (2002-2003), le ministère de la Santé publique est également entre les mains des socialistes depuis maintenant 20 ans : Philippe BUSQUIN (1988-1992),

---

<sup>69</sup> Assis à mon bureau chez moi, j'ai regardé des semaines durant une affiche électorale de 20 m<sup>2</sup> du N-VA avec le célèbre nœud papillon de Di Rupo et un panneau de signalisation mettant en garde : "laat u niet strikken " (ne vous faites pas piéger).

<sup>70</sup> "Nieuwste idee: een interim-regering". De Standaard 11.12.2007.

<sup>71</sup> Le soussigné a entamé ses activités au GBS en février 1988 en tant que président de l'Union professionnelle des médecins belges spécialistes en biologie clinique.

<sup>72</sup> "Een Vlaamse minister van Volksgezondheid? Vergeet het maar!" Artsenkrant, 25.01.2008.

Laurette ONKELINX (1992-1993), Jacques SANTKIN (1993-1995), Marcel COLLA (1995-1999) mandat rempli pendant quelques mois avec celui de Luc VAN DEN BOSSCHE (1999) à la suite du scandale des poulets à la dioxine, Rudy DEMOTTE (2003-2007) et maintenant le retour de la ministre ONKELINX.

Notre nouvelle ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a obtenu la note de 52 sur 100 de la rédaction du journal De Standaard pour ses prestations en tant que ministre de la Justice et vice-premier ministre sous VERHOFSTADT II et 70 % de la rédaction du Soir<sup>73</sup>. Les Flamands lui ont surtout reproché un manque d'efficacité tandis que les francophones ont jugé qu'elle avait été la meilleure ministre de la Justice depuis des années.

ONKELINX est-elle là pour trois mois? Ou pour sept ans? En effet, en 1981, Jean-Luc DEHAENE a lui aussi débuté comme ministre des Affaires sociales et de la Santé publique dans le cadre d'un "gouvernement intérimaire". En tout cas, notre nouvelle ministre a fait savoir dans l'heure suivant sa prestation de serment qu'elle acceptait l'accord médico-mutualiste conclu la veille au soir, le 20.12.2007.

Pendant ce temps, Karel DE GUCHT, ministre des Affaires étrangères dans le gouvernement intérimaire, a critiqué vivement Yves LETERME, le probable candidat au poste de premier ministre après Pâques 2008 et son actuel mais également futur partenaire de coalition CD&V en ces termes (nous traduisons) : "*Leur plus grande prestation a été d'être parvenus à bloquer le pays après six mois. [...] Un formateur qui ne peut pas engager sa propre formation est un empereur sans vêtements.*"<sup>74</sup> Après quoi il est parti en voyage au Kosovo, de concert et chaudement emmitouflé avec le tout nouveau ministre de la Défense, le CD&V Pieter DE CREM.

Le secrétaire général des mutualités socialistes, Guy PEETERS, a prononcé des commentaires destructeurs à l'encontre du tout nouveau gouvernement d'urgence : (nous traduisons) "*Alors il ne faut pas parler d'un gouvernement Verhofstadt III mais d'une institution ouverte. Je pense que tout le monde ferait bien d'aller en thérapie relationnelle, de préférence non médicamenteuse car cela coûte trop cher à la société.*"<sup>75</sup>

Après 192 jours de formation et 90 jours de gouvernement intérimaire, soit la durée d'une grossesse menée à terme, ce que nous apportera le lièvre de Pâques 2008 dépendra d'une partie de poker politique : VERHOFSTADT IV, LETERME I, de nouvelles élections ou ...? Les querelles sans fin ne laissent rien présager de bon. Si aucune réforme de l'Etat conséquente n'intervient, le N-VA n'entrera pas au gouvernement, déclare Bart DE WEVER. Et le candidat à la fonction de premier ministre Yves LETERME d'ajouter : (nous traduisons) "*Nous n'allons pas laisser l'épreuve se poursuivre jusqu'au 23.03.2008 s'il apparaît que la volonté politique n'y est pas.*"<sup>76</sup> En attendant, le premier ministre VERHOFSTADT ne fait pas traîner les choses puisque, le 08.01.2008, il soumet lui-même ses propositions communautaires<sup>77</sup>. A vrai dire, c'est la tâche de la concertation Octopus qui a

<sup>73</sup> « Le bulletin ». Le Soir. « Het rapport van Paars ». De Standaard, 12.05.2007.

<sup>74</sup> "N-VA in tegenaanval op 'inconsequente' De Gucht". De Morgen, 31.12.2007.

<sup>75</sup> Interview avec Fons Verplaetse, Guy Peeters et Marc De Vos, Knack, 03.01.2008

<sup>76</sup> "Yves Leterme wil 'pijn niet rekken tot 23 maart'." De Morgen, 16.01.2008.

<sup>77</sup> "La note de Verhofstadt secoue le cocotier belge". Le Soir, 09.01.2008.

commencé sous la conduite du vice-premier ministre LETERME du gouvernement intérimaire à la mi-janvier.

### III.7. Be-Health – Fla-Health – E-médecine

Par le biais d'une lettre datée du 12.02.2007 adressée au président du GBS, le Prof. Bernard HIMPENS, secrétaire général de la *Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België*, et le Prof. Janos FRÜHLING, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de Médecine de Belgique, nous ont transmis l'avis commun des deux Académies concernant la proposition de loi sur le Be-Health. La version néerlandaise de cet avis a également été publiée dans le *Tijdschrift voor Geneeskunde*<sup>78</sup> sous la rubrique "Gezondheidszorg: actuele standpunten". Les Académies royales estiment qu'une réglementation est très importante pour qu'on s'y retrouve dans ce domaine. Elles se portent volontaires pour s'en charger<sup>79</sup>. Elles sont beaucoup moins critiques et vont parfois diamétralement à l'opposé des remarques formulées par le GBS et par l'ABSyM. Leur petit supplément sur le "Fla-Health" ou le Décret flamand relatif au système d'information santé<sup>80</sup> est incroyablement docile et contraste nettement avec l'avis très élaboré du Conseil national de l'Ordre des médecins du 03.03.2007 qui analyse le Fla-Health jusqu'à la moelle et émet toutes sortes de remarques très critiques à son encontre<sup>81</sup>.

Le GBS avait déjà émis à plusieurs occasions des objections fondamentales à l'encontre du Fla-Health<sup>82</sup> et a pour cette raison plaidé un recours en annulation devant la Cour constitutionnelle le 18 décembre 2007 (cf. point VI. 1.1.). Le Conseil national craint, comme le soussigné, une surcharge administrative. Dans le rapport du 25.04.2007 sur l'audition parlementaire au Sénat du 06.12.2006, la sénatrice rapporteuse Mia DE SCHAMPHELAERE (CD&V) cite mon intervention concernant la problématique de la simplification administrative chez les médecins : (nous traduisons) "*Nous constatons que les médecins sont souvent confrontés à des réglementations différentes au niveau fédéral et régional ou communautaire. Prenons par exemple le décret flamand relatif au système d'information santé du 16 juin 2006. Par analogie avec le Be-Health, relatif au traitement et à l'informatisation des données de santé, nous avons baptisé ce décret flamand du nom de Fla-Health. La constitution de dossiers médicaux est réglementée différemment par les autorités fédérales et flamandes. Les médecins flamands devront-ils bientôt tout faire en double?*". Dans la première note du formateur Yves LETERME datée du 22.07.2007, il est fait référence au Be-Health concernant l'orientation d'une meilleure représentation des Communautés dans les organes fédéraux des soins de santé<sup>83</sup>.

---

<sup>78</sup> "Advies nopens het wetsvoorstel rond "Be-Health" of het wetsontwerp betreffende de verwerking en de informatisering van de gezondheidsgegevens alsook voor de toepassing van de telegeneeskunde". *Tijdsch. voor Geneeskunde*, 63, nr. 7, 2007.

<sup>79</sup> "Academie mild voor Be-Health". *Artsenkrant*, 02.03.2007.

<sup>80</sup> Décret de la Communauté flamande du 16.06.2006 relatif au système d'information santé (M.B. du 07.09.2006).

<sup>81</sup> Bulletin du Conseil national, n° 116, juin 2007.

<sup>82</sup> Voir notamment l'annexe du Rapport annuel 2006 du GBS "Réglementer jusqu'à ce que mort s'ensuive", 03.02.2007.

<sup>83</sup> "3.4.2. Participation des Communautés. La force des gens. Note du formateur. 22.07.2007".

Ni dans la déclaration gouvernementale en 10 points<sup>84</sup>, ni dans le rapport au Roi<sup>85</sup>, Guy VERHOFSTADT ne parle d'une meilleure collaboration entre le Be-Health et le Fla- Health.

La loi de base pour la création du "Service d'Etat à gestion séparée Be Health" a été promulguée<sup>86</sup> mais le suivi de la législation et les arrêtés d'exécution se font encore attendre, et ce alors que ce point figurait déjà à l'ordre du jour tant du Comité de l'assurance de l'INAMI que du Conseil des ministres au printemps 2007. La presse médicale a annoncé il y a huit mois que l'Arrêté royal réglementant l'exploitation et la gestion du Be-Health serait publié dans les prochains jours<sup>87</sup>. Le terme "onverwijd-sans délai" n'a heureusement pas été utilisé. Le vide politique qui s'éternise a certainement contribué à l'absence de publication. En outre, le Be-Health est un embrouillamini politique complexe avec des ramifications vers la Loi du 15.01.1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale<sup>88</sup>, vers la Loi du 08.12.1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel<sup>89</sup>, vers la Loi du 22.08.2002 relative aux droits du patient<sup>90</sup> et vers la Loi du 11.03.2003 sur certains aspects juridiques des services de la société de l'information<sup>91</sup>. Rares sont ceux qui s'y retrouvent encore. Parmi eux il y a le Dr Jean-Paul DERCO, qui a quitté la cellule stratégique du cabinet des Affaires sociales et de la Santé publique du ministre Rudy DEMOTTE pour rejoindre l'INAMI et y prendre la direction de la toute nouvelle direction Research, Development & Quality (RDQ).

Une autre figure fixe dans les cénacles électroniques est Remi DE BRANDT auprès de l'ancien ministre de l'Emploi et de l'Informatisation, Peter VAN VELTHOVEN (Sp-a), responsable entre autres du Be-health, du paiement électronique, de l'information et sécurité, etc. Dans la mesure où le Sp-a n'a pas de ministre dans VERHOSTADT III et n'aura par conséquent plus besoin de collaborateurs de cabinet, cet expert de la première heure rejoint les Mutualités socialistes. Ceci a pour conséquence que les délicats équilibres dans certains groupes de travail entre les pouvoirs publics, les fonctionnaires et les représentants des groupes d'intérêts doivent être reconsidérés.

L'article 37, 2° de la Loi du 01.03.2007 portant des dispositions diverses<sup>92</sup> a remplacé, à l'article 2 de la Loi relative à la Banque-Carrefour, les termes "*comité sectoriel de la sécurité sociale*" par "*comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé*". Yves ROGER, conseiller auprès de la chancellerie du premier ministre VERHOFSTADT, a été nommé président de cet important comité. Avec le président de l'ABSyM, Roland LEMYE, nous avons eu un entretien instructif et constructif avec lui le 26.11.2007 concernant le fonctionnement de ce comité sectoriel de la sécurité

---

<sup>84</sup> Déclaration du premier ministre Guy Verhofstadt concernant le gouvernement intérimaire devant la Chambre. 21.12.2007.

<sup>85</sup> "Rapport au Roi Albert II sur la réforme des institutions dans le cadre de ma mission d'information et de formation". Guy Verhofstadt 20.12.2007.

<sup>86</sup> Article 4 de la Loi du 27.12.2006 portant des dispositions diverses (I) (1) (M.B. du 28.12.2006)

<sup>87</sup> "Be-Health komt in beslissende fase". Artsenkrant 12.06.2007.

<sup>88</sup> Moniteur belge du 22.02.1990.

<sup>89</sup> Moniteur belge du 18.03.1993

<sup>90</sup> Moniteur belge du 26.09.2002

<sup>91</sup> Moniteur belge du 17.03.2003 Ed. 2

<sup>92</sup> Loi du 01.03.2007 portant des dispositions diverses (III) (1) (M.B. du 14.03.2007 Ed. 1)

sociale et de la santé, les relations avec la Banque-Carrefour de la sécurité sociale et le Registre du cancer récemment constitué<sup>93</sup>. A chaque fois des dossiers très sensibles.

A différents niveaux, on travaille à l'échange électronique de données et à la prescription électronique dans le secteur de la santé. Le Dr Jean-Paul DERCOQ convoque des gens à l'INAMI notamment concernant l'acceptation du patient pour l'enregistrement des données médicales dans le cadre de "projets eCare". Le pharmacien Johan VAN CALSTER coordonne, auprès du SPF Santé publique et en collaboration avec l'Agence fédérale des médicaments et des Produits de Santé dans le groupe "eMed", plusieurs groupes de travail devant réaliser la prescription électronique de médicaments. L'APB avait déjà développé son propre système, Recip-E, pour lequel elle a cherché, fin 2007, à obtenir le concours de toute une série d'organisations de médecins, mais pas (encore) celui du GBS. Recip-E a été développé par le professeur Marc NYSSSEN du service informatique médicale de la VUB, en collaboration avec Pharmaplanet et Belgacom<sup>94</sup>. La Commission de biologie clinique s'efforce de trouver une solution légale à la prescription électronique. Un projet d'arrêté royal relatif à la signature électronique circule, mais n'a toujours pas été publié à ce jour, et ce malgré les demandes pressantes des gestionnaires d'hôpitaux, des biologistes cliniques et d'autres médecins et pharmaciens. Pendant ce temps, des projets pilotes ayant recours à la prescription électronique sont menés en de multiples lieux mais sans base légale officielle.

Indépendamment de toutes les initiatives antérieures, le directeur général du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Christiaan DECOSTER, a adressé, le 22.03.2007 et à partir de la Cellule Informatique, Télématicque et Communication dans le secteur des Soins de Santé, une lettre aux présidents des conseils médicaux, aux médecins-chefs, aux directeurs généraux et aux responsables de l'informatique médicale de tous les hôpitaux ainsi qu'aux responsables de tous les cercles de médecins généralistes agréés concernant les *"Projets de promotion de la communication entre l'hôpital aigu et les médecins généralistes de sa zone d'attractivité. Période 01/01/2007 au 31/12/2007"*. Un projet positif, si ce n'est qu'en Flandre, l'association de médecins généralistes Domus Medica, qui, depuis deux bonnes années, occupe l'espace dans la presse médicale avec ses querelles intestines et ses sentiments d'animosité envers tout ce qui a un tant soit peu à voir avec la médecine spécialisée, s'est soudainement mise dans l'idée de stocker sur son serveur les données médicales de la population flamande qui s'est rendue dans un hôpital. Domus Medica allait conserver les dossiers médicaux électroniques résumés (Sumehr: Summarized Electronic Health Record) et l'analyse critique et la systématisation des lettres de sortie dans le format XML-Kmehr pour l'intégration dans les logiciels (para)médicaux. En d'autres termes, un Fla-Health à la sauce Domus Medica, un plat dont nous ne raffolons pas. Même si cette proposition n'avait aucune chance sur le plan juridique, il n'en reste pas moins que plusieurs conseils médicaux en ont été la cible. Entre-temps, le GBS attend impatiemment l'arrêt de la Cour constitutionnelle concernant le décret flamand sur le Fla-Health.

---

<sup>93</sup> Article 39 et suivants de la Loi portant dispositions diverses en matière de santé (1). (M.B.du 22.12.2006 Ed. 2)

<sup>94</sup> "Project elektronisch voorschrift van start". Artsenkrant, 02.03.2007.

### III.8. No Fault

A l'époque de la tenue de notre précédente Assemblée générale statutaire le 03.02.2007, il restait sur la table quelque 71 projets de loi que le précédent gouvernement entendait encore finaliser<sup>95</sup>. Seule une fraction a été adoptée et notamment la loi "No fault". Celle-ci a certes passé le cap de la publication au Moniteur belge<sup>96</sup> mais pas celui de l'entrée en vigueur. La loi a été bombardée de critiques, notamment de la part du Prof. Thierry VAN SWEEFELT à l'occasion du symposium du Vlaams Artsensyndicaat à Anvers le 17.11.2007. Il a qualifié le report, annoncé par le ministre (pour les affaires courantes) des Affaires sociales Didier DONFUT le 13.11.2007, une bénédiction et une occasion de procéder à une refonte en profondeur de la loi – *"un fromage avec des trous"*<sup>97</sup>.

Nombreux sont ceux à s'être répandus en critiques à l'encontre du système et notamment le soussigné au niveau du Conseil d'administration du Centre d'expertise le 16.10.2007 qui devait approuver le quatrième volet du rapport sur la finançabilité du système no fault mais qui, après avoir estimé qu'un supplément d'informations était nécessaire, a reporté le rapport au conseil d'administration du 18.12.2007. Un incident politique bizarre est intervenu à cette occasion. En effet, Didier DONFUT a répondu devant le Parlement le 13.11.2007 que la clé de répartition entre les assureurs et le Fonds (encore à créer) serait de respectivement 49,7 % et 50,3 % et que le Centre d'expertise allait l'approuver lors de son conseil d'administration de décembre<sup>98</sup>. Devoir lire pareille réponse ministérielle quand on est administrateur d'un conseil scientifique indépendant est déplaisant et c'est gênant pour l'autonomie de la direction et de l'équipe scientifique du Centre d'expertise<sup>99</sup>. Le conseil d'administration a décidé, le 18.12.2007, d'adresser une lettre de protestation à ce sujet au ministre DONFUT, mais il est très probable que celui-ci ne la lira jamais car, entre-temps, il a rejoint la Région wallonne pour y devenir le nouveau ministre des Affaires sociales et de la Santé en remplacement de Paul MAGNETTE (PS), lequel est devenu ministre fédéral du Climat et de l'Energie.

Le 17.03.2007, notre président le Dr Jean-Luc DEMEERE a donné un exposé durant le symposium "La Responsabilité Médicale" au Centre Hospitalier de Namur consacré à la responsabilité professionnelle. Ce jour-là, dans un aperçu historique, le Prof. Jean-Luc FAGNARD, que j'ai rencontré pour la première fois il y a plus de quinze ans au sein du "Groupe de travail assurance responsabilité professionnelle" du ministère de l'époque, devenu entre-temps Service public fédéral (SPF) Santé publique, a fait savoir non sans une certaine pointe de cynisme ce qu'il en pensait :

1991 : rien n'a changé  
1994 : rien n'a changé  
Verhofstadt I : rien n'a changé

---

<sup>95</sup> "Federale regering probeert nog zoveel mogelijk wetsontwerpen te redden". De Standaard, 02.02.2007.

<sup>96</sup> Loi du 15.05.2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé. (M.B. du 06.07.2007)

<sup>97</sup> "Uitstel no fault is een zegen". Artsenkrant 20.11.2007.

<sup>98</sup> Compte rendu intégral de la Commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société". Mardi 13.11.2007. CRIV 52 COM 022. Chambre des représentants de Belgique.

<sup>99</sup> "Hoe minister Donfut zijn mond voorbij praatte". Artsenkrant 27.11.2007.

### Verhofstadt II : rien ne changera

Bien que la loi ait effectivement été publiée, FAGNARD obtient peut-être malgré tout gain de cause. Au tout dernier jour de l'année 2007, la date d'entrée en vigueur de la loi "no fault" a été reportée au 01.01.2009 au plus tard<sup>100</sup>. Et entre-temps nous retrouvons les professeurs FAGNARD et VAN SWEEFELT de longue date dans un groupe de travail – appelé aujourd'hui "no fault" mais au début des années 90 du siècle dernier "responsabilité professionnelle" – qui est depuis longtemps présidé par le directeur général Christiaan DECOSTER.

D'ici là, le Centre d'expertise aura peut-être achevé son étude sur le coût des infections nosocomiales, de sorte que ces données pourront également être intégrées au calcul du coût de la loi "no fault". J'ai insisté en vain auprès du conseil d'administration du Centre d'expertise pour que le cinquième volet du rapport soit reporté jusqu'à ce que ces chiffres soient connus. Des pressions politiques ont fait que le rapport a malgré tout été publié<sup>101</sup>, bien que ces mêmes politiques étaient arrivés au constat que le report constituait la seule option.

### III.9. Numerus clausus et Master après Master

A la fin du mois de novembre 2006, la presse a sauté sur une communication insensée du Service public fédéral Economie, direction statistiques, concernant le nombre de dispensateurs de soins. Selon cette source, le nombre de généralistes aurait progressé de 19.824 en 1995 à 21.804 en 2005, soit une augmentation de 10 %, et le nombre de spécialistes de 16.046 à 20.372, soit une augmentation de 27 %<sup>102</sup>. Un petit mot d'explication n'aurait certainement pas fait de tort, surtout parce que dans le cas des généralistes, le SPF Economie était totalement dans l'erreur. L'INAMI appelle les médecins qui ne sont pas agréés comme spécialistes des "médecins de médecine générale". Tant le SPF Economie que l'OCDE dans ses statistiques annuelles très lues et commentées à l'échelle mondiale assimilent, par souci de facilité, ces "médecins de médecine générale" à des "généralistes". Ce faisant, l'OCDE incorpore depuis des années les médecins spécialistes en formation (MACS), soit en moyenne environ 3.400 au cours des 10 dernières années, dans les généralistes. Dès lors, une manchette de journal annonçant "*Straks evenveel specialisten als huisartsen*"<sup>103</sup> ne suscite pas l'étonnement parmi les insiders mais tous les autres citoyens sont induits en erreur, surtout à l'étranger, où on prend (peut-être) ces chiffres au sérieux.

Au point IV.3., le tableau 16 présente les chiffres de l'INAMI concernant le nombre de médecins au cours des 12 dernières années. En 1996, il y avait 16.515 médecins de médecine générale, dont 12.294 médecins généralistes agréés et 3.383 MACS, soit un total de 19.898 médecins. En 2006, les médecins de médecine générale étaient au nombre de 18.149 dont 14.162 médecins généralistes agréés et 3.635 MACS, soit un total de 21.784 médecins. Ces chiffres sont très proches du chiffre du SPF

---

<sup>100</sup> Loi du 21.12.2007 modifiant la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé en ce qui concerne la date d'entrée en vigueur. (M.B. du 31.12.2007 Ed. 4)

<sup>101</sup> "Indemnisation des dommages résultant de soins de santé, phase IV. Clé de répartition entre le Fonds et les assureurs". KCE reports 68B. 19.12.2007.

<sup>102</sup> "Pléthore de médecins: info ou intox?". Le Journal du Médecin, 01.12.2006.

<sup>103</sup> "Het Volk" et "De Standaard". 28.11.2006.

Economie et prouvent son erreur évoquée plus haut. Si l'INAMI ne veut pas prendre à part les MACS, il serait plus logique de les incorporer dans les spécialistes. Le tableau 16 nous apprend alors que, en 1996, le nombre de spécialistes se monte à 19.432 et, en 2006, à 24.006. Ce mode de calcul plus correct nous permet d'affirmer qu'entre 1996 et 2006, le nombre de généralistes a progressé de 15,2 % (passant de 12.294 à 14.162) et le nombre de spécialistes de 23,5 % (de 19.432 à 24.006).

Après la publication d'un pareil gag<sup>104</sup>, il est devenu plus que jamais clair que la Belgique a besoin de toute urgence de meilleures données concernant le nombre de dispensateurs de soins, dans le cas présent de médecins. Les nombres n'ont plus été modifiés dans l'A.R. du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale depuis le 08.12.2006<sup>105</sup>. Le nombre total de médecins pouvant exercer leur profession dans le cadre de l'INAMI en 2013 reste donc fixé à 975<sup>106</sup>, et ce même si la Commission de la planification avait proposé le 30.06.2006 que ce nombre soit porté à 1.025. Par contre, il a été inséré à l'article 3 un point 9° : *"le titre professionnel particulier de médecin généraliste et le titre professionnel particulier de médecin spécialiste pour les candidats disposant d'un diplôme d'études secondaires octroyé par un état membre de l'Espace économique européen qui n'organise pas de formation complète menant au diplôme de docteur en médecine"*. En langage simple, cela signifie que les quotas ne s'appliquent pas à ces catégories de médecins.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a publié son étude sur le *numerus clausus*<sup>107</sup> le 18.01.2008. Les recommandations sont nuancées et indiquent qu'on ne peut prétendre fixer ni « le » nombre juste ni « la meilleure » composition en professionnels de la santé. Le KCE écrit en outre que simplement compter le nombre de médecins ne permet en aucune façon de tenir compte ni de la qualité ni du caractère approprié des soins. Concernant la nécessité du *numerus clausus*, le KCE constate qu'il existe une demande induite par l'offre pour les spécialistes mais que c'est moins clair pour les médecins généralistes. Le KCE conclut que le nombre de médecins autorisé, la disponibilité souhaitée et l'accessibilité aux soins médicaux sont une décision politique. Le KCE demande comme conclusion finale une planification encore mieux étayée scientifiquement et la mise en place d'un cadastre des professions médicales. Cela fera plaisir au Dr Jean-Paul DERCO à l'INAMI car, dans une précédente vie au ministère de la Santé publique, il s'y était attelé il y a bien longtemps.

Les réactions dans les presses flamande et francophone concernant le rapport du KCE de 369 pages au total (résumé et annexes compris) sont diamétralement opposées. Le Soir va même très loin en titrant que l'étude du KCE contredit la thèse flamande d'une pléthore de médecins<sup>108</sup>. Quant au journal La Capitale, il parle de trop peu de médecins<sup>109</sup>. La Dernière Heure juge nécessaire de filer la trouille à la

---

<sup>104</sup> Le soussigné dans "Overheid spuit mist over aantal artsen". Artsenkrant 01.12.2006.

<sup>105</sup> A.R. du 30.05.2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 14.06.2002), modifié par l'A.R. du 11.07.2005 (M.B. du 03.08.2005) et 08.12.2006 (M.B. du 22.12.2006, Ed. 2).

<sup>106</sup> Cf. tableau 23, point VII Numerus clausus. Rapport annuel 2006 du GBS Réglementer jusqu'à ce que mort s'ensuive. 03.02.2007.

<sup>107</sup> "Dix ans de numerus clausus : situation actuelle et défis pour l'avenir" KCE Reports Vol. 72B, décembre 2007.

<sup>108</sup> "Il n'y a pas de pléthore de médecins". Le Soir, 19.01.2008.

<sup>109</sup> "Trop peu de médecins généralistes". La Capitale, 19.01.2008.



population<sup>110</sup>. La presse flamande est très neutre et s'en tient à ce qui figure réellement dans le rapport<sup>111</sup>, <sup>112</sup>. Marie ARENA, ministre-présidente PS de la Communauté française, entend tout simplement supprimer le numerus clausus dans le cadre du débat Octopus en cours<sup>113</sup>. Un fait assez étonnant car c'est précisément le ministre-président PS de la Région wallonne, Rudy DEMOTTE, qui s'est montré encore plus strict que l'avis de la Commission de planification de l'offre médicale : ce ne sont pas 1.025 mais seulement 975 diplômés qui seront admis à exercer dans le cadre de l'INAMI en 2013. Même en ce qui concerne leurs organes politiques, les francophones sont contre tout numerus clausus.

En vue d'un entretien le jour de la Saint Nicolas 2007 avec le ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille depuis le 28 juin 2007, Steven VANACKERE, le GBS a réalisé une enquête pour savoir si nos unions professionnelles observaient une pénurie dans certaines disciplines. Les réponses ont été rassurantes de manière générale, à l'exception de plusieurs points sensibles connus comme la pédopsychiatrie, les pédiatres hospitaliers, la gériatrie, la médecine interne générale en milieu hospitalier et les médecins urgentistes. Dans une moindre mesure, les spécialistes en médecine physique et réadaptation signalent qu'il devient plus difficile de trouver quelqu'un pour remplir les postes vacants, le nombre de rhumatologues reste statu quo et les psychiatres voient leurs jeunes confrères valables partir aux Pays-Bas.<sup>114</sup>

Le soussigné a reçu un courrier, daté du 26.03.2007 et signé au nom du Collège des Doyens des Facultés de Médecine des Universités de la Communauté Française de Belgique, du Prof. Jean-Jacques ROMBOUTS dans lequel celui-ci m'expose, fidèle à son habitude, son désaccord avec la position que j'ai prise concernant le numerus clausus. Il est probable que nous ne serons jamais d'accord. Il n'empêche qu'apprendre à connaître la vision d'autrui peut nous amener à reconsidérer nos propres conceptions. Dans le compte rendu annexé de février 2007 que le Prof. ROMBOUTS a rédigé pour le compte de l'Académie Royale de Médecine et qui a été approuvé par cette dernière le 24.03.2007, il est question pour la première fois de "*l'éventualité d'un examen ou d'un concours d'entrée*" car ni la sélection abolie au terme de trois années d'étude ni la sélection d'application après la première année ne suffisent. Un passage des recommandations du Prof. ROMBOUTS à l'Académie saute relativement aux yeux après qu'il a constaté qu'il y aurait une pénurie de pédiatres et d'assistants : "*...Cependant, la qualité des soins dispensés en situation d'urgence se dégrade principalement en raison du manque de connaissances des deux langues nationales par les jeunes candidats spécialistes étrangers qui de plus en plus assurent des gardes dans les structures hospitalières.*" Je crains que cette remarque ne vaille pas uniquement pour les jeunes confrères étrangers car les jeunes Belges autochtones, qu'ils soient flamands ou francophones, choisissent de plus en plus l'anglais comme deuxième langue... quand ils ne se limitent pas au seul langage SMS.

---

<sup>110</sup> "Inquiétante pénurie de médecins". La Dernière Heure, 24.01.2008.

<sup>111</sup> "Hoeveel artsen hebben we nu eigenlijk nodig" De Standaard, 19.01.2008.

<sup>112</sup> "Te veel specialisten, te weinig huisartsen". De Tijd, 21.01.2008.

<sup>113</sup> "Le numerus clausus dans la balance". La Libre Belgique, 25.01.2008.

<sup>114</sup> "Het gepercipieerde artsentekort doorgelicht". Artsenkrant, 25.01.2008.

Le Conseil d'Etat a rendu, le 18.01.2007, un arrêt à la suite de la plainte introduite par le GBS concernant la discrimination à l'encontre des candidats spécialistes ne pouvant entamer leur formation comme spécialiste qu'au terme de la 7<sup>e</sup> année d'études de médecine alors que le début de la formation spécialisée pour les médecins généralistes commence directement après la 6<sup>e</sup> année (cf. point VI.2.3). Cet arrêt a eu pour effet que tout un mouvement s'est mis en branle pour réclamer le raccourcissement d'un an de la durée de la formation en médecine<sup>115</sup>. Ce sont les étudiants en médecine gantois qui ont porté l'affaire à l'attention du public<sup>116</sup> mais – et cela plaide en faveur de la jeunesse – ce ne sont pas eux qui ont épluché le *Moniteur belge* pour y découvrir l'arrêt favorable au GBS mais leur mentor, le Dr Jan DEMAESENEER, professeur de médecine générale à cette même université, qui me l'a d'ailleurs confirmé au cours d'un entretien. Au sein du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, les universitaires francophones ont fait savoir qu'ils étaient catégoriquement contre toute réduction de la durée des études. Dans la partie francophone du pays, la formation spécialisée est déjà totalement académisée depuis le Décret du 27.02.2003 de la ministre PS de l'Enseignement supérieur de l'époque, Françoise DUPUIS<sup>117</sup>. En Flandre, les cinq doyens ont fait savoir qu'ils ne sont pas a priori opposés à ce que la formation soit ramenée à six ans à condition que l'académisation soit mise en place pour toutes les formations complémentaires<sup>118</sup>.

Le GBS s'est démené, en 2007, contre la progression de l'académisation des formations de spécialiste en Flandre. Le 08.03.2007, nous avons convoqué tous les représentants du GBS au sein des commissions d'agrégation pour leur expliquer l'état de la situation ainsi que le contexte européen. Le 04.05.2007, la présidente du "groupe de travail formation médecins spécialistes", le Prof. Brigitte VELKENEERS, nous a appris que le VLIR<sup>119</sup> est déjà parvenu il y a des années à tramer des plans avec certains membres du Bureau du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes pour achever l'académisation de la formation de spécialiste. Personne d'autre au sein du Conseil supérieur n'était au courant. Les professeurs ont trouvé dans Bologne<sup>120</sup> une excuse pour lier davantage les médecins spécialistes en formation à leur université au moyen d'une structure master après master. La Flandre s'engage tout d'un coup sur la voie que les francophones ont choisi d'emprunter avec le Décret DUPUIS du 27.02.2003 que nous venons d'évoquer, tout comme les Français et les Italiens : les MACS sont des étudiants d'université qui doivent présenter des examens et réaliser un travail de fin d'études. La formation n'est académisée ni dans les pays scandinaves ou anglo-saxons, ni en Allemagne, en Autriche ou aux Pays-Bas. Lorsque ces pays imposent des épreuves ou des examens, ceux-ci sont organisés par les unions professionnelles avec une participation active des membres professeurs d'université. A la demande du GBS, la

---

<sup>115</sup> "Iedereen gewonnen voor kortere basisopleiding?". *Artsenkrant* 20.04.2007.

<sup>116</sup> "Basisarts na zes jaar opleiding". *Courrier des lecteurs dans De Morgen*, 28.02.2007.

<sup>117</sup> Décret du 27.02. 2003 établissant les grades académiques délivrés par les hautes écoles organisées ou subventionnées par la Communauté française et fixant les grilles horaires minimales (M.B. du 11.06.2003).

<sup>118</sup> Document interne qui a probablement été transmis aux étudiants en médecine gantois par le Prof. Jan Demaeseneer et qui est arrivé dans ma boîte d'e-mails à la faveur d'un vent favorable.

<sup>119</sup> Vlaamse Interuniversitaire Raad

<sup>120</sup> La déclaration de Bologne du 19 juin 1999 est un accord conclu entre 29 pays européens en vue de réformer leurs systèmes d'enseignement supérieur pour parvenir à un enseignement européen commun et ouvert avec des grades et des diplômes agréés comparables entre eux.

problématique de l'académisation et du Master après Master a été discutée au sein du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes du 10.05.2007, lequel a décidé de faire examiner l'affaire par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Le GBS ne voit pas quelle pourrait être la plus-value concrète du remplacement de l'octroi d'un titre professionnel de médecin spécialiste par le ministre de la Santé publique via la commission d'agrément concernée par un diplôme universitaire. Dans les universités francophones, ils délivrent un DES (Diplôme d'études de spécialiste) et maintenant une FUS (Formation universitaire spécifique). Obtenir un Ph. D. avec une thèse de doctorat est d'un tout autre ordre. Le GBS entend obtenir une obligation légale de suivre la moitié de la formation de spécialiste dans des services non académiques. Dans les discussions, nous mettons encore et toujours l'accent sur la gestion paritaire (existante) du contenu et de la pratique des formations comme c'est le cas aujourd'hui dans la structure des commissions d'agrément et du Conseil supérieur. Le GBS défend la liberté de choix du candidat spécialiste pour la composition de son plan de formation, bien évidemment dans les limites du cadre légal<sup>121</sup>, lequel prévoit depuis la modification apportée à l'article 21 par l'ancien ministre de la Santé publique Marcel COLLA que pour être valable, la demande du candidat spécialiste doit être accompagnée entre autres : *"4° d'une attestation qui prouve que le candidat a suivi avec fruit une formation universitaire spécifique; pour les candidats spécialistes, cette formation doit avoir coïncidé avec les deux premières années de la formation"*<sup>122</sup>. L'insertion de ce point 4° faisait partie d'un deal célèbre ayant permis que quelque chose de concret soit entrepris concernant le numerus clausus.

#### **IV. Accord médico-mutualiste du 20.12.2007 pour l'année 2008 (M.B. du 14.01.2008)**

##### **IV.1 Réunions formelles et informelles**

Durant la seconde moitié de 2006, le président en fonction depuis août 2006 de la Commission nationale médico-mutualiste, Jo DE COCK, devait "juste" veiller à l'exécution de l'accord médico-mutualiste du 15.12.2005 pour les années 2006-2007, en préparation de l'année 2007. Comme je l'ai décrit dans mon rapport annuel pour 2006, cela ne s'est certainement pas passé sans coup férir<sup>123</sup>.

En 2007, il devait conclure un nouvel accord pour la première fois. Quelque 10 réunions formelles ont été nécessaires (les 05.03.2007, 07.05.2007, 04.06.2007, 02.07.2007, 17.09.2007, 26.11.2007, 03.12.2007, 10.12.2007, 17.12.2007 et 20.12.2007). L'ABSyM a refusé de participer à la réunion programmée le 22.10.2007 pour le motif que, selon elle, ses exigences ont été insuffisamment prises en considération. Le 26.11.2007, l'ABSyM n'a accepté d'être présente que pour que

---

<sup>121</sup> A.R. du 21.04.1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 27.04.1983)

<sup>122</sup> A.R. du 16.03.1999 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 24.06.1999).

<sup>123</sup> Cf. "Réglementer jusqu'à ce que mort s'ensuive. V. L'accord médico-mutualiste". Rapport annuel 2006 du GBS, 03.02.2007.

plusieurs dossiers en chantier, par exemple le traitement de l'obésité morbide, puissent avancer. Cette réunion a été qualifiée de médico-mut des affaires courantes par le président de l'ABSyM, Roland LEMYE.

Pendant ce temps, Jo DE COCK a organisé au moins autant de réunions informelles avec des interlocuteurs changeants. Assez étonnamment, les réunions se sont déroulées dans le cabinet pratiquement désert et d'aspect lunaire du ministre invisible des Affaires sociales et de la Santé publique, Didier DONFUT. Malgré le fait qu'à l'époque, il était déjà depuis 5 mois chef de cabinet de Marie ARENA, la ministre-présidente de la Communauté française, Renaud WITMEUR, l'ancien chef de cabinet de Rudy DEMOTTE, y a reçu une délégation de l'ABSyM une première fois le 26.10.2007 avec les hauts responsables de l'INAMI, dans le but d'évacuer un certain nombre d'obstacles. La demande d'un financement supplémentaire a été satisfaite en partie, 15 millions d'euros ayant été accordés par les commissaires du gouvernement dans le cadre du Conseil supérieur de l'INAMI du 15.10.2007. La suppression du chapitre II pour la prescription des médicaments, une exigence de l'ABSyM soutenue par le SVH mais rejetée par les mutuelles et activement contestée par l'ASGB et le GBO<sup>124</sup>, s'est avérée une impossibilité politique mais des accords concrets ont pu être conclus pour une approche plus flexible du comportement de prescription, la limitation des sanctions et la simplification administrative. Pour le maintien de la possibilité de demander des suppléments dans le service de pédiatrie, il a été proposé un projet d'article de loi devant bétonner la "solution provisoire" de l'A.R. du 19.03.2007<sup>125</sup>. Sur proposition de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Laurette ONKELINX (qui n'était alors pas encore connue comme telle), cet avant-projet de loi a été approuvé durant le premier conseil des ministres de VERHOSTADT III le 11.01.2008.

Cette fois aussi chez DONFUT et à nouveau en la présence de hauts dirigeants de l'INAMI comprenant Jo DE COCK, administrateur général, Benoît COLLIN, administrateur général adjoint, et le Dr Ri DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, WITMEUR a convoqué l'ABSyM et les MC le mercredi 19.12.2007 à 09 h 00 dans le but d'essayer de recoller les morceaux. Dans la nuit du 17 au 18.12.2007, à 01 h 30, le président des MC, Marc JUSTAERT, s'en était effectivement allé car il ne souhaitait pas donner satisfaction à l'exigence de l'ABSyM d'une revalorisation de la consultation en soirée pour le médecin généraliste et parce que, en dépit du soutien du Cartel, il n'avait pas pu obtenir la confiscation de l'indexation d'une très importante partie des prestations techniques médicales à d'autres fins. Après avoir beaucoup pesé le pour et le contre et surtout après avoir effectué de nombreux calculs, on est arrivé à une proposition avec une retenue d'indexation beaucoup plus modeste et le report de quelques-unes des revendications jusqu'en 2009. Marc JUSTAERT a pu être convaincu de commencer une expérimentation pour la consultation en soirée pour le médecin généraliste en fonction de sa disponibilité et du service de garde de médecine générale organisé. Un groupe de travail de la médico-mut, comprenant cette fois des représentants de toutes les parties concernées, a pu ainsi reprendre les travaux ce même mercredi dans la soirée. Entre-temps, l'ambiance chez Renaud WITMEUR et son collaborateur François PERL s'est améliorée à vue d'œil car, grâce

---

<sup>124</sup> Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH), Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB), Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO).

<sup>125</sup> A.R. du 19.03.2007 en application de l'article 46 de la loi portant dispositions diverses en matière de santé du 13.12.2006 (M.B. du 22.03.2007).

à leurs blackberries sans lesquels plus aucun cabinetard qui se respecte, ne peut vivre, il est devenu de plus en plus clair au fil des heures que le PS allait à nouveau avoir sa place dans le gouvernement à former et, lorsque nous sommes partis vers midi, nous savions qu'ONKELINX serait à "notre" ministre.

Le texte de l'accord a été finalisé dans ses aspects techniques dans le courant de la journée du 20.12.2007. La Commission nationale médico-mutualiste s'est réunie officiellement en soirée. Le texte a été présenté par le président DE COCK et, en un peu plus d'une demi-heure, l'accord a été approuvé à l'unanimité. La Commission du contrôle budgétaire, le Conseil général et le Comité de l'assurance de l'INAMI se sont successivement réunis et ont également approuvé l'accord le vendredi matin. Dans la mesure où, au même moment, le nouveau gouvernement avait prêté serment devant le roi, la ministre ONKELINX a immédiatement pu approuver l'accord 2008 après le lunch durant la première heure de son mandat. L'accord a été publié au Moniteur belge du 14.01.2008. Pour savoir si l'accord est accepté, il nous faudra encore attendre deux semaines. En effet, les médecins ont jusqu'au 13.02.2008 pour signifier à l'INAMI s'ils n'adhèrent que partiellement à l'accord (8,77 % des spécialistes dans le cadre de l'accord du 20.12.2005) ou s'ils rejettent l'accord (18,43 % des spécialistes dans le cadre de l'accord du 20.12.2005)<sup>126</sup>.

## IV.2 Budget de l'INAMI

L'ancien ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Rudy DEMOTTE est fier d'être parvenu à ce que les dépenses de l'INAMI soient sous contrôle et, ce faisant, lui qui est francophone donne une leçon à son prédécesseur Frank VANDENBROUCKE. La croissance en 2006 par rapport à 2005 ne s'est montée qu'à 2,85 %<sup>127</sup> alors que la loi autorise une norme de croissance de 4,5 %<sup>128</sup>. L'exercice 2006 a été clôturé avec un boni de 244 millions d'euros. Le rapport standardisé concernant les dépenses comptabilisées pour le premier semestre de 2007 de l'audit permanent par l'actuariat de l'INAMI indique toutefois que ce n'est pas une raison pour être euphorique car  $\pm$  96 millions résultent d'une sous-comptabilisation (en d'autres termes d'une comptabilisation plus lente que d'habitude) et 72 millions résultent d'une exécution tardive ou de la non-exécution à ce jour de mesures autorisées.<sup>129</sup> L'exemple le plus connu de mesures non encore exécutées figurant dans l'accord médico-mutualiste du 20.12.2005<sup>130</sup> est le point 7 dudit accord : les trajets de soins. En 2006, un budget de 7 millions d'euros avait été inscrit au budget à cette fin et, en 2007, ce montant a même été porté à 25 millions d'euros. Ce dernier montant a été intégré au budget 2008, mais il est d'ores et déjà certain qu'il ne sera utilisé que début 2009.

Le budget de 5.333,123 millions d'euros pour 2006 a pu progresser avec une indexation de 1,65 % (soit 93,668 millions d'euros) et les montants nécessaires pour l'exécution des nouvelles initiatives programmées ont été inscrits au budget 2007.

---

<sup>126</sup> Aperçu des chiffres du déconventionnement depuis 1993: cf. "Rapport annuel 2006 du GBS : Réglementer jusqu'à ce que mort s'ensuive" 03.02.2007

<sup>127</sup> "Demotte limite la croissance à 2,85 %". Le Journal du Médecin, 06.03.2007.

<sup>128</sup> Loi S.S.I. article 40 § 1, 3<sup>e</sup> alinéa

<sup>129</sup> Note INAMI CGSS 2007/119 du 23.11.2007, p. 1.80.

<sup>130</sup> Moniteur belge du 23.01.2006.

L'objectif budgétaire total pour les honoraires médicaux pour l'année 2007 a finalement été fixé à 5.907,005 millions d'euros. Comparé au budget global de l'INAMI pour les soins de santé, c'est un quasi-statu quo par rapport à l'année 2006. Alors que le budget global était de 18.454,063 millions d'euros pour 2006, le budget des médecins s'est élevé à 5.533,123 millions d'euros, soit 30,0 %. Sur un budget global de 19.618,653 millions d'euros pour 2007, le budget des médecins était de 5.907,005 millions d'euros, soit 30,1 %.

L'indexation est de 1,62 % pour 2008. Calculé sur une estimation technique initiale (provisoire) des dépenses pour les honoraires médicaux en 2007 de 5.916,320 millions d'euros, cela revient à une masse d'indexation disponible en 2008 de 95,845 millions d'euros. Le 01.10.2007, un budget accordant aux médecins 67,660 millions d'euros de la marge estimée à 680,622 millions d'euros pour le secteur global pour 2008 a été adopté par le Comité de l'assurance de l'INAMI lors d'un second tour de scrutin, pour lequel une majorité simple suffit, avec 26 voix pour et 15 contre, dont les 7 membres du banc des médecins, et 0 abstention.

Cette marge de 680,622 millions d'euros est la différence entre l'objectif budgétaire 2008 pour un montant total de 21.392,944 millions d'euros (l'objectif budgétaire 2007 de 19.579,975 millions d'euros complété des 883,055 millions d'euros de la norme de croissance légale de 4,5 %, complété des 410,130 millions d'euros de l'index santé de 2 %, complété des différences algébriques positives 2007 à rembourser pour l'imagerie médicale et la biologie clinique pour un montant de 43,468 millions d'euros, complété des différences algébriques positives 2008 à rembourser pour l'imagerie médicale et la biologie clinique pour un montant de 3,574 millions d'euros et complété du montant nécessaire pour l'intégration des petits risques pour les indépendants pour un montant de 472,742 millions d'euros) et les estimations techniques pour l'ensemble du secteur de la santé calculées à 20.712,322 millions d'euros<sup>131</sup>.

Comme, à l'époque, il n'y avait qu'un gouvernement d'affaires courantes et comme celui-ci avait réclamé un budget prudent<sup>132</sup>, il a été proposé de n'accorder que 380,248 millions du bonus de 680,622 millions d'euros attendu pour les mesures urgentes et prioritaires. Dans la lettre de VERHOFSTADT et de DONFUT, les besoins budgétaires de la commission nationale médico-mutualiste (et dento-mutualiste) figurent explicitement dans les priorités.

Le 15.10.2007 et suite aux pressions appuyées de l'ABSyM, le Conseil général a encore procédé au glissement interne en faveur des honoraires médicaux d'un montant de 15 millions d'euros à l'intérieur de la marge de 380,242 millions d'euros à utiliser proposée par le Comité de l'assurance, de sorte qu'il y a finalement eu un montant disponible de 67,66 + 15,0 (soit 82,66) millions d'euros pour les nouvelles initiatives. Le budget 2008 pour les honoraires médicaux a ainsi été fixé à 6.094,825 millions d'euros (cf. tableau 2).

---

<sup>131</sup> Note INAMI CSS 2007/358 corr. du 28.09.2007.

<sup>132</sup> Lettre du 12.09.2007 du premier ministre Guy Verhofstadt et du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Didier Donfut au président du Comité de l'assurance, Gabriël Perl.

### Composition du budget des honoraires médicaux 2008 (en millions d'euros)

Objectif budgétaire 2007	5.907,005
Indexation de 1,62%	95,845
Nouvelles initiatives de la "marge"	82,660
Transferts, montants libérés	9,315
<b>Total</b>	<b>6.094,825</b>

Tableau 2

Source : Note INAMI CGSS 2007/114 du 16.10.2007 et accord médico-mutualiste du 20.12.2007 (M.B. du 14.01.2008)

En chiffres absolus, le budget des honoraires médicaux 2007 passe de 5.907,005 à 6.094,825 millions d'euros en 2008, soit une augmentation de 3,18 %. La norme de croissance légale pour le budget global est de 4,5 % mais, dans les faits, il n'est accordé que 2,8 % globalement. En effet, le Conseil général a décidé le 15.10.2007 de ne pas attribuer 340 millions de la marge de 680,622 millions d'euros (à geler), d'économiser 14 millions d'euros sur le secteur des "frais de déplacements" et de retrancher 26 millions pour les montants de rattrapage positifs dans les hôpitaux du budget 2008. Le budget global est fixé à 21.433,957 millions d'euros mais il reste un montant de 380 millions d'euros qui n'a "provisoirement" pas encore été ventilé<sup>133</sup>. Par rapport au budget global, la part des honoraires médicaux passe de 30,1 à 28,4 %, soit le pourcentage le plus bas à ce jour. En 1990, 41,6 % des dépenses dans le secteur des soins de santé étaient encore affectés aux honoraires médicaux (cf. tableau 3).

### Objectifs budgétaires INAMI : évolution montant global et honoraires médicaux

Année	Global (millions d'euros)	Honoraires médicaux	
		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

Tableau 3

Source : INAMI; calculs de M. MOENS.

Les tableaux ci-après sont fournis à titre d'illustration du fait qu'au cours de ces dernières années, les honoraires médicaux ont progressé moins rapidement que les dépenses globales pour les soins de santé.

Dans le tableau 4, nous donnons à l'objectif budgétaire 2000 la valeur 100 et nous remarquons qu'avant l'année 2000, l'objectif budgétaire pour les honoraires médicaux a progressé plus rapidement que l'objectif budgétaire global.

<sup>133</sup> Note INAMI CSS 2007/374 du 16.10.2007.

**Objectifs budgétaires : évolution montant global et honoraires médicaux (2000 = 100,0)**

Année	Global	Honoraires médicaux
1970	6,9	8,5
1980	26,9	29,2
1990	57,0	73,6
1995	81,3	86,6
2000	100,0	100,0
2005	139,6	130,6
2006	148,7	138,3
2007	158,1	147,7
2008	172,7	152,4

Tableau 4

Source : INAMI; calculs de M. MOENS

Les augmentations "spectaculaires" des dépenses dans le secteur des soins de santé sont en outre relativisées quand on y intègre l'inflation. Les budgets autorisés pour les dépenses globales de l'INAMI font apparaître, entre 1970 et 2008, un facteur d'augmentation de 25,2 si on compare les chiffres nominaux. Par contre, si on convertit ces objectifs budgétaires en prix constants, ce facteur de croissance n'est "que" de 5,6 (cf. tableau 5). En effet, il faut prendre en compte le fait qu'entre 1970 et 2007, l'indexation a augmenté chaque année en moyenne de 4,15 % (base de l'index décembre 1966). La croissance annuelle moyenne du budget total de l'INAMI durant la période 1970-2008 a été de 8,86 % en valeur nominale et de 4,63% en valeur constante.

**Evolution objectifs budgétaires INAMI en prix nominaux et constants (base de l'index décembre 1966)**

Année	Total INAMI		Par rapport à 1970 = 100	
	Nominal (millions d'euros)	constant (1970 = 100)	nominal	constant
1970	850,868	850,868	100,0	100,0
1980	3.341,707	1.607,317	392,7	188,9
1990	7.070,908	2.221,564	831,0	261,2
1995	10.096,258	2.794,957	1.168,0	328,5
2000	12.412,731	3.308,151	1.306,7	388,8
2005	17.332,173	4.033,008	2.037,0	474,0
2006	18.454,063	4.224,954	2.168,9	496,5
2007	19.618,653	4.355,795	2.305,7	511,9
2008	21.433,957	(4.758,834*)	2.519,1	559,3

Tableau 5

\* basé sur l'index décembre 2007

Source : INAMI, calculs de M. MOENS

Le tableau 6 montre les dépenses de l'INAMI pour les honoraires médicaux sur la période 1995-2007 en prix nominaux et constants. La croissance annuelle moyenne en valeur nominale sur cette période a atteint 4,77% (sur cette même période, le budget global de l'INAMI a connu une progression annuelle moyenne en valeur nominale de 5,83%) et en valeur constante de 2,75% (sur cette même période, le budget global de l'INAMI a connu une progression annuelle moyenne en valeur constante de 3,76%).



Entre 1995 et 2007, l'index a connu une progression annuelle moyenne de 2,01% (base de l'index 1988). Pour l'année 2007, les estimations les plus récentes ont été utilisées car les dépenses ne sont pas encore connues en ce moment.

**Evolution dépenses INAMI honoraires médicaux en prix nominaux et constants (base de l'index 1988) (mois de l'index novembre)**

Année	En valeur nominale (millions d'euros)	En valeur constante (1995 = 100) (millions d'euros)	Par rapport à 1995 = 100	
			En valeur nominale	En valeur constante
1995	3.349,48	3.349,48	100,00	100,00
1996	3.683,10	3.598,15	109,96	107,42
1997	3.477,47	3.349,83	103,82	100,01
1998	3.707,79	3.551,29	110,70	106,03
1999	3.905,49	3.684,23	116,60	109,99
2000	4.102,33	3.733,76	122,48	111,47
2001	4.344,03	3.891,74	129,69	116,19
2002	4.291,48	3.802,89	128,12	113,54
2003	4.623,62	4.022,51	138,04	120,09
2004	5.062,60	4.294,44	151,15	128,21
2005	5.240,97	4.334,98	156,47	129,42
2006	5.292,30	4.313,30	158,00	128,78
2007*	5.858,39	4.638,15	174,90	138,47

Tableau 6

\* Note CGSS 2007/100 du 02.10.2007: réestimation 2007

Source : INAMI, calculs de M. MOENS

Lorsqu'il s'agit de dépenses dans le secteur des soins de santé, l'attention des médias se porte volontiers d'abord sur le secteur des honoraires médicaux. Le tableau 7 indique que, durant la période 1995-2007, ces dépenses ont été huit fois inférieures à l'objectif budgétaire et elles ont dépassé cinq fois l'objectif. Sur la période 1995-2006, il a été dépensé 288,304 millions d'euros, soit 0,56 %, de moins que le montant budgété. Il est très probable que ce solde positif augmentera encore quand les chiffres pour l'année complète 2007 seront connus.

**HONORAIRES MEDICAUX : comparaison objectifs budgétaires par rapport aux dépenses (en millions d'euros)**

Année	Objectif budgétaire (1)	Dépenses (2)	Différence (1) – (2)	
			En millions d'euros	en %
1995	3.463,511	3.349,478	+ 114,033	+ 3,29
1996	3.446,484	3.683,100	- 236,616	- 6,87
1997	3.523,075	3.477,473	+ 45,602	+ 1,29
1998	3.757,716	3.707,786	+ 49,930	+ 1,33
1999	3.920,920	3.905,488	+ 15,432	+ 0,39
2000	3.999,748	4.102,332	- 102,584	- 2,56
2001	4.240,394	4.344,032	- 103,638	- 2,44
2002	4.502,021	4.291,476	+ 210,545	+ 4,68
2003	4.746,977	4.623,615	+ 123,362	+ 2,60
2004	5.012,268	5.062,601	- 50,333	- 1,00
2005	5.222,722	5.204,972	- 18,250	- 0,35
2006	5.533,123	5.292,302	+ 240,821	+ 4,35
Total	51.368,959	51.080,655	+ 288,304	+ 0,56
2007	5.907,005	5.858,393*	+ 48,612*	+ 0,82*
2008	6.094,825	-	-	-

Tableau 7

\* Note CGSS 2007/100 du 02.10.2007 : réestimation 2007

Source : INAMI

Le tableau 8 montre que durant cette même période, les dépenses totales de l'INAMI pour les soins de santé sont par contre restées seulement cinq fois au-dessous de l'objectif budgétaire et qu'elles l'ont dépassé huit fois. Les dépassements sur la période 1995-2006 sont plus importants que les sous-utilisations car il a été dépensé 941,874 millions d'euros, soit 0,58 %, de plus que le montant budgété.

Le solde positif estimé provisoirement à 152,285 millions d'euros pour 2007 ne peut plus renverser la tendance.

**TOTAL dépenses INAMI pour les soins de santé : comparaison objectifs budgétaires par rapport aux dépenses (en millions d'euros)**

Année	Objectif budgétaire (1)	Dépenses (2)	Différence (1) – (2)	
			En millions d'euros	en %
1995	10.096,258	9.938,185	+ 158,073	+ 1,57
1996	10.371,293	10.957,280	- 585,987	- 5,65
1997	10.617,281	10.655,693	- 38,412	- 0,36
1998	11.229,576	11.294,044	- 64,468	- 0,57
1999	11.844,784	12.029,023	- 184,239	- 1,56
2000	12.412,731	12.820,059	- 407,328	- 3,28
2001	13.455,658	13.774,374	- 318,716	- 2,37
2002	14.416,558	14.162,558	+ 254,000	+ 1,76
2003	15.341,822	15.383,682	- 41,860	- 0,27
2004	16.257,831	16.771,517	- 513,686	- 3,16
2005	17.332,173	17.250,196	+ 81,977	+ 0,47
2006	18.454,063	17.735,291	+ 718,772	+ 3,89
Total	161.830,028	162.771,902	- 941,874	- 0,58
2007	19.618,653	19.466,368*	+ 152,285*	+ 0,78*
2008	21.433,957		-	-

Tableau 8

\* Note CGSS 2007/100 du 02.10.2007: réestimation 2007

Source : INAMI

Comme nous le prouvons depuis des années, les tableaux 7 et 8 montrent que les médecins ne sont pas les “big spenders” du système. Ceux qui nous critiquent ripostent immédiatement en déclarant que les médecins induisent tous les autres frais, comme les médicaments et les implants, les soins infirmiers et de kinésithérapie, etc. Avec un tel raisonnement, autant arrêter tout de suite de dispenser des soins. Ou les limiter considérablement. Assez étrangement, certains cardiologues tiennent des propos sévères en la matière. Ainsi, le Prof. ém. Dr Hugo KESTELOOT, cardiologue-épidémiologiste à la KULeuven, a proposé en 2004 de ne plus rembourser les soins pour des patients âgés de plus de 85 ans<sup>134</sup>. On peut également citer le Professeur Dr Pedro BRUGADA, cardiologue et rythmologue catalan et flamand réputé mondialement, qui, après son départ de l'hôpital de tendance catholique Onze Lieve-Vrouw-Ziekenhuis d'Alost, pour rejoindre l'Hôpital universitaire de la VUB sans aucune appartenance confessionnelle, a plaidé pour

<sup>134</sup> “Draai de geldkraan voor 85-plussers dicht”. Prof. Hugo Kesteloot. De Tijd, 08.04.2004.

l'arrêt des soins pour les patients n'ayant pas des habitudes de vie saines et pour la limitation des moyens pour les patients en stade terminal<sup>135</sup>.

Les mutuelles entendent-elles nous apprendre ce que sont ces habitudes de vie saines? Allons-nous être contraints de vivre sainement? Ou utilisent-elles l'engouement pour la santé dans des combats multimédiatiques uniquement afin de se faire mutuellement concurrence et subtiliser de préférence des membres jeunes et bien portants aux autres organismes assureurs? En 2007, la Mutualité libre Partena a remboursé le Becel réducteur du cholestérol et les Mutualités socialistes une séance de sauna. Les journaux publient des aperçus des extras offerts par certaines mutuelles<sup>136</sup>. Apparemment, cela marche puisque les deux mutuelles ont vu leur nombre de membres progresser, principalement aux dépens de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes qui a fêté son 100<sup>e</sup> anniversaire à la fin de l'année 2006. Le Journal du médecin a calculé que les MC perdent chaque année 17.000 membres<sup>137</sup>.

Une petite partie des frais administratifs pour les organismes assureurs peut être utilisée pour l'information dans le domaine de la santé. Afin de pouvoir objectiver les propos acides tenus régulièrement par certains médecins (généralistes) qui prétendent que les dépenses pour les frais administratifs des mutuelles sont supérieures à celles pour la médecine générale, nous avons examiné l'évolution des montants que les mutuelles reçoivent pour financer leurs frais administratifs (cf. 9). Il en ressort que la croissance annuelle moyenne pour la période 1986-2006 (en valeur nominale) pour les organismes assureurs se monte à 3,36 % tandis que la croissance pour les honoraires médicaux durant la même période atteint 3,98 %.

---

<sup>135</sup> "Uw tijd gaat nu in". Knack, 14.02.2007.

<sup>136</sup> "Votre mutualité vous gêne-t-elle?" La Capitale, 29.08.2007.

<sup>137</sup> "CM 'verloor' half miljoen leden". Artsenkrant, 06.07.2007.

**Dépenses pour les frais administratifs des organismes assureurs vs dépenses INAMI pour les honoraires médicaux (en millions d'euros) (hors Caisse auxiliaire et SNCB)**

	Frais administratifs O.A. *		Dépenses INAMI pour les honoraires médicaux	
	montant	Augmentation par rapport à l'année précédente	montant	Augmentation par rapport à l'année précédente
1986	445,628	-	2.426,7	-
1987	460,958	+ 1,17	2.644,4	+ 8,97
1988	460,958	+ 0,00	2.626,0	-0,69
1989	475,956	+ 3,25	2.800,2	+ 6,63
1990	494,002	+ 3,79	2.944,6	+ 5,15
1991	511,900	+ 3,62	3.194,1	+ 8,48
1992	528,782	+ 3,30	3.379,0	+ 5,79
1993	554,513	+ 4,86	3.298,3	-2,39
1994	571,023	+ 2,98	3.235,5	- 1,90
1995	585,574	+ 2,55	3.349,5	+ 3,52
1996	602,480	+ 2,89	3.683,1	+ 9,96
1997	624,593	+ 3,67	3.477,5	-5,58
1998	639,664	+ 2,42	3.707,8	+ 6,62
1999	647,572	+ 1,24	3.905,5	+ 5,33
2000	670,272	+ 3,51	4.102,3	+ 5,04
2001	696,881	+ 3,97	4.344,0	+ 5,21
2002	732,074	+ 5,05	4.291,5	-1,21
2003	766,483	+ 4,70	4.623,6	+ 7,74
2004	802,661	+ 4,72	5.062,6	+ 9,49
2005	831,364	+ 3,58	5.241,0	+ 3,52
2006	863,156	+ 3,82	5.292,3	+ 0,98
2007	895,524	+ 3,75	(5.858,4**)	(+10,70)
2008***	946,248	+ 5,66	-	-

Tableau 9

- Sources :
- \* Moniteur belge (jusque 1999) et site INAMI budget de l'assurance soins de santé et indemnités (2000-2007)
  - \*\* Note INAMI CGSS 2007/100 du 02.10.2007 : réestimation 2007
  - \*\*\* Note INAMI CGSS/129 corr. du 17.12.2007 (y inclus 11,410 millions d'euros pour les frais administratifs petits risques indépendants)

A ce propos, il convient également de remarquer que les frais administratifs des Organismes assureurs se répartissent entre, d'une part, le secteur soins de santé et, d'autre part, le secteur indemnités. Le tableau 10 montre l'évolution des frais administratifs depuis l'année 2000 pour les deux sous-secteurs et pour le total. Il est possible de déduire de ces chiffres que 81,7 % en moyenne des frais administratifs des O.A. sont utilisés pour le secteur soins de santé.

**Total frais administratifs O.A. (en millions d'euros)**

Année	Soins de santé	Indemnités	Total
2000	586,322	134,361	720,683
2001	609,639	139,582	749,221
2002	640,763	145,874	786,637
2003	670,548	158,285	828,833
2004	699,381	162,473	861,854
2005	726,563	168,365	894,928
2006	763,063	165,960	929,023
2007	786,011	170,882	956,893
(2008*	799,679	162,662	962,341)

Tableau 10

Sources : - Site de l'INAMI : budget de l'assurance soins de santé et indemnités (années 2000-2007)

\* Note INAMI CGSS/129 corr. du 17.12.2007 (y inclus 11,410 millions d'euros pour les frais administratifs petits risques indépendants; hors intérêts éventuels et % sur récupérations)

Le tableau 11 montre cette même évolution exprimée par rapport à 2000 comme année de référence à laquelle la valeur 100 est attribuée. On constate que les frais administratifs pour les soins de santé augmentent plus rapidement que ceux pour les indemnités.

**Total frais administratifs O.A. par rapport à 2000 = 100,00**

Année	Soins de santé	Indemnités	Total
2001	103,98	103,89	103,96
2002	109,29	108,57	109,15
2003	114,37	117,81	115,01
2004	119,28	120,92	119,59
2005	123,92	125,31	124,18
2006	130,14	123,52	128,91
2007	134,06	127,18	132,78
2008	136,39	121,06	133,53

Tableau 11

Source : INAMI (idem tableau 10)

Le tableau 12 compare l'évolution des frais administratifs des O.A. avec l'évolution des dépenses totales de l'INAMI pour les soins de santé et avec les dépenses de l'INAMI pour les honoraires médicaux, par rapport à l'année 2000, année de référence à laquelle la valeur 100,00 est attribuée.

**Comparaison des frais administratifs totaux O.A. par rapport aux dépenses totales de l'INAMI pour les soins de santé et les dépenses de l'INAMI pour les honoraires médicaux (2000 = 100)**

Année	Total frais administratifs O.A. (1)	Total dépenses INAMI pour honoraires médicaux (2)	Total dépenses INAMI pour soins de santé (3)
2001	103,96	105,89	107,44
2002	109,15	104,61	110,47
2003	115,01	112,71	120,00
2004	119,59	123,41	130,82
2005	124,18	127,76	134,56
2006	128,91	129,01	138,34
2007	132,78	142,81*	151,84*
2008	133,53**	-	-

Tableau 12

Source : INAMI

(1) cf. tableaux 10 et 11

(2) cf. tableau 7

(3) cf. tableau 8

\* Note CGSS 2007/100 du 02.10.2007: réestimation 2007

\*\* Note CGSS 2007/129 corr. du 17.12.2007

Le tableau 13 compare les frais administratifs des O.A. par rapport aux dépenses de l'INAMI pour, d'une part, les honoraires des médecins généralistes et, d'autre part, les honoraires des spécialistes.

**Comparaison des dépenses INAMI pour les honoraires des médecins généralistes/spécialistes et des frais administratifs des O.A.**

Année	Médecins généralistes	Frais administratifs des O.A.	Spécialistes
1996	605,415	602,480	3.076,107
1997	604,007	624,593	2.871,870
1998	624,907	639,664	3.081,158
1999	658,064	647,572	3.245,691
2000	669,834	670,272	3.432,494
2001	691,869	696,881	3.652,167
2002	717,317	732,074	3.574,161
2003	799,747	766,483	3.823,869
2004	869,531	802,661	4.193,068
2005	912,699	831,364	4.328,273
2006	1.008,993*	863,156	4.521,906*

Tableau 13

Source : Actuariat INAMI

\* Données provisoires, basées sur l'estimation technique revue 5/2006

Si nous exprimons ces données dans le tableau 14 par rapport à 1996 comme année de référence avec la valeur 100,0, nous remarquons que sur une période de 10 ans, les dépenses de l'INAMI pour les honoraires des médecins généralistes ont augmenté de 66,7 %, celles pour les honoraires des spécialistes de 47,0 % et celles pour les frais administratifs des O.A. de 43,3 %. Durant la même période, le nombre de généralistes est passé de 12.294 à 14.162, soit une augmentation de 15,2 %, et le nombre de spécialistes de 16.049 à 20.371, soit une augmentation de 26,9 % (cf. point IV. 3. Accréditation, tableau 15).

**Comparaison dépenses INAMI pour les honoraires des médecins généralistes/spécialistes et frais administratifs O.A. par rapport à 1996 = 100,0**

Année	Généralistes	Frais administratifs O.A.	Spécialistes
1997	99,8	103,7	93,4
1998	103,2	106,2	100,2
1999	108,7	107,5	105,5
2000	110,6	111,3	111,6
2001	114,3	115,7	118,7
2002	118,5	121,5	116,2
2003	132,1	127,2	124,3
2004	143,6	133,2	136,3
2005	150,8	138,0	140,7
2006	166,7*	143,3	147,0*

Tableau 14

Source : Actuariat INAMI, calculs du Dr M. MOENS

\* Données provisoires, basées sur l'estimation technique revue 5/2006

Pendant ce temps, d'aucuns s'inquiètent de plus en plus de voir les principes de la libre économie de marché conduire à une commercialisation des soins de santé<sup>138</sup>. En Allemagne, aux Pays-Bas, en Suède, en Norvège, en France et en Espagne, certains groupes cotés en Bourse ont comme activité entre autres l'exploitation d'hôpitaux. La loi sur les hôpitaux belge et la complexité de la législation belge empêchent encore peut-être provisoirement les Capiro (Suède), Rhön Klinikum (Allemagne) ou Générale de Santé (France). Mais, entre-temps, des groupes financiers procèdent déjà à des acquisitions dans le secteur des maisons de repos et très récemment aussi dans le secteur des laboratoires cliniques. C'est devenu possible grâce à la modification par la loi du 24 mai 2005<sup>139</sup> rendant possible, depuis le 01.12.2005, l'exploitation d'un laboratoire de biologie clinique également par des non-biologistes cliniques. Il est possible que le groupe suédois Capiro ait inspiré le trust financier néerlandais Waterland puisque Capiro a lui aussi entamé son développement en Europe par la biologie clinique. Waterland compte parmi ses conseillers rémunérés l'ancien ministre de la Santé publique et ancien coryphée SP-A Marcel COLLA<sup>140</sup>. Waterland Private Equity Investments a également repris de grands laboratoires flamands fin 2007 et notamment un qui exploite un laboratoire hospitalier<sup>141</sup>.

### IV. 3 Accréditation

La transition des Unités de formation continue (UFC) aux Credit Points (CP) est intervenue en 2007 sans heurt. Par contre, des étapes plus importantes dans le domaine de l'internationalisation via l'European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME) ont été difficiles. Veiller à une harmonisation au niveau européen n'est pas toujours chose aisée. De même, le possible "public private partnership" avec l'INAMI pour développer des formes plus onéreuses d'initiatives interactives de "learning on distance" est pour ainsi dire bloqué dans les starting-blocks, et ce bien qu'il y ait un intérêt. Ce n'est par conséquent pas un

<sup>138</sup> "Commercialisering rukt op". De Standaard, 17.02.2007.

<sup>139</sup> Loi du 24.05.2005 modifiant l'arrêté royal n° 143 du 30 décembre 1982 fixant les conditions auxquelles les laboratoires doivent répondre en vue de l'intervention de l'assurance maladie pour les prestations de biologie clinique (M.B. du 02.09.2005)

<sup>140</sup> <http://www.waterland.nu/NL/teamwork/industryexperts.htm>

<sup>141</sup> "Vermarketing slaat toe in klinische biologie". De Huisarts, 17.01.2008.

hasard si le point 7.2. de l'accord médico-mutualiste du 12.12.2007 dit à ce sujet : *"Des programmes de formation médicale continue à distance peuvent contribuer via des techniques de formation spécifiques et innovantes à garantir un service de haute qualité. La CNMM demande au Groupe de direction Accréditation de créer un cadre clair pour assurer un développement correct de ces programmes avec une attention continue pour le maintien de contenus formatifs indépendants."*

L'équipe administrative du groupe de direction de l'accréditation a travaillé d'arrache-pied à l'informatisation du système, de concert avec plusieurs membres des unions qui sont impliqués étroitement sur le terrain dans le train-train de la formation médicale continue. Notre collaborateur pour l'accréditation, Koen SCHRIJE, y prend une part active pour le GBS. Les membres du groupe de direction de l'accréditation qui en ont exprimé le désir ont reçu par voie électronique pour la première fois les activités à approuver pour la réunion du 16.01.2008. D'ici la fin 2008, toutes les étapes importantes du processus de l'accréditation devraient s'effectuer par voie électronique.

Ci-après je donne une nouvelle fois la situation annuelle concernant le nombre de médecins accrédités par rapport au nombre de consœurs et confrères enregistrés auprès de l'INAMI. Le tableau 15 présente comme d'habitude le classement des différentes spécialités en allant du groupe comptant le plus d'accrédités au groupe qui en compte le moins à la date du 01.02.2008. Cela fait des années que les dermatologues arrivent en tête de ce classement tandis qu'en queue de peloton, nous retrouvons comme d'habitude les chirurgiens plastiques et les stomatologues. Ce serait totalement inexact d'en conclure que les spécialistes de la voiture balai de l'accréditation ne suivent pas une formation continue. L'explication est très probablement que l'incitant financier que représente le forfait accréditation (547,14 € en 2007, avec l'indexation porté à 556,00 € en 2008) et le modeste supplément accréditation pour leur consultation (Q30 = 0,87 €) ne pèsent pas suffisamment face à la charge administrative pour obtenir l'accréditation.



### Comparaison nombre de médecins accrédités 01.02.2007 - 01.02.2008

2008		Nombre d'actifs		Nombre d'accrédités		% d'accrédités	
		01.02.2007	01.02.2008	01.02.2007	01.02.2008	01.02.2007	01.02.2008
	Médecins 001-002	2.217	2.290	0	0	0,00	0,00
	Généralistes 003-004	14.295	14.205	9.912	9.990	69,34	70,33
	Généralistes 005-006	554	526	0	0	0,00	0,00
	Généralistes 007-009	907	878	0	0	0,00	0,00
	<b>TOTAL</b>	<b>17.973</b>	<b>17.899</b>	<b>9.912</b>	<b>9.990</b>	<b>55,15</b>	<b>55,81</b>
	Médecin spécialiste en formation (MACS)	3.606	3.465	0	3	0,00	0,09
1	Gériatrie	0	1	0	1	0,00	100,00
2	Dermato-vénérologie	686	704	546	567	79,59	80,54
3	Ophtalmologie	1.034	1.064	808	842	78,14	79,14
4	Gastro-entérologie	501	529	378	417	75,45	78,83
5	Pneumologie	408	424	304	319	74,51	75,24
6	Anatomie pathologique	310	318	226	238	72,90	74,84
7	Radiologie	1.566	1.588	1.121	1.163	71,58	73,24
8	Neurologie	275	293	201	212	73,09	72,35
9	Médecine physique et physiothérapie	483	492	343	355	71,01	72,15
10	O.R.L.	627	638	442	455	70,49	71,32
11	Urologie	373	384	259	267	69,44	69,53
12	Radiothérapie	182	182	123	124	67,58	68,13
13	Cardiologie	921	998	628	675	68,19	67,64
14	Psychiatrie	1.628	1.679	1.091	1.126	67,01	67,06
15	Rhumatologie	256	254	166	170	64,84	66,93
16	Médecine nucléaire	320	319	207	211	64,69	66,14
17	Gynécologie-obstétrique	1.388	1.421	902	929	64,99	65,38
18	Médecine interne	2.114	2.086	1.305	1.308	61,73	62,70
19	Orthopédie	964	987	604	618	62,66	62,61
20	Anesthésie	1.915	1.990	1.181	1.237	61,67	62,16
21	Pédiatrie	1.485	1.531	892	939	60,07	61,33
22	Biologie clinique	709	702	425	425	59,94	60,54
23	Chirurgie	1.526	1.549	729	760	47,77	49,06
24	Neuropsychiatrie	460	441	212	210	46,09	47,62
25	Médecine aiguë	0	158	0	75	0,00	47,47
26	Neurochirurgie	178	186	83	79	46,63	42,47
27	Stomatologie	305	305	129	129	42,30	42,30
28	Chirurgie plastique	224	232	85	88	37,95	37,93
29	Soins d'urgence	0	0	0	0	0,00	0,00
	TOTAL SPECIALISTES	20.838	21.455	13.390	13.939	64,26	64,97
	TOTAL SPECIALISTES + MACS	24.444	24.920	13.390	13.942	54,78	55,95
	TOTAL GENERAL	42.417	42.819	23.302	23.932	54,94	55,89

Tableau 15

Source : Groupe de direction de l'accréditation INAMI 01.02.2008 et rapport annuel du GBS du 03.02.2007 Dr M. MOENS

Le tableau 16 montre l'évolution entre 1996 et 2008 du nombre de médecins enregistrés auprès de l'INAMI et le pourcentage de médecins accrédités.

### Evolution du nombre de médecins et pourcentage de l'accréditation

Année	Généralistes (003-004)		Médecins de médecine générale (000 à 009)		MACS	Spécialistes		Nombre total de médecins	
	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

Tableau 16

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

A = nombre absolu

B = % d'accrédités

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

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

Les tableaux 15 et 16 permettent naturellement d'autres constats, notamment concernant l'estimation des besoins en médecins (spécialisés) et la problématique du numerus clausus. Le tout premier spécialiste ayant une agrégation de base en gériatrie est arrivé sur le marché en 2007 et, comme il est accrédité, le pourcentage d'accréditation atteint 100 %. Le tableau 17 résume l'évolution d'un certain nombre de spécialités pour lesquelles, selon certains, une pénurie est "ressentie" (cf. point III.9.).

### Nombre total de médecins avec "pénurie ressentie"

	Nombre d'enregistrés comme actifs auprès de l'INAMI						
	01.02.02	01.02.03	01.02.04	01.02.05	01.02.06	01.02.07	01.02.08
Médecins 001-002	3.809	3.693	3.606	2.000	2.340	2.217	2.290
Généralistes 003-004	13.640	13.781	13.953	14.040	14.162	14.295	14.205
Généralistes 005-006	753	748	718	717	671	554	526
Généralistes 007-009	3	2	2	1.575	976	907	878
<b>TOTAL</b>	18.205	18.224	18.279	18.332	18.149	17.973	17.899
Médecin spécialiste en formation (MACS)	3.383	3.459	3.698	3.505	3.635	3.606	3.465
Gériatrie	0	0	0	0	0	0	1
Neuropsychiatrie	1.378	1.358	1.335	562	477	460	441
Neurologie	168	183	208	227	256	275	293
Psychiatrie	527	595	656	1.448	1.569	1.628	1.679
Médecine physique et physiothérapie	431	434	443	452	472	483	492
Pédiatrie	1.320	1.361	1.374	1.400	1.443	1.485	1.531
<b>TOTAL SPECIALISTES</b>	18.565	19.069	19.462	19.872	20.371	20.838	21.455
<b>TOTAL SPECIALISTES + MACS</b>	21.948	22.528	23.160	23.377	24.006	24.444	24.920
<b>TOTAL GENERAL</b>	40.153	40.752	41.439	41.713	42.155	42.417	42.819

Tableau 17

Source : Groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI 01.02.2008 et rapports annuels du GBS Dr M. MOENS

## V. Oncologie

Dans le contexte des élections du 10.06.2007, le président du PS Elio DI RUPO, flanqué de Rudy DEMOTTE, à cet instant ministre fédéral PS des Affaires sociales, et de Philippe BUSQUIN, ancien ministre PS des Affaires sociales, a présenté un plan national contre le cancer<sup>142</sup>.

Dans le gouvernement intérimaire VERHOFSTADT III, la première action politique significative de la nouvelle ministre de la Santé publique, Laurette ONKELINX, après l'approbation de l'accord médico-mutualiste le 21.12.2007, consiste dans le lancement d'un plan national contre le cancer<sup>143</sup>. Par le biais des médias, la ministre annonce son intention d'organiser un débat autour de 6 thématiques – la prévention, le diagnostic, les soins, le soutien au patient, la recherche et l'évaluation – avec chaque fois une vingtaine de spécialistes. Elle n'a heureusement pas opté pour la formule "Dialogues du cancer" car les "Dialogues de la santé" avec lesquels son prédécesseur PS Rudy DEMOTTE avait lancé, le 20.06.2003, son mandat de ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, n'ont pas laissé des souvenirs très agréables. Des conclusions devront être tirées le 10.03.2008 et elles devront déboucher, avant le 23.03.2008, le dernier jour de VERHOSTADT III (?), sur le premier plan national belge contre le cancer<sup>144</sup>. Nombreux sont ceux à retenir leur souffle. La campagne est totalement taillée sur le modèle francophone et le lien entre le Parti Socialiste et les conseillers de la ministre est si étroit que, surtout du côté flamand, on observera les choses avec de la défiance. Sous le ministère de Rudy DEMOTTE, le directeur médical de l'Institut Bordet à Bruxelles, le Prof. Dr Dominique DE VALERIOLA, fille du Dr Yvon DE VALERIOLA, cardiologue et ancien bourgmestre PS de Senefte, jouait assurément le premier violon en Belgique en ce qui concerne l'oncologie. Ce qui n'était pas bon pour le groupe restreint d'oncologues médicaux (qui s'efforcent activement d'obtenir le monopole dans le domaine des soins contre le cancer au détriment des spécialistes d'organe) et/ou pour Bordet, n'était pas bon pour le patient belge atteint d'un cancer.

Elle a remis totalement en question le concept des soins contre le cancer que Magda AELVOET avait mis en place sous VERHOFSTADT I avec les programmes de soins en oncologie. Les négligences sans nom déparant le Moniteur belge pour quand même faire à son idée contre les avis de la très grande majorité des médecins concernés par les soins contre le cancer, ne présagent rien de bon. J'ai décrit le premier puzzle de sept arrêtés ministériels et royaux en juillet 2006<sup>145</sup>. Le deuxième puzzle avec encore trois pièces supplémentaires était encore un peu plus complexe. Le premier arrêté "De Valeriola" pour les "oncologues médicaux" et les "oncologues"<sup>146</sup> contenait 133 erreurs, de sorte que la publication d'un erratum n'était

---

<sup>142</sup> "Waalse socialisten tegen Belgische kanker". De Morgen, 12.05.2007.

<sup>143</sup> "Le Plan national cancer est lancé". La Libre Belgique, 25.01.2008.

<sup>144</sup> "Minister Onkelinx maakt prioriteit van kankerbestrijding". De Morgen, 25.01.2008.

<sup>145</sup> "Le puzzle de l'oncologie". Le Médecin Spécialiste, n° 4, juillet 2006.

<sup>146</sup> A.M. du 11.05.2007 fixant les critères spéciaux d'agrégation des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale et de la qualification professionnelle particulière en oncologie ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité et cette qualification professionnelle particulière (M.B. du 06.06.2007, p. 30723).

pas envisageable. Le monstre a tout simplement été remplacé par un nouvel arrêté ministériel<sup>147, 148</sup>.

Les spécialistes souhaitant obtenir une compétence complémentaire "et en oncologie" avaient jusqu'au 04.04.2005 pour introduire une demande auprès du SPF Santé publique<sup>149</sup>. A l'automne 2007, ces dossiers ont été tirés de l'oubli. Ceux ayant introduit une demande à l'époque ont reçu, le 08.11.2007, de Michel VAN HOEGAERDEN – sur une affiche Ecolo dans le cadre des élections du 8 octobre 2006 encore présenté comme un "ingénieur civil, chef de projet" mais devenu entre-temps directeur des Soins de santé primaires et Gestion de crise du SPF Santé publique – une circulaire dans laquelle il développe une interprétation qui lui est très personnelle du nouvel arrêté du 26.09.2007. Il oblige les médecins concernés à introduire toutes les demandes d'agrément pour l'obtention des titres professionnels particuliers, tant en oncologie médicale, qu'en oncologie et même en hématologie et oncologie pédiatriques, auprès d'une seule commission d'agrément, "comme par miracle" précisément celle de l'oncologie qui n'existe même pas encore. Seule celle de l'oncologie médicale existe déjà.

Durant la réunion du Conseil supérieur du 13.12.2007, les discussions ont été quelque peu animées mais c'est finalement le bon sens qui a triomphé. L'avis de la majorité (indiscutable) était que la compétence complémentaire "et en oncologie" doit être octroyée par la commission d'agrément dont le spécialiste relève. Le Conseil supérieur doit uniquement rendre un avis. Le ministre fait ensuite à sa guise. Par conséquent, qu'une collaboratrice bien connue du cabinet reste sur ses positions concernant le contenu qui sera donné à l'A.R. fait certainement encore partie des possibilités.

En effet, dans le dossier des cliniques du sein, le Prof. Dominique DE VALERIOLA a tout simplement opté pour le classement vertical de l'avis très détaillé du Conseil national des établissements hospitaliers et de tout un tas d'autres experts. Avec deux arrêtés royaux<sup>150</sup>, le ministre a imposé tellement de règles que, pour la période transitoire durant laquelle il ne faut traiter "que" 100 nouveaux cas de cancer du sein par an, il y a tout au plus 31 hôpitaux belges qui rempliraient les critères<sup>151</sup>. Si le 3<sup>e</sup> alinéa de l'article 3 § 1 venait à entrer en vigueur aujourd'hui au lieu du 01.01.2010, cela veut dire que le nombre minimum de cas par an est alors porté à 150 et, dans un tel cas de figure, seuls 17 hôpitaux rempliraient encore les critères. L'A.R. impose en outre qu'un certain nombre de médecins, parmi lesquels les oncologues médicaux, aient au moins déjà trois ans d'expérience pour que l'hôpital puisse être agréé comme clinique du sein. Toutefois, en l'absence d'un programme de soins dans un rayon de 50 km, les critères minimums ne sont tout d'un coup plus applicables.

Les arrêtés royaux relatifs au titre professionnel en oncologie et aux cliniques du sein ont été soupesés longuement sur le plan juridique (cf. point VI) mais le GBS a

---

<sup>147</sup> A.M. du 26.09.2007 avec titre identique (M.B. du 24.10.2007, p. 55141).

<sup>148</sup> "Le puzzle de l'oncologie : on n'est toujours pas près d'en voir la fin". Le Médecin spécialiste, n° spécial, Décembre 2007.

<sup>149</sup> "3.000 specialisten wachten op beroepstitel". De Huisarts, 02.03.2006.

<sup>150</sup> A.R. du 26.04.2007 fixant les normes auxquelles le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein doit satisfaire pour être agréé (M.B. du 20.07.2007).

<sup>151</sup> "Cliniques du sein: à peine 31 sur 108 répondent". Le Soir 14.08.2007.

finalement décidé de ne pas introduire de recours devant le Conseil d'Etat. Ce n'est pas parce qu'un arrêté royal n'est pas bénéfique pour le patient et est insultant pour les médecins que le Conseil d'Etat peut l'annuler ou le suspendre. En ce qui concerne l'A.R. sur les cliniques du sein, cinq autres parties se sont par contre tournées vers les tribunaux : la Clinique Notre-Dame de Grâce à Gosselies<sup>152</sup>, l'asbl «Providence des Malades et Mutualité chrétienne», l'asbl «Association francophone d'Institutions de Santé», l'asbl «Fédération des Institutions hospitalières» et l'asbl «Clinique de l'Europe»<sup>153</sup>. Est-ce un hasard si les cinq plaignants sont tous francophones?

## VI. Procédures juridiques

Dans la droite ligne de la stratégie adoptée en 2006, le comité directeur ne décide d'introduire un recours en suspension ou en annulation devant le Conseil d'Etat ou devant la Cour constitutionnelle<sup>154</sup> que lorsqu'il estime que les motifs juridiques sont suffisants. Les chances de réussite sont évaluées après avoir sollicité un avis juridique externe. A ce égard, au cours de l'année écoulée, nous avons renoncé à engager une procédure contre les arrêtés relatifs aux cliniques du sein<sup>155</sup> et à l'oncologie<sup>156</sup>. D'autres en revanche ont opté en faveur d'un recours en justice notamment contre l'arrêté portant sur les cliniques du sein<sup>157</sup>. L'avenir nous dira si nous avons bien estimé nos chances de succès. Dans la mesure du possible, les recours sont introduits conjointement avec d'autres organisations de médecins afin de mieux pouvoir répartir les frais financiers liés à ce type de procédure.

Comme c'est notre habitude, nous vous donnons ci-après un résumé succinct des différents arrêts rendus à la suite d'un recours en suspension ou en annulation introduit ou cofinancé par le GBS.

---

<sup>152</sup> Avis prescrit par l'article 3<sup>quater</sup> de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'Etat (M.B. du 31.10.2007).

<sup>153</sup> Avis prescrit par l'article 3<sup>quater</sup> de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'Etat (M.B. du 05.12.2007, pp. 60117 à 60119)

<sup>154</sup> Nouvelle dénomination depuis mai 2007, anciennement appelée "Cour d'arbitrage"

<sup>155</sup> A.R. du 26.04.2007 fixant les normes auxquelles le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein doit satisfaire pour être agréé (M.B. du 20.07.2007)

<sup>156</sup> A.M. du 11 mai 2007 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale et de la qualification professionnelle particulière en oncologie ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité et cette qualification professionnelle particulière (M.B. du 06.06.2007)

A.M. du 26 septembre 2007 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale et de la qualification professionnelle particulière en oncologie ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité et cette qualification professionnelle particulière (M.B. du 24.10.2007)

<sup>157</sup> Cf. point V.

## **VI.1. Recours introduits ou cofinancés par le GBS en 2007**

### **VI.1.1. *Le décret flamand relatif au système d'information santé***<sup>158</sup>

Le décret de la Communauté flamande donne le jour à une version flamande de Be-Health. Celle-ci est toutefois beaucoup plus radicale. Ainsi, les médecins ne collaborant pas à ce système ne peuvent plus faire valoir de droit à une intervention financière des pouvoirs publics flamands. Les médecins généralistes et les pédiatres ne pourront plus commander de doses de vaccin à moins d'intégrer Fla-Health. Les infrastructures hospitalières devant obtenir l'agrément de la Communauté flamande ne pourront plus solliciter de subsides.

La principale pierre d'achoppement concerne la création d'une grande banque de données avec les données médicales de la totalité des patients. La manière dont la banque de données médicales a été imaginée par le décret n'est pas compatible avec la loi sur la protection de la vie privée. Ce qui a pu être évité dans le cadre de Be-Health n'a pas pu l'être dans le cadre de Fla-Health. De plus, les deux systèmes Be-Health et Fla-Health ne sont absolument pas en harmonie l'un avec l'autre. Dans le futur, ils devraient fonctionner côte à côte.

Le dossier a été plaidé devant la Cour constitutionnelle le 18 décembre 2007. La décision de la Cour n'est toutefois pas encore connue.

### **VI.1.2. *Suppléments pour les patients ambulatoires à l'hôpital***

L'article 102 de la loi du 1<sup>er</sup> mars 2007<sup>159</sup> stipule qu'à l'article 50 de la loi S.S.I., il est inséré un § 3bis rédigé comme suit : *"Sans préjudice de la disposition du § 3, dernier alinéa, les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins au moment où les soins sont dispensés."*

Cette disposition a fait l'objet de nombreuses discussions avec le cabinet de DEMOTTE, pour la première fois le 11 juillet 2006, le jour de la fête de la Communauté flamande. La mutualité socialiste surtout, avec le soutien implicite du président des MC Marc JUSTAERT, a fait du lobbying en faveur de l'introduction de cette disposition. L'exécution de cette disposition se heurte à d'importants problèmes pratiques. L'établissement hospitalier doit fournir l'information préalablement à la prise d'un rendez-vous pour une consultation par le patient. Si cette information est mal transmise, le médecin en fait les frais, et ce alors qu'il n'a lui-même aucune influence sur la transmission de l'information. Les médecins déconventionnés sont alors tenus d'appliquer les tarifs INAMI, non seulement pour la consultation mais également pour les prestations techniques effectuées. Même si tout se passe dans les règles, il subsiste un problème pour apporter la preuve que cette information a effectivement été communiquée. L'affichage de l'information dans le hall d'entrée de l'hôpital suffisait dans le cadre des précédentes dispositions mais n'est plus suffisant

---

<sup>158</sup> Décret flamand du 16.06.2006 (M.B. du 07.09.2006)

<sup>159</sup> Loi du 1<sup>er</sup> mars 2007 portant des dispositions diverses (III) (M.B. du 14.03.2007)

avec cette nouvelle disposition. De même, placer cette information sur le site web de l'hôpital est insuffisant stricto sensu.

Le GBS s'est joint à cette procédure pour le recours introduit par l'ABSyM devant la Cour constitutionnelle afin de défendre le droit à des honoraires libres.

#### VI.1.3. **Radiothérapie – redevance annuelle appelée par l'AFCN <sup>(160)</sup> à charge des laboratoires in vivo**

L'année dernière, vous aviez encore pu lire le titre ci-dessus avec une différence minime sous la rubrique arrêts<sup>161</sup>. En effet, en 2006, le Conseil d'Etat avait, en son arrêt n° 164.522 du 8 novembre 2006, annulé les articles 2 et 7 de l'A.R. du 24 août 2001<sup>162</sup> dans la mesure où la redevance annuelle pour le traitement des déchets radioactifs dans le cadre de l'exploitation d'un laboratoire in vivo ne concernait pas le paiement d'un service rendu par l'AFCN aux laboratoires concernés.

Dans ce dossier pourtant, l'Etat belge tente d'appliquer le principe du "qui perd gagne". En effet, l'AFCN ne dispose pas des moyens financiers nécessaires pour procéder au remboursement des redevances perçues indûment et illégalement. Afin de pouvoir échapper aux conséquences financières de cette annulation, juste avant sa dissolution, le Parlement<sup>163</sup> a voté une loi<sup>164</sup> avec effet rétroactif jusqu'en 2001, dans le but de procurer un nouveau fondement légal à cette redevance perçue par l'AFCN.

L'Union professionnelle de Radiothérapie, de concert avec les chefs de service de plusieurs services de radiothérapie, a décidé d'introduire un recours en annulation devant la Cour constitutionnelle dénonçant notamment la mauvaise gestion.

### VI.2. Arrêts

#### VI.2.1. **A.R. du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (M.B. du 30.05.2002)**

Dans le cadre de l'A.R. du 25.04.2002, les hôpitaux universitaires ont été injustement privilégiés par rapport aux autres hôpitaux. La sous-partie B7 (A et B) du budget des moyens financiers est alimentée notamment avec la ponction d'un certain montant du budget global des honoraires de la biologie clinique, de l'imagerie médicale, de la dialyse et des journées d'hospitalisation forfaitaires.

La sous-partie B7B est destinée aux hôpitaux non universitaires bénéficiant d'un financement pour le financement, l'évaluation et l'application des nouvelles

---

<sup>160</sup> Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire

<sup>161</sup> Rapport annuel 2006 du GBS. Réglementer jusqu'à ce que mort s'ensuive point VI.2.3. (03.02.2007)

<sup>162</sup> A.R. du 24 août 2001 fixant le montant et le mode de paiement des redevances perçues en application de la réglementation relative aux rayonnements ionisants (M.B. du 30.08.2001)

<sup>163</sup> Vote à la Chambre le 26.04.2007. Vote au Sénat le 27.04.2007. Dissolution du Parlement le 02.05.2007.

<sup>164</sup> 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)

technologies médicales et/ou formation. Les conditions à remplir pour pouvoir bénéficier de ce financement supplémentaire ont toutefois été définies de telle façon que, dans la pratique, aucun hôpital n'est en mesure de les remplir (notamment perception centrale de tous les honoraires, un médecin hospitalier exprimé en équivalent temps plein par 3 lits agréés, plus de 70 % de l'activité hospitalière doivent être effectués par des médecins temps plein, les tarifs de la convention doivent être respectés pour toutes les activités, etc.).

Le recours introduit par le GBS a toutefois été déclaré irrecevable par le Conseil d'Etat pour le motif que moins de la moitié des membres ayant droit de vote étaient présents à la réunion du comité directeur ayant pris la décision d'introduire ledit recours. Pourtant, sauf en ce qui concerne les modifications des statuts, il n'est fixé de quorum de présence ni dans les statuts ni dans la loi sur les unions professionnelles<sup>165</sup> pour que le comité directeur puisse prendre des décisions valables. Cet arrêt est la preuve qu'il est très important que les membres acceptant un mandat de membre effectif ou suppléant assistent effectivement aux réunions du comité directeur.

### VI.2.2. *Psychiatrie*

En 2002, l'Association professionnelle des neurologues et des psychiatres a introduit deux recours en annulation, d'une part, contre l'A.M. fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte et des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infantile<sup>166</sup> et, d'autre part, contre l'A.R. insérant ces titres dans l'A.R. du 25.11.1991<sup>167</sup>.

Le recours en annulation contre l'A.M. a été accueilli partiellement en raison du fait que cet arrêté ministériel avait comme conséquence l'abolition de dispositions concernant la neuropsychiatrie.

Le recours en annulation de l'art. 24 de cet arrêté qui obligeait le médecin spécialiste en psychiatrie à introduire une demande dans les cinq ans à partir de la date d'entrée en vigueur de l'arrêté, en d'autres termes au plus tard le 03.03.2007, pour être agréé comme médecin spécialiste en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte, ou comme médecin spécialiste en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infantile, a toutefois été rejeté.

Chacun sait que depuis 1987<sup>168</sup>, les médecins spécialistes en neuropsychiatrie constituent une "race en voie de disparition" étant donné que depuis cette date, il n'est plus du tout formé de nouveaux neuropsychiatres en tant que tels. Par contre, la base n'a pas encore réalisé que les médecins spécialistes en psychiatrie sont également menacés d'extinction. En effet, depuis l'entrée en vigueur de l'arrêté de 2002, il n'est plus formé de médecins spécialistes en psychiatrie.

---

<sup>165</sup> Loi du 31 mars 1898 sur les unions professionnelles (M.B. du 08.04.1898)

<sup>166</sup> M.B. du 21.02.2002.

<sup>167</sup> A.R. du 07.01.2002 (M.B. du 21.02.2002)

<sup>168</sup> Arrêté ministériel du 29 juillet 1987 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins-spécialistes, des maîtres de stages et des services de stage pour les spécialités de la neurologie et de la psychiatrie (M.B. du 12.08.1987)



A ce jour, 458 médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte, et 134 médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile, sont agréés. Il reste encore 1.036 médecins spécialistes en psychiatrie. Quel sort sera toutefois réservé dans le futur aux médecins spécialistes en psychiatrie si des codes de nomenclature venaient à être créés et réservés aux médecins spécialistes en psychiatrie particulièrement en psychiatrie de l'adulte ou particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile? Compte tenu des moyens financiers limités et de la tendance actuelle de réserver les nouvelles prestations à des groupes strictement délimités, un scénario de ce type n'est pas impensable. Il y a quelques années, les médecins spécialistes en neuropsychiatrie souhaitant continuer à attester des psychothérapies dans le cadre de l'assurance-maladie ont dû opter pour la demande d'un agrément comme médecin spécialiste en psychiatrie. Pour les médecins spécialistes en psychiatrie, les dispositions transitoires pour opter pour l'un (adulte) ou l'autre (infanto-juvénile) sont déjà expirées.

#### VI.2.3. **Début de la formation spécialisée après 6 ans (médecins généralistes) ou après 7 ans (spécialistes)**<sup>169</sup>

Faisant suite à un recours introduit par le GBS, le Conseil d'Etat a décidé le 18.01.2007 l'annulation de l'A.M. du 1<sup>er</sup> octobre 2002 modifiant l'arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes<sup>170</sup>. Cet arrêté prévoyait que les généralistes pouvaient commencer leur formation complémentaire au terme de la 6<sup>e</sup> année. Les spécialistes, en revanche, pouvaient uniquement commencer leur formation spécialisée au terme de la 7<sup>e</sup> année. Cette différence de traitement constituait une discrimination inadmissible entre les deux groupes. L'arrêté annulé a entre-temps déjà été abrogé et remplacé<sup>171</sup>. On a toutefois oublié d'introduire un recours similaire contre l'arrêté ministériel du 21 février 2006<sup>172</sup> fixant les critères d'agrément des médecins généralistes ayant modifié l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2002, de sorte que tout est resté comme avant. Cet arrêt du Conseil d'Etat est à la base d'une discussion sur ce thème, notamment au niveau du Conseil supérieur qui a chargé le KCE<sup>173</sup> de vérifier comment la formation spécialisée est organisée chez nos voisins.

#### VI.2.4. **Médecin chef de service laboratoire de biologie clinique**

Le Conseil d'Etat a, dans son arrêt n° 173.407 du 12 juillet 2007, prononcé l'annulation de l'article 6.4 des critères généraux de l'arrêté ministériel du 30.04.1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage prévoyant que : *"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, à l'exception du laboratoire de biologie clinique. Une fonction de soins intensifs doit y exister ainsi que la possibilité d'effectuer des biopsies et des autopsies. En ce qui*

<sup>169</sup> Arrêt n° 116.915 du Conseil d'Etat – annulation de l'art. 1 de l'A.M. du 1<sup>er</sup> octobre 2002

<sup>170</sup> M.B. du 23.10.2002

<sup>171</sup> A.M. du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes

<sup>172</sup> M.B. du 27.02.2006

<sup>173</sup> KCE: Centre fédéral d'expertise des soins de santé

*concerne les autres spécialités, l'établissement doit au moins pouvoir faire appel à des médecins consultants agréés comme médecins spécialistes".*

Pour l'union professionnelle des biologistes cliniques, il était inadmissible que les candidats médecins spécialistes en biologie clinique puissent être formés dans un laboratoire en dehors de la présence de ne fût-ce qu'un médecin spécialiste en biologie clinique.

Si le raisonnement du Conseil d'Etat pour arriver à l'annulation de la disposition susvisée est appliqué de manière conséquente, cet arrêt peut avoir des conséquences importantes. Pour être agréé comme hôpital, conformément au raisonnement suivi par le Conseil d'Etat, le laboratoire de biologie clinique dans un hôpital doit être dirigé par un médecin spécialiste en biologie clinique. Selon l'annuaire statistique de la biologie clinique de l'ISSP, seuls 63 (= 57,3 %) des 110 laboratoires hospitaliers belges sont dirigés par un médecin spécialiste en biologie clinique tandis que 47 (= 42,7 %) le sont par un non-médecin : 42 par un pharmacien-spécialiste en biologie clinique, 2 par un licencié en sciences habilité à attester les prestations de biologie clinique et 3 par un connexiste.

Une lettre a été envoyée aux différents ministres compétents pour leur demander de veiller à ce que la loi soit respectée et, par conséquent, d'enjoindre les hôpitaux de se conformer à l'arrêt du Conseil d'Etat. Sinon, l'agrément de ces 47 hôpitaux est compromis. Les ministres régionaux doivent veiller au respect de la législation fédérale sur les hôpitaux. Dans le cadre de la concertation structurée avec les organisations de médecins et le ministre flamand du Bien-être, le ministre Steven VANACKERE a déclaré au cours de la réunion du 06.12.2007 qu'il souhaitait attendre l'interprétation de l'arrêt du Conseil d'Etat par le ministre fédéral de la Santé publique. De Benoît CEREXHE, ministre bruxellois francophone compétent, nous avons reçu un accusé de réception de notre lettre avec une promesse d'examiner le dossier. De Guy VANHENGEL, ministre bruxellois néerlandophone compétent, et de Paul MAGNETTE, à ce moment encore ministre compétent de la Région wallonne, nous n'avons encore reçu aucune réaction. De même, Didier DONFUT, qui était alors encore ministre des Affaires sociales et de la Santé publique pour les affaires courantes et qui a reçu une copie de la correspondance à titre d'information, n'a pas encore réagi. Par ailleurs, après la formation du gouvernement intérimaire du 21.12.2007, Monsieur DONFUT a repris le poste de ministre du ministre Paul MAGNETTE.

Dans le cadre de sa réunion du 13.12.2007, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a décidé à une grande majorité de conseiller au ministre de la Santé publique de réintroduire l'article 6, 4° mais, cette fois, en laissant tomber les termes *"à l'exception du laboratoire de biologie clinique"*.

## VII. A vol d'oiseau

### VII.1. Ostéopathie

Via la FVIB (Federatie voor Vrije en Intellectuele Beroepen) et le VAS (Vlaams Artsensyndicaat) affilié à la FVIB, le GBS a travaillé d'arrache-pied pour empêcher la création du titre professionnel d'ostéopathe. Les ostéopathes ont eu recours à une loi relativement nouvelle et méconnue<sup>174</sup> pour faire publier une requête en vue d'obtenir la reconnaissance légale de leur titre<sup>175</sup>. Plusieurs unions professionnelles du GBS rejointes par d'autres ont fulminé par écrit contre la requête dans les 60 jours requis après la publication. Début novembre, le Conseil de la consommation a totalement démolé la requête<sup>176</sup>. Comme prescrit par la procédure, le Conseil Supérieur des Indépendants et des PME (CSIPME) doit également rendre un avis. Le 13 décembre 2007, la question a été examinée en détail au niveau de sa "Commission sectorielle n° 13 Professions médicales et paramédicales" et, finalement, le CSIPME a décidé le 22.01.2008 de conseiller au ministre en charge des Classes moyennes de rejeter la demande de reconnaissance du titre professionnel d'ostéopathe. Le Conseil a en effet estimé qu'il n'est pas opportun de réglementer une profession aussi étroitement liée aux professions de soins de santé reconnues uniquement via la compétence du ministre des Classes moyennes.

Il s'agit d'une prise de position importante qui sera très probablement suivie par la ministre Sabine LARUELLE (MR). Dans le cas contraire, une flopée de praticiens de pratiques parallèles risque, via le ministère des Classes moyennes, de pouvoir contourner l'A.R. n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Les "alterneutes" savent en effet pertinemment que l'objet de la Loi du 29.04.1999<sup>177</sup> de l'ancien ministre de la Santé publique et des Pensions Marcel COLLA n'était pas atteint. Pourtant, l'article 2 §1 donnait même une énumération de quatre pratiques non conventionnelles : l'homéopathie, de chiropractie, l'acupuncture et l'ostéopathie. Les pratiques non conventionnelles devaient être qualifiées de conventionnelles et reconnues par arrêté royal sur base de l'article 3 de cette loi. L'article 4 de la loi prévoyait enfin que ces arrêtés royaux devaient être confirmés par la loi avant la fin du sixième mois suivant la date de la publication dudit A.R. Les Verts sous VERHOFSTADT I sont bien parvenus à faire publier un arrêté d'agrément général pour les pratiques non conventionnelles le 19.01.2002<sup>178</sup>. La loi devant confirmer cet A.R. devait par conséquent être publiée au plus tard le 31.07.2002. La petite loi d'une seule phrase faisant au total 5 lignes n'a été promulguée que le 22.08.2002, soit

---

<sup>174</sup> Loi-cadre du 24.09.2006 sur le port du titre professionnel d'une profession intellectuelle prestataire de services et sur le port du titre professionnel d'une profession artisanale (M.B. du 16.11.2006).

<sup>175</sup> Moniteur belge du 31.08.2007 Ed. 3, pp. 45605 à 45625.

<sup>176</sup> "Negatief advies kraakt beroepstitel osteopaat". Artsenkrant 06.11.2007.

<sup>177</sup> Loi du 29.04.1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales (M.B. du 24.06.1999).

<sup>178</sup> A.R. du 04.07.2001 relatif à la reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle (M.B. du 19.01.2002).

22 jours trop tard<sup>179</sup>. Il a encore fallu cinq bonnes semaines pour que la loi soit publiée, soit le 28.09.2002. En réalité, il ne reste plus rien des élans alternatifs de la fin du 20<sup>e</sup> siècle. Il est tout à fait compréhensible que les "alterneutes" aient cherché une voie juridique "alternative" mais ils n'en ont (heureusement) pas trouvé.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a également rendu un avis négatif le 01.09.2007 et a également fait remarquer que toute une série d'articles de la loi du 29.04.1999 portant sur les pratiques non conventionnelles ne sont pas encore entrés en vigueur.

## VII.2. Soins de qualité

Le contrôle et l'amélioration des soins de qualité ont été au centre de l'attention à de nombreux niveaux et sous de multiples formes en 2007. C'est du reste l'objet de notre symposium GBS d'aujourd'hui.

Le droit à la qualité peut être soumis à des pressions lorsque les moyens financiers sont insuffisants pour emprunter un chemin diagnostique et thérapeutique justifié. Les patients ont droit à des soins qui sont conformes à l'état d'avancement de la science. Si le budget des moyens alloués par les pouvoirs publics est insuffisant, de sorte que le remboursement par exemple de certains médicaments est postposé ou refusé, le patient est privé d'un droit à une chance. Les médecins se retrouvent alors coincés entre le marteau et l'enclume. Ils violent la loi relative aux droits du patient et, de plus, leur responsabilité professionnelle peut être engagée pour le motif qu'ils n'ont pas agi selon l'état d'avancement de la science. Au cas où ils prescriraient malgré tout un médicament et le feraient rembourser, bien qu'il n'y ait pas de remboursement prévu pour l'indication, ils s'exposent alors en plus à des poursuites sur base des articles 73 et 73bis de la loi S.S.I., avec huit types possibles de sanctions, spécifiées en détail à l'article 142 § 1 de cette même loi<sup>180</sup>.

La mesure de la qualité a également été constamment au centre de l'attention, tout comme la question de savoir si les moyens investis sont bien tout le temps utilisés comme il convient. Certaines mutuelles, organisations d'hôpitaux et unions professionnelles, ainsi qu'un certain nombre d'instances fédérales et régionales, lancent prudemment des idées en vue de la mise en place d'un système d'accréditation hospitalière. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a publié, le 10.01.2008, une analyse sur l'accréditation hospitalière<sup>181</sup>. Le KCE nourrit encore pas mal de doutes en survolant le paysage hospitalier actuel. La description des fonctions et des responsabilités des différentes parties concernées est encore floue à ce jour. Du reste, à quelle autorité reviendrait-il d'organiser l'accréditation? Qui en supportera les frais? De plus, les systèmes existants pour la mesure de la qualité ne sont absolument pas uniformisés. C'est pourtant une condition sine qua non. En résumé, il faudra encore que beaucoup d'eau coule sous les ponts avant qu'un lancement soit possible et le risque avec ce genre d'initiatives est qu'il faille investir tellement de temps pour mesurer, enregistrer et évaluer qu'il ne reste

---

<sup>179</sup> Loi du 22.08.2002 portant confirmation de l'arrêté royal du 4 juillet 2001 relatif à la reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle (M.B. du 28.09.2002)

<sup>180</sup> Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

<sup>181</sup> "Faut il des "étoiles Michelin" pour les hôpitaux belges ?" KCE reports 70B, décembre 2007.

quasiment plus de temps pour les soins humains axés sur le patient. Le GBS a également été interrogé dans le cadre de cette étude<sup>182</sup>.

Un groupe de travail institué auprès du Conseil national des établissements hospitaliers s'efforce depuis un certain temps de définir quelles prestations médicales doivent être effectuées à l'hôpital et quelles prestations peuvent également être réalisées en dehors de l'hôpital. Le groupe de travail s'appelle prosaïquement "Groupe de travail 76 quinquies", baptisé ainsi en raison de l'article correspondant de la loi sur les hôpitaux<sup>183</sup>. Il est de plus en plus clair que c'est une voie sans issue et qu'un nombre croissant de médecins veulent quitter l'hôpital à cause des retenues de plus en plus élevées pratiquées par les directions, et ce afin de pouvoir dispenser des soins de qualité dans leur propre pratique médicale, avec leurs propres matériel et personnel et suivant un planning de travail qu'ils auront eux-mêmes déterminé. Si une qualité de soins et une sécurité identiques peuvent être garanties en dehors de l'hôpital, l'hospitalisation est superflue. Mais nous sommes de retour à la case départ car qui et comment la qualité sera-t-elle mesurée?

Pendant ce temps, plusieurs députés Open-VLD ont proposé de manière radicale de supprimer purement et simplement l'article 76 quinquies (et la disposition pénale correspondante à l'article 116, 12° en cas de son non-respect)<sup>184</sup>. Une simplification administrative pour les membres de ce groupe de travail qui peut compter.

### **VII. 3. Les programmes de soins dans le Moniteur belge**

VII.3.1. Dans un souci d'être complet, nous mentionnons une fois encore l'A.R. sur les **cliniques du sein** (cf. point V), publié au M.B. du 20 juillet 2007. Un erratum a encore été publié au M.B. du 14.12.2007 (p. 61448).

#### **VII.3.2. Programme de soins en gériatrie**

Le titre professionnel de spécialiste en gériatrie a fait son entrée dans la nomenclature des soins de santé le 18.12.2007<sup>185</sup>. Les titres professionnels de spécialiste en oncologie médicale, de spécialiste en médecine d'urgence et de spécialiste en médecine aiguë ont par ailleurs également été ajoutés à l'article 10 dans le cadre du même arrêté de modification, de sorte que ces dénominations pourront être utilisées valablement si nécessaire pour l'intitulé de certaines prestations.

---

<sup>182</sup> KCE reports 70B, tableau 12, p. 55.

<sup>183</sup> Loi sur les hôpitaux coordonnée le 07.08.1987. Art. 76quinquies" (inséré par la loi du 25.01.1999): "Le Roi peut, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, préciser par arrêté délibéré en Conseil des Ministres des règles relatives aux actes médicaux dont l'exécution requiert un cadre hospitalier ou qui doivent être effectuées en dehors de celui-ci."

<sup>184</sup> "Proposition de loi modifiant la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne les prestations hospitalières". Chambre des représentants de Belgique, 16.01.2008. DOC 52 0691/001.

<sup>185</sup> Arrêté royal du 22.11.2007 modifiant l'article 10, par. 1<sup>er</sup>, 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 18.12.2007).

L'A.R. réglementant le programme de soins pour le patient gériatrique a été publié le 07.03.2007<sup>186</sup>. Depuis son entrée en vigueur le 01.07.2007, chaque hôpital général doté d'un service de gériatrie agréé, à l'exception des services de gériatrie isolés, doit théoriquement disposer d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique. Des volets très importants de cet A.R. ne sont toutefois pas encore entrés en vigueur et doivent être complétés par des A.R. à prendre ultérieurement. D'aucuns parmi les généralistes n'ont pas tardé à émettre des commentaires négatifs concernant ce nouveau programme de soins<sup>187</sup> mais il est finalement apparu qu'il s'agissait essentiellement d'une confusion de langage entre le jargon de l'INAMI "trajets ou trajectoires de soins"<sup>188</sup> et le système des "programmes de soins" utilisé par le service public fédéral Santé publique<sup>189</sup>.

### VII.3.3. *Pédiatrie*

Toute l'année durant, l'ABSyM et le GBS ont veillé à ce que la législation pour l'application de la réglementation sur les suppléments pour les enfants hospitalisés dans un service de pédiatrie voit le jour. Le résultat à ce jour est que le conseil des ministres du 11.01.2008 a introduit le projet de loi requis (cf. point IV.1.).

Au groupe cible d'enfants du programme de soins en pédiatrie<sup>190</sup> dont nous avons parlé dans nos précédents rapports annuels sont venus s'ajouter, par un arrêté royal<sup>191</sup>, tous les enfants subissant une intervention dont le code de nomenclature INAMI correspondant figure au point 6<sup>192</sup> de l'annexe 3 de l'A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux modifié par l'arrêté royal du 22 février 2005.

Remplir le nombre requis continuera à poser des problèmes tant que parmi les 1.531 pédiatres enregistrés comme actifs actuellement auprès de l'INAMI (cf. tableau 15, point IV.3.), il n'y en aura pas davantage qui voudront travailler en milieu hospitalier. Au jour d'aujourd'hui, l'équipe médicale doit se composer d'au moins trois équivalents plein temps. A partir de 2010, il en faudra au moins quatre et l'A.R. du 13.07.2006 stipule en son article 26 qu'idéalement, une équipe devrait se composer de cinq pédiatres. Depuis la manifestation du 07.05.2004 à Bruxelles, il y a déjà eu un revirement du fait de l'action commune des pédiatres sous l'impulsion de l'ABSyM et du GBS. Il ne faut pas relâcher l'attention.

---

<sup>186</sup> Arrêté royal du 29.01.2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers (M.B. du 07.03.2007).

<sup>187</sup> "Ziekenhuismanagement krijgt zwartepiet voor inbraken in de eerste lijn". Artsenkrant 06.11.2007.

<sup>188</sup> Rapport annuel 2006 du GBS, Réglementer jusqu'à ce que mort s'ensuive. Point V.3. Trajectoires de soins. 03.02.2007.

<sup>189</sup> "Babylonische spraakverwarring". De Huisarts. 06.12.2007.

<sup>190</sup> A.R. du 13.07.2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée (M.B. du 16.08.2006).

<sup>191</sup> A.R. du 28.03.2007 modifiant l'arrêté royal du 13 juillet 2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » pour être agréée (M.B. du 19.04.2007).

<sup>192</sup> 6. Codes INAMI retenus pour l'identification de l'hospitalisation de jour réalisée (liste A).

#### VII.3.4. **Cardiologie**

Le premier programme de soins en cardiologie date du 16 juin 1999<sup>193</sup>. Le même jour, la ministre de l'époque des Affaires sociales Magda DE GALAN et (succédant au ministre démissionnaire de la Santé publique Marcel COLLA) Luc VAN DEN BOSSCHE ont également fixé les nombres et les critères de programmation de programmes spécifiques<sup>194</sup>. Les normes ont toutefois été renforcées sur-le-champ par les nouveaux ministres des Affaires sociales Frank VANDENBROUCKE et de la Santé publique Magda AELVOET par l'A.R. du 25.01.2000. Assez étonnamment, les trois A.R. ont été publiés au Moniteur ensemble le même jour, à savoir le 02.03.2000. L'arrêté de modification du 25.01.2000 a été annulé par l'arrêt n° 91457 du Conseil d'Etat le 07.12.2000. Les ministres AELVOET et VANDENBROUCKE "ont réparé" l'annulation avec les A.R. des 12.02.2001 et 08.07.2002. Par le biais d'un nouvel arrêt, portant le n° 118951 et daté du 30.04.2003, le Conseil d'Etat a toutefois annulé l'A.R. du 08.07.2002.

C'est alors que le superministre des Affaires sociales ET de la Santé publique, Rudy DEMOTTE, a lancé sa réforme de la cardiologie, laquelle peut difficilement être qualifiée de réussite. Avec l'A.R. du 15.07.2004 publié au M.B. du 13.09.2004 et modifié par l'A.R. du 01.08.2006 (M.B. du 14.08.2006), il a fixé ses normes pour les programmes de soins en pathologie cardiaque. L'exécution de cet arrêté de modification du 01.08.2006 a été suspendue par l'arrêt n° 168067 du Conseil d'Etat du 21.02.2007.

Deux semaines plus tard, le ministre a tenté une nouvelle fois de renforcer ses normes avec l'A.R. du 08.03.2007. Cet A.R. n'a pas été suspendu mais annulé par le Conseil d'Etat avec son arrêt n° 176490 du 07.11.2007<sup>195</sup>. La conséquence est qu'entre-temps, seul l'A.R. du 15.07.2004 et l'A.R. initial du 16.06.1999 "*fixant le nombre maximal de programmes de soins "pathologie cardiaque" B, T et C pouvant être mis en service et fixant les critères de programmation applicables à ces programmes*" sont encore en vigueur.

Une des raisons de cette débâcle est que le ministre n'a pas voulu tenir compte de l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers du 09.12.2004 et de ses recommandations ultérieures. Il a agi de même avec les avis sur l'oncologie et les cliniques du sein (A.R. qui est entre-temps également attaqué devant le Conseil d'Etat). Les avis de ses propres conseillers issus d'un cercle PS restreint suffisent.

Cette story qui a de quoi glacer le sang et surcharger le cœur n'est pas encore achevée. Les francophones à l'origine des arrêts sont satisfaits, tout comme certains centres flamands qui aimeraient volontiers que leurs centres B1 isolés (cardiologie diagnostique) soient revalorisés en centres B2 (cardiologie interventionnelle). Pour nombre d'experts, ces programmes B1-B2 combinés peuvent parfaitement

---

<sup>193</sup> A.R. du 16.06.1999 fixant les normes auxquelles les programmes de soins "pathologie cardiaque" doivent répondre pour être agréés (M.B. du 02.03.2000)

<sup>194</sup> A.R. du 16.06.1999 fixant le nombre maximal de programmes de soins "pathologie cardiaque" B, T et C pouvant être mis en service et fixant les critères de programmation applicables à ces programmes (M.B. du 02.03.2000).

<sup>195</sup> "Arrêt de mort pour la réforme cardio". Le Soir, 26.11.2007.

fonctionner dans le cadre d'une collaboration avec un centre cardiaque B3 complet. Compte tenu du recul mondial de la chirurgie cardiaque du fait de l'optimisation de la cardiologie interventionnelle, d'aucuns se demandent pourquoi il faudrait des centres de chirurgie cardiaque supplémentaires (B3). Mais le mot de la fin n'a certainement pas encore été dit.

En 2007, le Conseil d'Etat y est allé de gaieté de cœur puisque son arrêt n° 178064 du 19.12.2007<sup>196</sup> a annulé partiellement l'A.R. du 06.03.2007 modifiant la nomenclature de la cardiologie<sup>197</sup>. Ces codes modifiés ont trait au contrôle de la qualité ou de la reprogrammation des stimulateurs cardiaques. Les modifications apportées à ces codes 475856-475860, 475871-475882 et 475893-475904 par l'A.R. du 06.03.2007 sont annulées. La suppression du code 476173-476184 est maintenue. La limitation générale à maximum deux contrôles par an simplement pour des motifs d'ordre budgétaire, ce qui présentait des risques importants pour les patients, a très probablement été un argument convaincant.

#### **VII.4. Et bien d'autres choses encore...**

Conjointement avec l'ABSyM, le GBS a veillé à ce que :

- il soit bientôt mis fin à la discrimination à l'encontre des personnes âgées de plus de 60 ans dans la nomenclature des prestations de santé en ce qui concerne la chirurgie bariatrique;
- il ne soit pas créé de spécialité distincte ou de compétence professionnelle particulière complémentaire pour la médecine du sommeil – ou pour l'allergologie ou l'infectiologie. Pour les pneumologues plus particulièrement, cela aurait signifié un évidemment inadmissible de leur formation de six ans, surtout après le raid des oncologues médicaux sur l'oncologie pneumologique;
- et bien d'autres choses encore...

#### **VIII. Conclusion**

En 2007, les milieux politiques belges ont montré au monde ce qu'il ne faut **pas** faire. La première page du numéro de février 1997 du "Médecin spécialiste" dans lequel était publié mon rapport annuel 1996, montrait les contours de la carte de Belgique et imprimé en caractères gras : "1996. l'Année de l'indicible". C'était l'année de l'assassin d'enfants Marc Dutroux et des affaires Agusta et Dassault que d'aucuns ont tenté de mettre en relation avec l'assassinat d'André COOLS perpétré le 18.07.1991. J'ai écrit à l'époque que, lorsque je me trouvais à l'étranger, j'hésitais à dévoiler ma nationalité belge.

La situation paraît tout aussi embarrassante aujourd'hui, même si c'est pour d'autres raisons. Tant les "mediawatchers" et les politologues que les piliers de bar commentent qu'en Belgique, il n'y a manifestement plus d'hommes d'Etat mais

---

<sup>196</sup> Moniteur belge du 29.01.2008.

<sup>197</sup> A.R. du 06.03.2007 modifiant les dispositions de l'article 20, par. 1er, e), 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 20.03.2007 Ed. 3).



uniquement des politiciens qui réfléchissent à la façon de réaliser un score lors des élections suivantes, lesquelles se succèdent à un rythme effréné.

Le pays glisse-t-il vers une scission irréversible ? Cette question me poursuit depuis aussi longtemps que je rédige les rapports annuels du GBS, et j'en suis ici à la dix-huitième édition. Concernant le système des accords médico-mutualistes, c'est une autre question qui revient sans cesse : s'agissait-il du dernier accord? Ce système peut-il survivre? Par la conjonction d'une crise politique qui se prolonge et de négociations ardues, ces deux questions se sont posées simultanément à la fin du mois de décembre 2007. Et elles ont toutes deux reçu une réponse provisoire.

En 2007, nous avons perdu deux confrères exceptionnels qui, durant des décennies, ont collaboré à de meilleurs soins aux patients belges et à l'amélioration des conditions de travail pour les médecins.

André WYNEN (08.12.1923-10.06.2007) était un chirurgien francophone libre penseur. (An-)Toon MALFLIET (25.01.1929-30.08.2007) était un généraliste flamand de confession catholique. Représentant deux courants de pensée totalement différents, ils se sont trouvés au sein de l'organisation ayant précédé l'ABSyM-BVAS et ont mené, avec d'autres combattants de la première heure, la lutte contre l'étatisation de la médecine sur le modèle anglais. Ils nous rappelaient continuellement notre obligation de faire primer la déontologie sur les motifs économiques. Ils privilégiaient avant tout la relation unique entre patient et médecin, le libre choix du médecin et la liberté diagnostique et thérapeutique, fondée sur une base scientifique solide.

Aujourd'hui, rien ne devrait remettre en cause ces principes. Mais, comme en politique, la pensée à court terme risque de l'emporter, dans notre secteur, sur les débats idéologiques plus approfondis. Je ne manquerai pas, arrivé à mi-chemin de mon cinquième mandat de quatre ans comme secrétaire général du GBS, de continuer à le souligner et à m'engager pour une défense professionnelle cohérente.

Nos ministres pensent-ils aujourd'hui : encore 50 jours à tirer ?  
J'ajoute, si la santé suit et avec votre accord, encore au moins 730 de plus.

Dr Marc MOENS,  
Secrétaire général

Bruxelles, le 02.02.2008