

Rapport annuel 2011 du GBS

Dr Marc Moens, Secrétaire général

EU: to live and let die

Bruxelles

04.02.2012

TABLE DES MATIERES

1.	RAPPORT D'ACTIVITES	1
1.1.	Interne	1
1.2.	Symposiums	1
1.3.	Enquête sur les médecins spécialistes.....	3
1.4.	Consentement éclairé	4
1.5.	Neuropsychiatrie.....	4
1.6.	Tenacs.....	5
1.7.	Adieu	5
2.	REPRESENTATION	5
2.1.	Mdeon.....	5
2.2.	Médicaments	6
2.3.	FEMS	8
2.4.	MS-7	8
2.5.	UEMS	8
2.6.	MaNaMa	10
2.7.	Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes	12
2.8.	Conseil supérieur et agrégation de l'oncologie.....	12
2.9.	Studiecentrum Gezondheidszorg	15
2.10.	EHSAL – HUB : Management général pour médecins spécialistes	15
2.11.	Medicanorm.....	15
2.12.	IRDM	15
2.13.	Contacts politiques	16
2.13.1.	Fédéral	16
2.13.2.	Communautés	16
3.	LA POLITIQUE BELGE	17
3.1.	Généralités	17
3.2.	Un processus de formation du gouvernement qui n'en finit pas.....	19
3.3.	Un nouveau gouvernement	20
3.3.1.	Tensions	20
3.3.2.	Le verdict	20
3.3.3.	Liens politiques avec le secteur de la santé	21
3.3.4.	Connaissances linguistiques	22
3.4.	Le nouveau gouvernement à l'attaque ou sur la touche?	23
3.4.1.	Transfert de compétences.....	23
3.4.1.1.	Enumération	23
3.4.1.2.	L'INAMI reste fédéral.....	24
3.4.1.3.	Matières partagées	24
3.4.1.4.	Matières avec une double réglementation.....	25
3.4.1.5.	Pour qui la taxe sur les graisses?	25
3.4.2.	Maintien des compétences avec un budget restreint	26
3.4.2.1.	Budget	26
3.4.2.2.	Les bons choix.....	27
3.4.2.3.	Médicaments oncologiques onéreux vs l'euthanasie	27
3.4.2.4.	Politique des handicapés et régularisation médicale	28
4.	ACCORD MEDICO-MUTUALISTE DU 21.12.2011	29
4.1.	Taux de déconventionnement pour l'accord médico-mutualiste du 13.12.2010 ..	29
4.2.	L'élaboration de l'accord.....	31
4.3.	Communication du gouvernement au Conseil général : budget.....	34

4.4.	Alternative budgétaire.....	36
4.5.	In extremis : accord 2012 du 21.12.2011 (M.B. du 23.01.2012).....	37
4.6.	Accréditation	38
4.7.	Postes de garde et services d'urgence.....	40
5.	PROCEDURES JURIDIQUES	41
5.1.	Médecine alternative : intention d'introduire une action en justice	41
5.2.	Arrêts	42
6.	A VOL D'OISEAU	43
6.1.	Réduction de la durée des études de médecine et numerus clausus	43
6.2.	Conséquences de la loi fixant la durée du travail	44
6.3.	Pédiatrie	44
6.4.	Psychiatrie	45
6.5.	Chirurgie plastique et pratiques médicales à risque	46
6.6.	Chirurgie	46
6.7.	Cardiologie	47
6.8.	Principe des honoraires libres, également en cas de forfaitarisation	47
7.	CONCLUSION	48

1. RAPPORT D'ACTIVITES

1.1. Interne

Durant dix des douze mois séparant notre précédente assemblée générale statutaire du 05.02.2011 et l'assemblée de ce jour, le 04.02.2012, la Belgique a dû survivre à la crise mondiale avec un gouvernement en affaires courantes. Depuis les élections fédérales du 13.06.2010, nous avons déjà eu 204 jours en 2010 pour nous habituer à cette situation. Le 26.11.2011, cela a coûté au Royaume la perte du signe plus (+) derrière la note AA attribuée par Standard & Poor's, couplée à des perspectives négatives du fait que la dette risque de dépasser les 100 % du produit intérieur brut en raison d'une croissance plus faible en 2012.

Dans son fonctionnement interne, le GBS ne s'est pas laissé troubler par la crise économique et politique. Depuis le 05.02.2011, le comité exécutif s'est réuni 33 fois pour discuter de l'état de la situation tandis que le comité directeur s'est réuni à 6 occasions. Le MaNaMa a été et reste un dossier incontournable lors de ces réunions. Durant la même période, le GBS a publié 94 numéros de son e-spécialiste, 8 numéros ordinaires en édition papier du "Médecin Spécialiste" et 1 numéro spécial (décembre 2011).

1.2. Symposiums

En 2011, le GBS a organisé, dans les locaux de EHSAL à Bruxelles, un symposium pour les médecins spécialistes en formation (MSFP) intitulé "de MSFP à médecin spécialiste – clin d'œil et tuyaux", avec une session en français le 09.04.2011 et une session en néerlandais le 07.05.2011. Le 10.03.2012 aura lieu un symposium analogue, cette fois bilingue, intitulé "Aide à l'orientation professionnelle du candidat spécialiste...".

Le symposium annuel du GBS, précédant de nouveau l'assemblée générale statutaire du 05.02.2011, a cette fois porté sur l'"Introduction de la haute technologie en médecine spécialisée". Pas moins de 232 consœurs et confrères y ont assisté.

L'équipe du GBS a également organisé deux symposiums sur la radioprotection, le premier le 14.05.2011 et le deuxième le 19.11.2011. Un troisième symposium sur le même sujet est en préparation pour le 24.04.2012.

Outre les spécialités les plus évidentes telles que les médecins spécialistes en imagerie médicale, en radiothérapie et en médecine nucléaire, un large éventail de spécialités a également recours aux rayonnements ionisants. Citons par exemple l'anesthésiste dans le cadre de la thérapie contre la douleur ou la pose de cathéters centraux, le chirurgien vasculaire dans le cadre des procédures interventionnelles, l'orthopédiste pour la réduction de fractures et le contrôle de la pose de matériel d'ostéosynthèse, le gastro-entérologue pour effectuer une CPRE, le cardiologue pour réaliser une coronarographie, etc. Pour ces "connexistes", la radioprotection ne figure pas toujours en tête de leurs préoccupations dans le cadre de leur pratique journalière. Pour pouvoir effectuer les prestations nécessitant l'utilisation de rayonnements ionisants, ces médecins doivent avoir suivi une formation spécifique de 75 heures, répartie en 40 heures d'enseignement théorique et 35 heures d'exercices pratiques^{1,2}. Toutes les universités à l'exception de l'Universiteit Antwerpen³ organisent chaque année cette formation de base en radioprotection. Les médecins ayant suivi cette formation

¹ Art. 53.3.1 de l'A.R. du 20.07.2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants (M.B. du 30.08.2001), en abrégé RGPRI.

² Il existe des dispositions spécifiques pour les médecins spécialistes en radiothérapie, en médecine nucléaire et en radiodiagnostic.

³ <http://fanc.fgov.be/nl/page/opleiding-dr/1183.aspx>

spécifique peuvent demander à l'AFCN⁴ une autorisation d'utilisation des rayonnements ionisants. Conformément au RGPRI⁵, les médecins sont en outre tenus de maintenir à niveau et de compléter leurs connaissances et leurs qualifications dans le domaine de la radioprotection dans le cadre d'une formation permanente de niveau universitaire. La preuve de cette formation permanente doit être présentée à l'AFCN, qui est l'organisme officiel belge chargé de veiller à la protection de la population et de l'environnement contre les rayonnements ionisants.

La radioprotection fait partie intégrante de la formation des radiologues, des radiothérapeutes et des nucléaristes. En règle générale, ces spécialités sont conscientes des risques des rayonnements ionisants et des mesures de protection à respecter. Il s'agit en effet d'un aspect important de leur core business. Les aspects de la radioprotection figurent dès lors régulièrement au programme des activités organisées par ces disciplines. Au cours de l'année 2010⁶, le comité directeur du GBS a, à de multiples occasions, attiré l'attention des unions professionnelles sur la nécessité d'organiser la formation permanente nécessaire dans le cadre de la radioprotection. En effet, les premières autorisations délivrées par l'AFCN sont arrivées au terme de leur validité dans le courant de 2011. Il est très rapidement apparu que ce n'était pas chose aisée de mobiliser les unions professionnelles autour de ce thème, de sorte que le comité exécutif du GBS a décidé de prendre lui-même l'initiative concernant cette problématique.

Le 18 janvier 2011, le directeur du GBS, Fanny VANDAMME, et le secrétaire du GBS, Raf DENAYER, ont été reçus pour la première fois par le Dr Lodewijk VAN BLADEL⁷, Monsieur Tom CLARIJS et Mme An FREMOUT dans les bureaux de l'AFCN. L'initiative du GBS a été accueillie favorablement. Le besoin de formation permanente des connexistes était important et, jusqu'à présent, l'AFCN n'avait pas trouvé d'interlocuteur central pour organiser à grande échelle les activités de formation continue pour ce groupe cible spécifique.

Grâce au concours actif du Dr Bart DEHAES, secrétaire de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en médecine nucléaire et membre du Comité directeur du GBS, il a été possible d'établir un programme équilibré pour le symposium du 14 mai 2011. Ce symposium a eu un succès formidable : 392 médecins y ont participé. Un deuxième symposium sur le même thème, organisé le 19 novembre 2011, a rencontré un succès plus grand encore. Trois semaines avant le symposium, les inscriptions ont dû être clôturées par manque de place. Il a ainsi malheureusement fallu refuser plus de 60 inscriptions.

Après un débriefing avec l'AFCN le 13 décembre 2011, il a été décidé que le GBS organiserait un troisième – et provisoirement dernier – symposium sur ce thème. Celui-ci doit se tenir le 21 avril 2012. Dans les années qui viennent, le GBS apportera son concours aux unions professionnelles souhaitant organiser des réunions spécifiquement consacrées à la radioprotection dans leur propre discipline. Le 10.12.2011, l'Association professionnelle belge des urologues a organisé, en collaboration avec la société scientifique, une session spéciale sur la radioprotection en urologie dans le cadre de leur congrès annuel. Cette session a également rencontré beaucoup d'intérêt.

Initialement, la participation à une session de formation permanente sur la radioprotection apparaissait à nombre de médecins comme un exercice imposé étant donné que la réglementation prévoit tout simplement qu'il faut pouvoir apporter la preuve d'une telle formation permanente. Après ces sessions, un grand nombre de médecins se sont rendu compte que leur pratique journalière pouvait être améliorée, notamment en ce qui concerne leur propre protection contre les rayonnements ionisants.

⁴ AFCN : Agence fédérale de contrôle nucléaire, rue Ravenstein 36 à 1000 Bruxelles

⁵ Art. 53.1 du RGPRI.

⁶ Réunions du Comité directeur des 18.03.2010, 17.06.2010 et 23.09.2010.

⁷ Senior expert – radiological protection du département "Regulation, International Affairs & Development" de l'AFCN.

Les médecins ont encore une autre raison pour suivre dans le délai imparti la formation permanente requise et se conformer aux dispositions du RGPRI. Depuis le 01.09.2011⁸, l'article 17, §11 de la nomenclature⁹ stipule en effet expressément que, pour pouvoir entrer en ligne de compte pour une intervention, les prestations radiographiques et radioscopiques doivent être effectuées conformément aux dispositions du RGPRI. Les dispensateurs de soins doivent pouvoir prouver cette conformité aux médecins-inspecteurs du SECM¹⁰. Il y a un échange de données à ce sujet entre l'INAMI et l'AFCN.

Sur base des données chiffrées des prestations attestées pour 2009 de l'INAMI, il y a approximativement 4.000¹¹ médecins utilisant des rayonnements ionisants dans leur pratique. A l'époque, 37 % de ces médecins en activité n'avaient pas l'autorisation de l'AFCN. Cela veut dire que jusqu'alors, ces médecins n'avaient peut-être encore jamais suivi de formation obligatoire en radioprotection et qu'ils ne remplissaient donc pas les obligations légales en matière de radioprotection.

Le Dr Yo BAETEN participe, au nom du GBS, aux discussions au sein du groupe de travail "Education & Awareness" institué dans le prolongement de la table ronde organisée par l'AFCN le 1^{er} octobre 2011. Ce groupe de travail se penche entre autres sur les conditions minimales devant être remplies par la formation de base en radioprotection des médecins spécialistes et de leurs collaborateurs.

Le Forum des commissions d'agrégation, institué au sein de la structure du GBS dans le cadre du débat qui se prolonge sur le MaNaMa, s'est réuni une seule fois en séance plénière, à savoir le 31.03.2011.

1.3. Enquête sur les médecins spécialistes

Le GBS a, conjointement avec l'ABSyM et le Cartel, appelé à participer à l'enquête sur les assuétudes chez les médecins réalisée par Geert VERRIJKEN, rédacteur en chef de la revue médicale "les Spécialistes"¹², avec l'accompagnement scientifique du Prof. Dr Geert DOM, professeur en psychiatrie et assuétudes et ancien président de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en psychiatrie. L'enquête s'intéresse à toutes sortes d'assuétudes, comme l'alcool, le tabac, les drogues, etc. La presse générale s'est fait un plaisir de grossir fortement et de déformer certains résultats de cette enquête concernant les habitudes de consommation d'alcool des médecins^{13, 14}. Quelque six mois plus tard, la presse a jugé utile de reprendre ces critiques sans y apporter la moindre nuance (citation : *"20,5 procent van specialisten ouder dan 55 is probleemdrinker - 33,2 procent van artsen ouder dan 65 heeft alcoholprobleem - vanaf 55 doet tien procent wekelijks aan binge drinking"*)¹⁵ (nous traduisons : 20,5 % des médecins spécialistes de plus de 55 ans sont des buveurs à problèmes - 33,2 % des médecins de plus de 65 ans ont un problème avec l'alcool - à partir de 55 ans, 10 % se livrent au binge drinking toutes les semaines). Pourtant, le titre de l'article initial était : *"Pas de panique, mais la vigilance est de mise"*.

⁸ A.R. du 1er juillet 2011 modifiant l'article 17 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 29.07.2011

⁹ Cela vaut également pour les connexistes sur base de l'art. 17quater, §11.

¹⁰ Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

¹¹ Pour ne pas avoir une image faussée des médecins avec "profil de radiologie" et pour éviter des erreurs statistiques, cette simulation a été réalisée sans prendre en compte les médecins avec moins de 5 prestations INAMI attestées des articles 17 et 17ter.

¹² "Pas de panique, mais la vigilance est de mise". Première page, les Spécialistes, n° 61, 28.06.2011

¹³ "Een chirurg op vijf doet aan comazuipen". Het Laatste Nieuws 29.06.2011, première page.

¹⁴ "Dronken specialisten wanen zich onkwetsbaar". Het Laatste Nieuws 30.06.2011

¹⁵ "Artsen kampen met alcoholprobleem". De Morgen, 12.01.2012.

1.4. Consentement éclairé

A la demande de l'Association professionnelle belge des urologues, le dossier "consentement éclairé" a été inscrit à l'ordre du jour de la réunion du comité directeur du 17 mars 2011. Le Dr Lieven GOEMAN a représenté l'association professionnelle à cette réunion. Les Drs Filip AMEYE et Lieven GOEMAN sont à la base d'une initiative en urologie pour améliorer la "quality of care" dans leur spécialité. Le projet avait pour objet d'établir des formulaires de consentement éclairé pour des interventions fréquentes ou pour des interventions pouvant présenter des risques importants de complications.

La loi relative aux droits du patient¹⁶ prévoit que le patient a le droit d'être informé et de donner son consentement préalablement et librement pour toute intervention d'un praticien professionnel. Cette loi définit également les conditions minimales que cette information doit remplir. Elle laisse toutefois un large espace à la discussion. De quelle manière le patient doit-il être informé concrètement? Suffit-il de l'informer oralement et d'en faire mention dans le dossier patient? Ou convient-il de fournir cette information par écrit même si le patient n'en fait pas la demande expresse? Faut-il mentionner tous les risques et complications possibles liés à une intervention et/ou traitement? Ou est-ce suffisant de communiquer les complications les plus fréquentes au patient? Quel est le juste milieu? Par ailleurs, il convient d'éviter d'effrayer le patient à tel point qu'il renonce à subir une intervention vitale. Un groupe de travail du GBS se penchera plus spécifiquement sur cette problématique dans les mois à venir.

Le 21 mai 2011, le Dr Eddy MAES a participé au nom du GBS et en qualité d'orateur au symposium de l'Association professionnelle belge des urologues intitulé "Informed consents for urology in our daily clinical practice" dans le cadre de l'assemblée générale annuelle de l'association professionnelle. Quelque 40 membres ont participé à cette assemblée. Maître Filip DEWALLENS et Monsieur Denis LOUIS, représentant d'une organisation de patients, y ont également pris la parole. Les premiers projets de texte pour 7 interventions ont été présentés à l'occasion du congrès BAU¹⁷ des 9 et 10 décembre 2011 dans le groupe de travail "quality of care". Les participants à ce groupe de travail ont été invités à formuler d'éventuels commentaires, lesquels ont été examinés le 11.01.2012 au cours d'une réunion au Faculty Club à Louvain. Le Dr Jean-Luc DEMEERE y a représenté le GBS. Les Drs Rob VAN DEN OEVER¹⁸ et Patrick GALLOO¹⁹ étaient présents au nom des mutuelles. Les premières brochures seront finalisées prochainement.

1.5. Neuropsychiatrie

La liquidation de l'Association professionnelle belge de neuropsychiatrie a été clôturée le 24 février 2011. Les neuropsychiatres ainsi que les confrères et consœurs psychiatres et neurologues souhaitant maintenir des contacts privilégiés entre les deux disciplines peuvent se tourner vers la section de neuropsychiatrie créée à cette fin au sein de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en psychiatrie. La plupart des membres de l'association professionnelle de neuropsychiatrie liquidée ont rejoint, selon leur activité principale, l'union professionnelle de psychiatrie ou l'union professionnelle de neurologie.

¹⁶ Art. 8 §1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

¹⁷ BAU - Belgian Association of Urology, avenue de la Couronne 20 à 1050 Bruxelles.

¹⁸ Le Dr Rob Van den Oever est directeur de la cellule 'politique de santé' à l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes.

¹⁹ Le Dr Patrick Galloo est directeur médical de l'Union nationale des mutualités socialistes.

1.6. Tenacs

Le contrat avec la société Elma a pris fin après l'édition de la version électronique de l'annuaire 2010 du GBS. Le moment est venu d'aller voir ailleurs. Des discussions ont été engagées avec MM. Koen TEERLYNCK et Roger CASTELYN, administrateurs de la société Tenacs²⁰, qui se chargent également de trouver les annonceurs publicitaires. Ce nouveau partenaire a proposé plusieurs idées nouvelles pour optimiser l'édition de notre annuaire.

1.7. Adieu

Après 31 années de service en tant que collaborateur du GBS aux services généraux et plus particulièrement au secrétariat informatique, Monsieur Pierre Nevraumont quittera le GBS le 29.02.2012. Nous profitons de cette assemblée générale pour remercier de tout cœur cet homme de l'ombre du GBS pour son engagement fidèle tout au long de ces années.

2. REPRESENTATION

2.1. Mdeon²¹

Le Dr B. MAILLET, trésorier du GBS, terminera son deuxième mandat de 3 ans en tant que membre du Conseil d'administration de l'asbl Mdeon à l'occasion de l'assemblée générale du 14 février 2012 de l'asbl. Il a occupé alternativement les fonctions de membre ordinaire, de vice-président et de président. Il a été décidé, au sein du groupe médecins de Mdeon, que la fonction de membre du Conseil d'administration pour la prochaine période serait occupée par un médecin généraliste. Le Dr Thomas ORBAN²² a obtenu à cet égard le soutien de toutes les organisations de médecins représentées au sein de Mdeon. Le Dr Bernard MAILLET, médecin spécialiste, continuera à participer aux réunions du Conseil d'administration en qualité de membre invité sans droit de vote.

A l'occasion du renouvellement de son agrément par le SPF Santé publique, Mdeon a demandé à ses organisations membres de diffuser une enquête sur les avancées et évolution des pratiques en matière de sponsoring. Un lien vers cette enquête était disponible dans le numéro spécial de décembre 2011. 699 médecins, dont 364 membres du GBS, ont participé à cette enquête. Les résultats de l'enquête figureront dans le rapport d'activités qui est soumis chaque année notamment à la ministre de la Santé publique en vue de la prolongation de l'agrément comme organisation délivrant des visas.

Au cours de ces derniers mois, la société pharmaceutique américaine Astra Zeneca a annoncé au niveau mondial qu'elle mettait fin au sponsoring individuel de la participation de médecins à des congrès (internationaux). Le sponsoring de l'organisateur du congrès scientifique en tant que tel n'est pas remis en question. Il y a fort à craindre que d'autres sociétés pharmaceutiques suivront cet exemple de Astra Zeneca. Pareille évolution risque d'entraîner une diminution du nombre de demandes de visa dans la mesure où certains médecins pourraient renoncer à leur participation annuelle au congrès international de leur discipline. Le GBS et l'ABSyM s'opposeront à ce que cette évolution soit l'occasion pour Mdeon d'étendre son domaine d'activités aux symposiums d'un jour et au consulting.

²⁰ Tenacs, Kortrijksesteenweg 220 à 9830 Sint-Martens-Latem.

²¹ Mdeon, avenue du Roi Albert 1er, 64 à 1780 Wemmel, www.mdeon.be

²² Le Dr Thomas ORBAN est le représentant de la SSMG et est membre du Conseil d'administration de l'ABSyM.

2.2. Médicaments

Le Prof. Francis HELLER, médecin spécialiste en médecine interne, est le secrétaire général adjoint francophone du GBS. Il se passionne pour les médicaments sous tous leurs aspects. Cela se reflète dans les activités auxquelles il assiste tout au long de l'année.

Réseau National des Comités Médico-Pharmaceutiques. Le Prof. Francis HELLER a assuré la coprésidence du Réseau National des Comités Médico-Pharmaceutiques depuis 2005. Durant son mandat, il a toujours insisté sur la nécessité pour les médecins spécialistes d'assister d'une manière active aux travaux du Comité pharmaceutique²³ de l'hôpital ainsi qu'aux travaux du Comité du matériel médical²⁴ afin de pouvoir exercer une influence sur le formulaire thérapeutique et sur le formulaire des implants utilisés et disponibles dans l'hôpital. N'étant plus personnellement actif dans le comité pharmaceutique de l'hôpital où il travaillait, il n'a pas souhaité se représenter à la présidence. Son mandat a donc pris fin en 2011. Le Dr Raoul DEGIVES, pneumologue, orateur lors de notre symposium du 04.02.2012 sur l'autonomie professionnelle des spécialistes et ses limites ..., lui a succédé.

La Commission de Remboursement des Médicaments²⁵. En tant que membre suppléant de la CRM, le Prof. Francis HELLER a assisté à 4 séances de la réunion plénière. De plus, il a participé activement aux groupes de travail concernant la maladie d'Alzheimer, les contraceptifs, les gliomes-mélanomes et l'angio-œdème héréditaire.

La CRM a comme mission de formuler des avis concernant le remboursement des médicaments. Le ministre compétent n'est pas tenu de suivre l'avis émis sans avoir à justifier sa décision.

La CRM existe depuis 10 ans. En 2011, le Prof. Heller a assisté à plusieurs réunions d'évaluation de la CRM qui est critiquée aussi bien au niveau de sa composition actuelle²⁶ qu'au niveau de son mode de fonctionnement extrêmement fermé et secret. Vu les sommes importantes en jeu, le secret et la confidentialité qui entourent ces travaux sont source de méfiance. Les médecins de terrain qui participent aux travaux de la CRM sont souvent démunis par rapport à la position dominante des mutuelles qui dictent de ce fait leur loi. Les mutuelles disposent d'une grande force de main-d'œuvre pour préparer les dossiers. Les médecins de terrain n'ont pas le temps ni les moyens financiers pour examiner en détail tous les dossiers. En fonction des centres d'intérêt de l'un ou de l'autre, les médecins donnent des avis très dispersés. La modernisation du fonctionnement de la CRM est l'occasion d'essayer de positionner davantage les médecins et plus particulièrement les médecins spécialistes en assumant une plus grande responsabilité. En termes de volume, les généralistes prescrivent la plus grande partie des médicaments. Beaucoup de traitements sont néanmoins initiés par les médecins spécialistes. De plus, si le volume de prescription des spécialistes est moins important que celui des médecins généralistes, les médecins spécialistes prescrivent souvent des traitements beaucoup plus onéreux. Pour une plus grande efficacité, il est nécessaire que les dossiers soumis à la CRM puissent être examinés par beaucoup plus de médecins différents, experts chacun dans un domaine spécifique. L'industrie pharmaceutique est en faveur de cette évolution et est disposée à mettre des moyens financiers à la disposition de ces médecins. Cela devrait permettre

²³ Art. 21 de l'A.R. du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée (M.B. du 23.03.1991)

²⁴ Art. 28 de l'A.R. du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée (M.B. du 23.03.1991)

²⁵ Créée par la loi du 10.08.2011 portant des mesures en matière de soins de santé. En abrégé CRM.

²⁶ La CRM est composée de 22 membres dont 7 universitaires, 8 représentants des mutuelles, 3 représentants des pharmaciens et 4 médecins avec droit de vote et de 7 membres sans droit de vote dont 2 représentants des directions d'hôpitaux, 1 représentant des fabricants de dispositifs médicaux, 1 représentant du ministre des affaires sociales, 1 représentant du ministre de la santé publique, 1 représentant du ministre du budget et 1 représentant du SECM (Art. 122 sexdecies de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 31.07.1996)

aux médecins de préparer les réunions dans de meilleures conditions et de suivre un médicament de la sélection à l'application sur le terrain. Afin cependant d'éviter tout soupçon de conflit d'intérêt, il est nécessaire que ce financement passe par l'INAMI.

Le 12 septembre 2011, le Dr Jean CREPLET, représentant l'industrie pharmaceutique, a été invité par le comité exécutif à présenter les propositions de modernisation du fonctionnement de la CRM.

La réforme a été présentée lors d'un symposium et d'une cérémonie solennelle le 11 octobre 2011 «CTG/CRM 2.0». Des propositions de modifications importantes ont été présentées, notamment en ce qui concerne la manière de juger un médicament, le budget, le droit de vote et la représentation.

Depuis le 31 mai 2010, le Prof. Francis Heller est membre du conseil d'administration de l'**IPhEB**²⁷. Cette institution a comme mission de gérer le tableau de bord permanent des produits pharmaceutiques délivrés dans les officines ouvertes au public et remboursés par l'INAMI. L'IPhEB publie les données mensuellement. Techniquement, l'IPhEB est en mesure de mettre le profil de prescription de médicaments à disposition des médecins dans de très brefs délais. Un tel service n'est naturellement pas gratuit. L'INAMI met ce profil à disposition des médecins après deux ans. Trop tard donc pour le médecin pour adapter son mode de prescription. Le projet proposé fin 2010 par l'IPhEB n'a pas rencontré le succès escompté. Dans le numéro spécial de décembre 2011 du Médecin Spécialiste, le GBS a mis en exergue les activités de cet institut.

En tant que membre du **Comité d'Accompagnement du Comité de Pharmacovigilance Active** de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS), le Prof. Francis Heller participe à l'élaboration du projet de rapportage électronique des effets indésirables des médicaments.

Sur l'initiative de Pharma.be, un **Bureau de Contrôle de la Communication Ecrite** a été instauré. Ce bureau, dont fait partie le Prof. Francis Heller, a comme mission d'analyser tous les documents de publicité rédigés par les sociétés pharmaceutiques destinés aux professionnels de la santé. Chaque mois, le bureau examine 5 dossiers. Il y a eu 10 réunions en 2011.

Le Prof. Francis HELLER a accepté, pour le Comité Permanent des Médecins Européens, la fonction de rapporteur auprès du **Groupe de Travail de la Commission européenne concernant les bio-similaires** ainsi que concernant le projet d'établissement de critères pour réglementer l'introduction dans l'Union européenne de médicaments fabriqués en dehors de l'Union européenne. Il est apparemment le seul médecin qui participe aux travaux. Il y a présenté une note très critique appuyée par de nombreuses références scientifiques. Il a essayé de démontrer que les bio-similaires sont beaucoup plus difficiles à réaliser que les médicaments génériques. La production des bio-similaires dans des pays industrialisés est sujette à beaucoup de critiques mais quelles seront les garanties de qualité pour les bio-similaires fabriqués dans un des pays émergents. Un système de pharmacovigilance performant devra être instauré. Vu les intérêts en jeu, les représentants des sociétés pharmaceutiques n'ont pas vraiment apprécié l'intervention du Prof. Francis Heller.

Le Prof. Francis Heller a assisté en tant qu'**orateur** au symposium organisé le 24 juin 2011 par le Prof. S. de Fontaine du service de chirurgie plastique d'Erasmus « Pourquoi certains médicaments conviennent-ils à certains et pas à d'autres ». Il y a développé le thème de « Génétique et médicaments ». Il a également pris la parole lors du Congrès de Nutrition et Santé²⁸ organisé le 18 novembre 2011. « La vitamine D : vitamine miracle ? » était le sujet de son intervention.

²⁷ IPhEB – Institut Pharmaceutique-Epidémiologie Belge ASBL, Rue Archimède 11 à 1000 Bruxelles

²⁸ Brussels Expo

Il est un membre actif du **Comité Consultatif des Maladies Chroniques** de l'INAMI. De plus, il a participé aux groupes de travail concernant la démence, la dermatologie, l'hypercholestérolémie familiale, les maladies rares et la stomie.

2.3. FEMS

Le Docteur Eddy MAES a participé aux assemblées générales de la F.E.M.S.²⁹ à Barcelone du 12 au 14 mai et à Catane du 30 septembre au 2 octobre 2011. A cette occasion, il a également assisté à une journée d'étude sur «Les conditions de travail des médecins en Europe» le 29 septembre 2011³⁰. Les exposés traitaient notamment des migrations des médecins dans l'UE, des systèmes d'accréditation des médecins spécialistes en Europe, du « burnout » des médecins hospitaliers, des salaires des médecins hospitaliers, de la responsabilité civile des médecins au sein des systèmes de santé en Europe.

Les différents thèmes abordés lors des assemblées générales ont été entre autres la coopération des différentes organisations médicales européennes et leur regroupement au sein d'une «European Domus Medica» à Bruxelles, l'état d'avancement de l'« European Working Time Directive » au niveau du Parlement européen, les droits des patients pour les soins transfrontaliers, l'élaboration d'un questionnaire européen sur le numerus clausus, une étude comparative des salaires des médecins hospitaliers en Europe, la reconnaissance des diplômes non-UE.

2.4. MS-7

La septième réunion du MS-7 a eu lieu à Paris du 18 au 20 novembre 2011 autour du thème central suivant : 'Le médecin spécialiste confronté à une crise du financement de la protection sociale'. La réunion a été organisée par l'UMESPE³¹. Après un message de bienvenue prononcé par notre hôte le Dr Jean-Luc JURIN, président d'honneur de l'UMESPE, et un hommage rendu au Dr Yves DUGREE, qui a été à l'initiative de ces rencontres en 2004 et qui est décédé le 3 août 2011³², les participants ont, le 18 novembre 2011, tout d'abord dressé un tableau des faits et des évolutions les plus significatifs de l'année écoulée au niveau de l'organisation et du financement de la sécurité sociale dans leur pays respectif. Le GBS était représenté par son président, le Dr Jean-Luc DEMEERE, et par son secrétaire général adjoint, le Prof. Dr Francis HELLER. La délégation de la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec (FMSQ) comptait 5 participants, parmi lesquels le président, le Dr Gaétan BARRETTE. Le Prof. Dr Vlad TICA, gynécologue, représentant du 'Collège des médecins de Roumanie' a proposé d'organiser la réunion du MS-7 en 2012 en Roumanie.

2.5. UEMS³³

Le Management Council de l'UEMS s'est réuni deux fois en 2011, d'abord en avril à Bruxelles et ensuite en octobre à Naples. Une réunion extraordinaire du Management Council a en outre été convoquée le 24 mai 2011 en vue de l'adaptation des statuts de l'UEMS à la loi sur les asbli³⁴. La modification des statuts qui avait été approuvée précédemment lors de la réunion du Management Council à Prague³⁵ n'était pas conforme aux dispositions de la législation belge sur les asbli.

²⁹ Fédération Européenne des Médecins Salariés

³⁰ Organisée par l'ANAAO (Associazione Nazionale Aiuti Assistenti Ospedalieri) et l'ASSOMED (Associazione Medici Dirigenti), organisation hôte de la réunion de l'Assemblée générale de la FEMS

³¹ UMESPE, Union nationale des médecins spécialistes confédérés, 79 rue de Tocqueville, 75017 Paris

³² Le Dr Yves DUGREE, ancien président de la 'Fédération des Médecins Spécialistes du Québec', en abrégé FMSQ

³³ Union européenne des médecins spécialistes

³⁴ Loi du 27 juin 1921 sur les associations sans but lucratif, les associations internationales sans but lucratif et les fondations (M.B. du 01.07.1921).

³⁵ Prague, du 07 au 10.10.2010.

Un des principaux thèmes de discussion aura été la rénovation de la directive européenne sur l'agrément des qualifications qui devrait normalement être approuvée en 2012. La directive sur la mobilité des patients ainsi que la problématique de la main-d'œuvre dans les professions de santé ont également fait l'objet de discussions soutenues. L'UEMS a organisé pour la première fois une conférence sur la "Continuous Medical Education"³⁶ le vendredi 18.11.2011 à Bruxelles. Le Prof. Dr Jacques GRUWEZ et le Dr Eddy MAES y ont représenté officiellement le GBS. La conférence a rencontré un grand succès et a fait l'objet de nombreux commentaires positifs. Il y a eu une concertation avec l'EACCME³⁷ le samedi 19.11.2011. Le soussigné ayant dû au même moment tenir, en sa qualité de président de l'ABSyM, un exposé³⁸ devant un public mixte constitué de médecins généralistes et de médecins spécialistes au Diagnosecentrum Lommel, le Dr Eddy MAES, membre du groupe de direction de l'accréditation, m'a remplacé comme président de cette instance officielle belge de l'accréditation auprès de l'INAMI.

L'UEMS a également écrit un nouveau chapitre de son histoire en acquérant en juin 2011 un immeuble sis rue de l'Industrie à Bruxelles où l'UEMS établira son UEMS House. Elle espère pouvoir également y accueillir un Domus Medica Europea et rassembler les nombreuses organisations médicales européennes sous un même toit. Cela améliorerait en tout cas l'efficacité et la collaboration et garantirait en outre une meilleure visibilité vis-à-vis des instances européennes. Si les travaux de transformation se déroulent suivant le planning, l'UEMS quittera définitivement les locaux du GBS à la fin de l'année 2012. Les réunions des sections et des boards de l'UEMS ayant lieu à Bruxelles pourront être organisées à des conditions financières avantageuses dans ces locaux de l'UEMS. Pour 2013, le GBS devra se mettre en quête d'un nouveau locataire pour les locaux libérés.

Des élections ont eu lieu dans le cadre de la réunion du Council de l'UEMS à Naples du 06 au 08.10.2011. Deux Belges étaient candidats : le Dr Bernard MAILLET pour la fonction de président et le Dr Luc VAN CALSTER pour la fonction de trésorier. Aucun des deux n'a malheureusement été élu, à une voix près tant pour l'un que pour l'autre! Il s'agit là d'un fait surprenant qui constitue une rupture par rapport à la tradition selon laquelle il y avait toujours jusqu'à présent au moins un membre de l'exécutif de l'UEMS qui était belge³⁹. En outre, pour la première fois, il n'a pas été tenu compte du fait qu'il est opportun pour une organisation ayant son quartier général à Bruxelles de compter dans son exécutif un membre domicilié dans le pays. Malgré tout, le Dr Luc VAN CALSTER reste, de par sa fonction de réviseur, étroitement associé à l'exécutif de l'UEMS. Le Dr Bernard MAILLET a rempli la fonction de secrétaire général de l'UEMS de 2005 à 2011. Au cours de son mandat, il a surtout veillé à améliorer les relations entre les sections et l'exécutif et le Management Council de l'UEMS. Au cours de ces dernières années, il s'est transformé en un véritable "air miles collector" auprès des compagnies aériennes, se rendant d'une réunion de section à l'autre. Il a rarement eu le luxe de pouvoir passer un week-end entier en Belgique.

Nos représentants, le Prof. Jacques GRUWEZ, "head of delegation", et le Dr Luc VAN CALSTER ont soulevé un certain nombre de problèmes fondamentaux devant l'exécutif, notamment concernant la simplification du format des réunions du Council. L'ancienne répartition des Sections en 3 groupes, dont 2 membres siégeaient au Council, apparaît en effet comme dépassée dans la mesure où les Sections sont directement représentées au sein du Management Council depuis 2010. Les réunions de ces 3 groupes gênent considérablement le déroulement de la réunion du Council. Un sujet brûlant

³⁶ "The Accreditation of Continuing Medical Education and Professional Development in Europe – Contributing to higher standards in medical care". 18.11.2011 - Brussels Meeting Centre.

³⁷ European Accreditation Council for Continuing Medical Education, créé au sein de l'UEMS.

³⁸ "Politiek en gezondheidszorg. Staatshervorming België versie 6.0". J'ai remplacé à la dernière minute Elio DI RUPO qui s'était engagé une petite année auparavant, en qualité de président du PS, à prendre la parole devant le public limbourgeois du Diagnosecentrum Lommel. Malgré "l'accord papillon" du formateur DI RUPO du 11.10.2011, la crise gouvernementale s'est prolongée de sorte que le futur premier ministre a finalement dû se désister.

³⁹ Sauf de 1999 à 2002 où la fonction de secrétaire général a été occupée par le Prof. Dr Cees Leibbrandt, Pays-Bas.

toujours non résolu au cours de l'année écoulée aura été la structure financière au sein de l'UEMS. Depuis la création de l'UEMS, il y a un peu plus d'un demi-siècle, les Sections ont une gestion financière indépendante. La direction de l'UEMS s'efforce à présent de faire évoluer celle-ci vers un système intégré.

Un autre problème en suspens reste le "Chapter 6" de la "Charter on training of medical specialists in the European Community"⁴⁰. Ce chapitre 6 doit contenir les syllabus des différentes spécialités mais, même après 19 ans, il y a toujours une partie qui manque. Il convient de noter l'activité en forte progression du CESMA⁴¹, le "think tank" au sein duquel se propage l'idée d'examens européens et surtout où la technique et la forme des Medical Assessments sont étudiées et continuellement peaufinées. Le CESMA offre son expertise, enregistre les évaluations existantes et est à même de dire quels pays ont accepté pour telles spécialités les examens européens à titre d'évaluation nationale finale, comme c'est par exemple le cas des ophtalmologues belges. Dans la pratique, les examens européens sont organisés et proposés par les Sections et les Boards des différentes spécialités.

Le 24 novembre 2011 s'est tenue la réunion annuelle des représentants belges dans les sections de l'UEMS. C'est l'occasion de mettre en lumière les activités de l'UEMS au cours de l'année écoulée, de procéder à des échanges de vues entre les différentes sections et d'être informé de leurs activités.

2.6. MaNaMa

Depuis notre dernière assemblée générale, il n'y a eu qu'une réunion sur le MaNaMa avec une délégation de la Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB). Des négociations ont été menées le 28.02.2011 avec la CHAB au départ d'un texte détaillé du GBS et le résultat était prometteur. En échange d'une extension de l'académisation à la totalité de la formation (actuellement conformément à la loi toujours limitée aux deux premières années⁴²), le GBS aurait désormais son mot à dire dans la sélection des candidats spécialistes, on veillerait à une répartition équilibrée du plan de stage entre les services de stage universitaires et non universitaires et le banc de la profession participerait également à l'évaluation des candidats spécialistes. Il a été convenu oralement que le diplôme de master ne peut en aucun cas remplacer l'agrégation. Logiquement, le diplôme de master ne devrait dès lors pouvoir être délivré qu'après l'agrégation.

Comme ce fut le cas en 2010, les contacts concernant le MaNaMa ont surtout eu lieu avec les professeurs flamands, en particulier avec le Prof. Dr Wilfried DE BACKER, pneumologue à l'UZA, assisté de Mme Chantal DE BOEVERE, coordinatrice de la CHAB. Les professeurs francophones pensent à tort que la formation est déjà totalement académisée depuis bien longtemps. Ils réclament depuis des années que les candidats spécialistes s'inscrivent comme étudiant et leurs universités perçoivent également des subsides en conséquence. Les chambres francophones des commissions d'agrément qui se risquent à rendre un avis positif à la ministre fédérale compétente pour l'agrégation d'un candidat spécialiste, avant que celui-ci ne dispose d'un DESS⁴³, sont minoritaires. Et pourtant ce diplôme n'est requis nulle part dans la législation fédérale.

⁴⁰ Charter adopted by the Management Council of the UEMS, October 1993.

⁴¹ Council for European Specialist Medical Assessments

⁴² Arrêté royal du 21.04.1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Article 21: "A l'expiration du stage, la demande d'agrément en qualité de médecin spécialiste ou de médecin généraliste est adressée par l'intéressé au Ministre, par lettre recommandée, sur un formulaire fourni par l'administration et dont le modèle est arrêté par le Ministre. La demande est accompagnée : [...] 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." (A.R. du 16.03.1999; en vigueur : 04.07.1999).

⁴³ Diplôme d'études supérieures spécialisées, copié sur le système d'enseignement français où le DESS a entre-temps été remplacé par le "diplôme de master". La France est le seul pays au monde où la formation de médecin spécialiste est complètement aux mains des universités. Quand il pleut à Paris, on est mouillé à Bruxelles.

Après la réunion avec la CHAB du 28.02.2011, il n'y a plus eu le moindre contact officiel entre le GBS et la CHAB en 2011. Le 18.10.2011, le Prof. Jacques GRUWEZ a rendu une visite informelle au Prof. Wilfried DE BACKER, avec la volonté de réconcilier les points de vue. Dans le rapport qu'il en a fait au Comité exécutif du GBS du 24.10.2011, le Prof. GRUWEZ a qualifié cet entretien de constructif et il a déclaré qu'une intégration du MaNaMa dans la formation de spécialiste prévue par la loi devenait possible. Les deux confrères étaient tout à fait d'accord pour dire que la formation médicale ne peut pas être mise à mal sous l'influence de pédagogues et d'éducateurs sociaux.

Sur la base de l'entretien du 18.10.2011, le GBS a envoyé, le 06.12.2011, sa version finale du texte *"Formation de Médecin-Spécialiste en Belgique. Optimisation du contenu et des formes d'organisation"* au Prof. DE BACKER, avec copie au Dr Dirk CUYPERS, administrateur général du SPF Santé publique. Le 21.01.2012, le GBS a reçu de Mme Chantal DE BOEVERE une note de vision remaniée par la CHAB et par les universités belges concernant la collaboration avec les groupes professionnels *"die grotendeels gebaseerd (is) op het ontwerp van consensusstekst die het resultaat is van de plenaire onderhandelingen die werden gevoerd in 2010-2011 door de RUZB en het VBS."* (nous traduisons : qui est basée en grande partie sur le projet de texte de consensus qui est le résultat des négociations plénières menées en 2010-2011 par la CHAB et le GBS.)

Elle nous adresse également, au nom de la CHAB et des universités, un projet de contenu pour un arrêté royal générique qui devrait servir de base pour la révision des critères d'agrément. Ces documents doivent encore être examinés de manière approfondie mais il est d'ores et déjà clair que la procession d'Echternach n'est pas près d'arriver.

Durant l'année 2011, plusieurs universitaires flamands ont proclamé que le GBS n'a pas obtenu gain de cause contre le MaNaMa devant le Conseil d'Etat. Ce n'est pas la vérité "de jure" mais cela revient malheureusement au même dans la réalité "de facto". Le dernier mémoire en réplique dans cette affaire aurait dû être introduit au plus tard le 30.12.2010 mais l'avocat du GBS n'a pas agi dans les délais de sorte que le Conseil d'Etat a pu s'en tirer formellement avec le constat que le GBS "n'était plus intéressé". Pourtant, dans le rapport⁴⁴ du premier auditeur R. VAN DER GUCHT, on pouvait lire plusieurs choses intéressantes. La position des universités est qu'elles dispensent une formation en plus de la formation professionnelle existante et qu'il n'est pas porté atteinte à cette formation professionnelle. *"De academische opleiding is immers geen verplichte opleiding en het volgen van de opleiding belet de erkenning van de kandidaat – specialist niet."* (p. 4) (nous traduisons : la formation académique n'est pas en effet une formation obligatoire et suivre la formation n'empêche pas l'agrément des candidats spécialistes). En outre, l'avocat du gouvernement flamand affirme : *"Juist omdat het een facultatieve opleiding is en het verwerven van de master-na-master graad door de federale overheid niet wordt vereist voor erkenning als geneesheer-specialist, bezondigt de Vlaamse overheid zich niet aan de schending van de federale regelgeving."* (p. 10) (nous traduisons : Précisément parce que c'est une formation facultative et que l'obtention du grade de master-na-master n'est pas requise par l'autorité fédérale pour l'agrément comme médecin spécialiste, l'autorité flamande ne se rend pas coupable de violation de la réglementation fédérale). Selon l'auditeur, le gouvernement flamand peut créer et reconnaître une nouvelle orientation d'étude (p. 14). Il déclare qu'il n'existe pas de fondement normatif pour mener une concertation préalable à ce propos avec les unions professionnelles (p. 18).

Nous voilà prévenus. Si le point 3.2.4.e. de la réforme de l'Etat belge version 6.0⁴⁵ est développé, nous savons dès à présent que les universités se chargeront volontiers de l'organisation via les ministères de l'Enseignement des communautés. Cela nous a aussi déjà été annoncé à mots couverts

⁴⁴ Conseil d'Etat. Auditorat. N° : G/A.194.667/XII - 6035; Code V - 1APR. Transmis à l'avocat du GBS le 25.11.2010.

⁴⁵ Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat. Un Etat fédéral plus efficace et des entités plus autonomes. 11 octobre 2011. Point 3.2.4.e.: *"les modalités d'adaptation et d'évaluation de l'AR n° 78 : Les entités fédérées sont compétentes pour agréer les prestataires de soins dans le respect des conditions d'agrément déterminées par le fédéral."*

par le Prof. Dr Wilfried DE BACKER, quand le Prof. Dr Jacques GRUWEZ et le soussigné ont pris part, le 07.12.2011, à une concertation avec le président du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes et également administrateur général du SPF Santé publique, le Dr Dirk CUYPERS, concernant les questions communes transversales devant être prises en compte lors de la rédaction des projets de nouveaux arrêtés ministériels pour les critères d'agrégation existants. D'une manière quelque peu surprenante selon nous, Mme Chantal DE BOEVERE, coordinatrice de la CHAB, était présente à la deuxième partie de l'entretien.

2.7. Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

Tout comme lors de mon précédent rapport du 05.02.2011, force m'est de constater qu'aucun changement n'a encore été apporté à la législation relative au fonctionnement du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Les 101 membres sont invités un jour J, avec directement l'information que si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion sera convoquée le jour J + 7. Le GBS appelle alors tous les membres par voie électronique à ne pas être présent le jour J, puisqu'il est quasi certain que le quorum requis par banc ne sera pas atteint, mais le jour J + 7⁴⁶. La prochaine réunion avec un ordre du jour inchangé décide indépendamment du nombre de membres présents⁴⁷.

Ce "petit jeu" dure maintenant déjà depuis plus de trois ans, à tel point que certains confrères pensent à tort que le secrétariat du Conseil supérieur est situé au 20 avenue de la Couronne, à 1050 Bruxelles, dans les locaux du GBS. Les messages d'excuses et autres courriels qui nous parviennent sont transmis consciencieusement et très rapidement au service concerné auprès du SPF Santé publique. Dans la mesure où les administrations sont déjà accablées par de nouvelles économies, nous continuerons d'assurer, à titre gracieux, ce service au SPF.

Le Conseil supérieur s'est réuni les 28.04.2011 et 08.09.2011. Le 14.05.2011, le président, le Dr Dirk Cuypers, a organisé un séminaire intéressant sur l'agrégation des médecins spécialistes qui a rencontré beaucoup de succès. Une délégation importante du GBS y a assisté. Nos représentants ont participé activement aux débats. Comme cela avait été annoncé ce jour-là, des groupes de travail par commission d'agrégation, les chambres francophone et néerlandophone réunies, ont été lancés le 17.05.2011 pour préparer la révision de tous les critères d'agrégation pour les médecins spécialistes et pour parvenir à une proposition d'arrêté ministériel. Les présidents et secrétaires des deux chambres de la commission d'agrégation concernée, ainsi que quatre membres du Conseil supérieur, si possible de la discipline concernée, ont été systématiquement invités à chacune des réunions des groupes de travail. Le nombre de représentants présents tant des commissions d'agrégation que surtout du Conseil supérieur était généralement bas, et ce malgré les demandes pressantes de la juriste responsable du SPF Santé publique, Mme Veerle DELERUE, et du GBS. La raison est évidente dans la mesure où les réunions ont toujours lieu en journée pendant les heures de travail normales. Entre le 17.05 et le 06.12.2011, il y a déjà eu des réunions pour 27 commissions d'agrégation. Le Prof. Dr Jacques GRUWEZ a pris part à 14 et le Prof. Dr Francis HELLER à 10 au nom du Conseil supérieur (et du GBS – ABSyM). Les autres commissions d'agrégation suivront entre le 07.02.2012 et le 20.03.2012.

2.8. Conseil supérieur et agrégation de l'oncologie

Egalement dans mon vingt-deuxième rapport annuel en tant que secrétaire général du GBS, je suis malheureusement contraint de parler en termes négatifs de l'évolution du dossier de l'oncologie. Que ce soit pour l'agrégation dans la **qualification complémentaire en oncologie** pour les gastro-

⁴⁶ Cf. "La quadrature du cercle". Dr M. Moens. Rapport annuel 2009 du GBS. Le Médecin Spécialiste, n° spécial, mars 2010. Point 2.1.9.

⁴⁷ Article 5 §6 de l'A.R. du 21.04.1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 27.04.1983).

entérologues⁴⁸ ou pour les pneumologues⁴⁹, la possibilité théorique d'acquérir cette compétence complémentaire en oncologie reste lettre morte depuis deux ans. Pour les autres spécialités, les choses n'ont même pas encore commencé. Pour les gastro-entérologues, cela s'explique par le fait que la ministre Laurette ONKELINX a, le 09.12.2008, au Parlement à l'occasion d'une question orale du parlementaire CD&V Luc GOUTRY⁵⁰, fait répondre le secrétaire d'Etat Jean-Marc DELIZÉE qu'elle refuse que cette compétence complémentaire soit accordée par la commission d'agrégation de la spécialité de base. Citation : *“C’est pourquoi la ministre a décidé de constituer une commission unique pour l’oncologie, composée de médecins spécialistes des différentes spécialités qui sont compétents en matière d’oncologie.”*.

A la suite de quoi le Conseil supérieur a refusé, 48 heures plus tard, le 11.12.2008, de rendre un avis sur un projet d'arrêté ministériel⁵¹ que le Conseil avait élaboré à propos de cette compétence complémentaire à la demande de la ministre. Dans la rédaction du Conseil supérieur, le projet d'arrêté ministériel attribuait bien l'agrégation à la commission d'agrégation de gastro-entérologie. En refusant de rendre un avis, la ministre était (est?) coincée. Tout comme les pneumologues et les gastro-entérologues ayant des prétentions oncologiques bien évidemment. Ceux qui avaient espéré qu'après les élections du 13.06.2010, un autre ministre de la Santé publique – peut-être un CD&V – reprendrait les rênes auront dû déchanter 541 jours plus tard. Laurette ONKELINX, qui a été élue déjà à cinq reprises la femme la plus influente de Flandre⁵², reste bien accrochée à son siège de la Santé publique. A l'instar de sa conseillère pour l'oncologie, le Prof. Dr Dominique DE VALERIOLA, directrice générale médicale de l'institut BORDET, laquelle rejette de manière très démocratique mais avec une certaine opiniâtreté tous les avis relatifs à l'oncologie qui ne correspondent pas au sien.

Concernant les 26 pédiatres demandant l'agrégation de leur compétence complémentaire en **hématologie et oncologie pédiatriques**⁵³, il n'existe pas encore non plus d'arrêté ministériel qui permettrait leur agrégation. Pourtant, la réponse de la ministre ONKELINX, prononcée le 09.12.2008 par le secrétaire d'Etat Jean-Marc DELIZÉE au Parlement en réponse à la même question orale du parlementaire CD&V Luc GOUTRY, suit (citation) : *“La commission Pédiatrie sera compétente pour l’hématologie et pour l’oncologie pédiatrique, où les spécialistes et les demandes d’agrément sont peu nombreux.”*.

Le 26.05.2011, le soussigné a eu un entretien approfondi avec plusieurs membres du Collège de pédiatrie dans les locaux du SPF Santé publique, notamment concernant la qualification professionnelle particulière en hématologie et en oncologie. Par la suite, fin mai-début juin 2011, j'ai entretenu une correspondance nourrie sur cette problématique avec ce groupe de pédiatres hématologues oncologues. Le 01.06.2011, j'ai une nouvelle fois évoqué l'absurdité de la situation aux membres du Bureau du Conseil supérieur. J'ai mentionné la réponse parlementaire donnée plus haut au président et au conseiller juridique présent, Xavier VAN CAUTER. J'ai rappelé qu'une délégation de l'ABSyM et du GBS avait, le 10.09.2008, obtenu de Laurence BOVY, chef de cabinet de la ministre ONKELINX, la promesse que l'agrégation de la compétence complémentaire en hématologie et en oncologie pourrait être octroyée par la commission d'agrégation de pédiatrie, complétée par quelques experts pédiatres.

⁴⁸ A.M. du 29 janvier 2010 fixant les critères d'agrément supplémentaires des candidats, maîtres de stage et services de stage pour la qualification professionnelle particulière en oncologie, spécifiques aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en gastro-entérologie (M.B. du 03.02.2010).

⁴⁹ A.M. du 29 janvier 2010 fixant les critères d'agrément supplémentaires des candidats, maîtres de stage et services de stage pour la qualification particulière en oncologie, spécifiques aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en pneumologie (M.B. du 03.02.2010).

⁵⁰ Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'agrément spécifique de spécialités en oncologie" (n° 8136). Réponse du 09.12.2008.

⁵¹ Cf. rapport annuel 2008 du GBS : "Rien ne va plus", Dr M. Moens, 07.02.2009. Point V. Oncologie, p. 39.

⁵² Trends-Le Vif/L'Express novembre 2009

⁵³ A.M. du 14.05.2007 fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes porteurs de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatriques (M.B. du 06.06.2007)

J'ai profité de l'entretien sur les questions communes transversales pour la révision des critères d'agrément de toutes les spécialités du 07.12.2011 avec l'administrateur général du SPF Santé publique, le Dr Dirk Cuypers, pour revenir une nouvelle fois et en détail sur la problématique de l'hémato-oncologie pédiatrique. Le 08.12.2011, j'ai répondu dans le cadre d'une interview pour Artsenkrant TV à la question de savoir ce que je pensais du "retour" de Madame Onkelinx au poste de ministre des Affaires sociales et de la Santé publique que sa connaissance des dossiers était un avantage mais que son attitude en ce qui concerne l'agrément de la compétence complémentaire en oncologie, et plus particulièrement concernant le titre professionnel en hématologie et oncologie pédiatriques, était regrettable.

Le 09.12.2011, j'ai également abordé cette problématique lors de ma visite chez Mme Laurence BOVY, pas encore renommée chef de cabinet de Laurette ONKELINX, elle-même pas encore renommée ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

Le 14.12.2011, la question a été évoquée indirectement au sein du groupe de travail programme de soins en pédiatrie du Conseil national des établissements hospitaliers. Michel VAN HOEGAERDEN, directeur général de la DG 2 et responsable de l'agrément des titres professionnels, a communiqué au Prof. Yvan VANDENPLAS, président de la commission d'agrément de pédiatrie, ainsi qu'à moi-même que l'arrêté ministériel attribuant à la commission d'agrément de pédiatrie la compétence de traiter les demandes d'agrément en hématologie et oncologie pédiatriques moyennant l'adjonction de 3 experts en son sein quand il s'agit d'une agrément en hématologie et oncologie pédiatriques, serait publié dans le courant du mois de janvier 2012 au Moniteur belge. A ce jour, aucun A.M. n'a encore été publié. A une question adressée par courriel par le président, le Prof. Yvan VANDENPLAS, le vendredi 13.01.2012, Michel VAN HOEGAERDEN a répondu que la ministre demandait encore un peu de temps pour reprendre connaissance du dossier. Il comptait sur un accord dans les jours suivants⁵⁴. Il apparaît que 541 jours d'affaires courantes ne sont pas une bonne chose pour la mémoire. Même pour la Belgique, c'est quelque chose d'incroyable. Une chose qui est parfaitement possible via la commission d'agrément de médecine interne pour la qualification professionnelle particulière en hématologie pour adultes est une chose impossible pour les enfants depuis bientôt cinq ans. Pour installer valablement une commission d'agrément distincte pour l'hématologie et oncologie pédiatriques, il conviendrait de proposer 56 noms alors qu'il n'y a que 26 candidats. Est-ce du Franz KAFKA, du René MAGRITTE ou tout simplement du Dominique DE VALERIOLA ? Dieu le sait, quoique faisant partie des plus de 80 ans...

Le soussigné ne comprend aucunement le pourquoi de ce dossier. Après tout, début 2010, un code de nomenclature spécifique a été créé pour ce groupe de pédiatres très restreint⁵⁵. Mais ils n'ont pas encore pu l'utiliser. Pourtant, l'introduction de consultations pour les oncologues et hématologues pédiatriques figurait nommément et avec un rappel à l'ordre dans le rapport INAMI de la Commission de contrôle budgétaire parmi les fortes augmentations⁵⁶. Ceci n'est (vraiment) pas une pipe.

⁵⁴ Littéralement : *"From: Van Hoegaerden Michel [mailto:michel.vanhoegaerden@sante.belgique.be] Sent: vrijdag, januari 13, 2012 9:40 To: Yvan Vandenplas. Beste Voorzitter, De Minister heeft me gevraagd nog even te wachten om terug goede kennis te kunnen nemen van deze dossier. Ik zou een goedkeuring (nieuwe GO) binnen enkele dagen mogen verwachten. MvG"*.

⁵⁵ 102351 Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques N 25 (créé par A.R. du 18.12.2009, M.B. du 28.01.2010; valeur depuis le 01.01.2012 : 53,24 €)

et

102373 Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste accrédité, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques N 25 + Q 30 (créé par A.R. du 18.12.2009, M.B. du 28.01.2010; valeur : 54,18 €).

⁵⁶ Rapport de la Commission de contrôle budgétaire dans le cadre de la fixation du budget des soins de santé pour l'année 2012. Note CSS 2011/316; 15.09.2011; Point 1.6. Les honoraires pour les consultations et les visites, p. 15.

2.9. Studiecentrum Gezondheidszorg⁵⁷

Le 27.09.2011, le Dr Constantinus POLITIS a, en sa qualité de secrétaire général adjoint néerlandophone, tenu un exposé intitulé "lekken in de B2-financiering van de ziekenhuizen" (nous traduisons : brèches dans le financement B2 des hôpitaux) dans le cadre d'un cycle de formation sur "Le financement hospitalier" organisé par le *Studiecentrum voor Gezondheidszorg*. Une intervention opératoire pour laquelle aucun temps standard n'a été accordé a bien sa place en termes de financement dans le financement B2 par exemple mais ne figure pas dans cette cascade de calculs du fait de l'absence de temps standard.

2.10. EHSAL – HUB : Management général pour médecins spécialistes

Depuis l'année académique 2006-2007, la HUB^{58, 59} organise un cours de "Management général pour médecins spécialistes" en collaboration avec le GBS. Cette formation se divise en 4 modules. L'attention est portée successivement sur le contexte juridique général, sur la gestion générale, sur l'information et la gestion financières et enfin sur le planning financier personnel. Seuls les trois premiers modules font l'objet d'une accréditation en éthique et économie. Ces sessions sont notamment dispensées par plusieurs membres actifs du GBS, parmi lesquels le Dr Jean-Luc DEMEERE, président, le Dr Constantinus POLITIS, secrétaire général adjoint néerlandophone, le Dr Dirk HIMPE, membre du comité directeur au nom de l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation, et le Prof. Jan VERLOOY, ancien membre du comité directeur du Groupement professionnel de neurochirurgie.

2.11. Medicanorm

Dans le prolongement des activités de 2010⁶⁰, une session de formation a été organisée en mai et en octobre 2011 pour les visiteurs médicaux dans le secteur des médicaments. Chaque session a enregistré une centaine de participants. Le projet fonctionne depuis plusieurs années sur une base informelle et bénéficie du soutien des organisations de médecins, des mutuelles et du secteur des médicaments. Le 'steering committee' s'est réuni à 4 reprises durant l'année écoulée. Le Dr Jean-Luc DEMEERE participe à ces réunions au nom du GBS. Il intervient également comme professeur pour la partie management hospitalier. En 2011, on s'est efforcé de donner une structure plus formalisée à ce projet. Les projets de statuts d'une nouvelle asbl à constituer ont été examinés à plusieurs reprises au sein du steering committee. Lors de ces réunions, le GBS était représenté par Mme Fanny VANDAMME. A ce jour, ces discussions n'ont toujours pas débouché sur un texte définitif. Pour la réussite de ce projet, il est utile pour le GBS qu'il ait le support de toutes les parties concernées.

2.12. IRDM⁶¹

Le 31 mai 2011, le Dr Eddy Maes a participé comme représentant du GBS à l'assemblée générale extraordinaire au cours de laquelle la conclusion de la liquidation de l'asbl IRDM a été décidée. L'asbl IRDM, créée en 2002, avait pour objet de récolter des données médicales auprès des dispensateurs de soins en vue de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des décisions dans le domaine de la santé et des pratiques médicales. En raison de difficultés financières, cette organisation ne menait plus qu'une vie végétative depuis quelques années.

⁵⁷ vzw Studiecentrum Gezondheidszorg, Geldenaaksenbaan 460, 3001 Heverlee, organisation indépendante ayant des activités exclusivement centrées sur le secteur des soins de santé et du bien-être.

⁵⁸ Hogeschool-Universiteit Brussel, rue d'Assaut 2 à 1000 Bruxelles.

⁵⁹ Ehsal a été rebaptisé HUB au début de l'année académique 2008-2009.

⁶⁰ Rapport annuel 2010 – Le Dr Doom et les sept nains 2.14

⁶¹ Institut de Récolte de Données Médicales, créé en 2002 par le Dr Roland Lemye

2.13. Contacts politiques

2.13.1. Fédéral

Il convient de noter que depuis les élections fédérales du 13 juin 2010 avec un gouvernement en affaires courantes, le nombre de contacts avec des responsables politiques au niveau fédéral a été en très net recul. Plusieurs parlementaires avec lesquels nous entretenons des contacts réguliers par le passé soit ne se sont pas représentés, comme c'est le cas du Dr Yolande AVONTROODT (Open VLD), soit n'ont pas été élus, à l'instar de Luc GOUTRY (CD&V).

Il y a bien entendu eu des contacts avec le cabinet de la ministre Onkelinx, plus particulièrement en vue de l'accord médico-mutualiste, mais, à ces occasions, le soussigné intervenait en qualité de président de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM).

2.13.2. Communautés

A l'invitation de Mme Vera VAN DER BORGHT (Open VLD), vice-présidente de la Commission Bien-être, Santé publique, Famille et Politique en matière de pauvreté du Parlement flamand, le soussigné a examiné, conjointement avec Madame Martine BOGAERT, secrétaire du VAS⁶², le 07.04.2011 l'avant-projet de décret flamand portant déclaration obligatoire de pratiques médicales à risque. Cette question a également été étudiée avec le ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille Jo VANDEURZEN à l'occasion de la concertation structurelle avec les syndicats médicaux les 25 mai et 19 octobre 2011. Le même thème a également été traité dans le contexte fédéral le 04.05.2011 avec le Prof. Dr Koenraad Vandewoude, conseiller au cabinet Onkelinx⁶³, conjointement avec Monsieur Christiaan Decoster, directeur général de la DG Organisation Etablissements de Soins de Santé auprès du SPF Santé publique, et avec Martine BOGAERT dans sa fonction de conseillère juridique auprès de l'ABSyM.

Le GBS a été invité à participer, le 07.04.2011, à un échange de vues concernant l'arrêté du gouvernement flamand relatif au dépistage de population⁶⁴. Le Dr Johan BOCKAERT a pu constater que Domus Medica⁶⁵ s'efforce de s'approprier complètement cette initiative de l'autorité flamande et a demandé à devenir le seul interlocuteur du gouvernement flamand en la matière. Et pourtant Domus Medica est financé depuis des années essentiellement par des fonds fédéraux⁶⁶. Pour le Dr Johan BOCKAERT, cet arrêté du gouvernement flamand relatif au dépistage de population doit surtout être perçu comme une sorte de délimitation de territoire de l'autorité flamande par rapport au Plan fédéral contre le cancer de la ministre L. ONKELINX. Lors de notre rencontre du 19 octobre 2011, le ministre VANDEURZEN a annoncé que le rapport final sur le projet pilote relatif au dépistage du cancer colorectal mené de février 2009 à janvier 2010 dans la province d'Anvers était finalisé et qu'il déciderait dans les prochains jours si un dépistage de la population pourrait éventuellement être lancé. Cette décision ne nous a toujours pas été communiquée jusqu'à présent. La Wallonie a lancé un dépistage expérimental du cancer colorectal en 2009⁶⁷.

Au niveau de la Communauté flamande, le GBS est régulièrement invité par le ministre de la Santé Jo VANDEURZEN pour assister aux réunions de concertation avec les organisations de médecins. Au

⁶² Vlaams Artsensyndicaat, aile flamande de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM).

⁶³ Cellule hôpitaux, tissus, cellules, matériel humain, transfusion sanguine, sang et dérivés sanguins.

⁶⁴ Arrêté du 12.12.2008 du Gouvernement flamand relatif au dépistage de population dans le cadre de la prévention des maladies.

⁶⁵ Domus Medica asbl annonce sur son site Internet défendre les intérêts des médecins généralistes et les cercles de médecins généralistes en Flandre sur les plans scientifique, social et syndical.

⁶⁶ Dernièrement : A.R. du 02.12.2011 octroyant un subside à certaines organisations scientifiques de médecine générale en vue de favoriser l'apport d'un soutien scientifique à la médecine générale durant la période du 1er avril 2011 au 31 décembre 2011 (M.B. du 17.01.2012).

⁶⁷ Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française, 2009.

niveau de la Communauté française, il n'existe à ce jour à notre connaissance pas d'initiative similaire. Le Prof. Francis HELLER en tant que membre effectif et le Dr Eddy MAES en tant que membre suppléant assistent néanmoins aux réunions de l'Observatoire wallon de la santé qui a comme mission de déterminer les indicateurs de base de la santé et de créer une base de données sur les inégalités sociales de santé, l'environnement, le vieillissement et les maladies cardiovasculaires. Le Prof. Francis HELLER participe également comme membre du comité scientifique au groupe de travail concernant le vieillissement.

3. LA POLITIQUE BELGE

3.1. Généralités

Le royaume de Belgique a pulvérisé de 248 jours le record mondial en matière de "durée de formation de gouvernement" qui a appartenu jusqu'en 2010, avec 293 jours, à la république d'Irak. La mention au Guinness Book of Records est assurée, en espérant que ce soit pour plusieurs siècles. Une manifestation de la honte⁶⁸ après 200 jours d'absence de gouvernement, une révolution de la frite organisée par des étudiants le 17 février 2011 pour commémorer le fait que, ce jour-là, la Belgique a battu l'Irak en ce qui concerne l'absence de gouvernement (une date contestable⁶⁹), un "sommet citoyen" le 11.11.2011 concernant les problèmes politiques et organisé par un écrivain réputé⁷⁰ ou la barbe naissante du journaliste de la VRT Koen FILLET qui s'est transformée en une barbe grise de saint Nicolas, après l'invitation à se laisser pousser la barbe jusqu'à la formation d'un nouveau gouvernement⁷¹ lancée par l'acteur populaire en Wallonie et en France Benoît POELVOORDE à la population masculine belge. Une barbe naissante est en effet un bon moyen de visualiser le temps qui passe. Mais rien n'a pu accélérer le tempo des négociations du futur premier ministre Elio DI RUPO. Toutes les initiatives auront néanmoins eu comme origine une absence de gouvernement fédéral qui se prolonge à l'infini.

Manifestement, le gouvernement en affaires courantes a été quelque peu à bout de souffle puisqu'il n'y a eu "que" 81.964 pages publiées au Moniteur belge en 2011 : 1.714 pages, soit 2,05 % de moins que les 83.678 pages publiées en 2010 (cf. tableau 1). Il va sans dire que toutes les lois et tous les arrêtés publiés en 2011 n'ont pas été promulgués l'année dernière. 18 textes datent du 19^e siècle, notamment les traductions allemandes de la loi sur les unions professionnelles du 31.03.1898⁷², qui régleme aussi les faits et gestes du GBS, et la loi sur l'hypnotisme du 30.05.1892⁷³. Les Belges peuvent maintenant aussi être mis sous hypnose en langue allemande.

Le Service central de traduction allemande situé à Malmédy reste très actif car tant parmi les 131 publications du 20^e siècle que parmi les 212 publications de la première décennie du 21^e siècle se trouvent à nouveau un grand nombre de traductions allemandes. Le Moniteur belge a également publié en 2011 1.338 textes réglementaires qui avaient été promulgués en 2010.

Enfin, il convient aussi de signaler que le volume du Moniteur belge a soudainement connu un vigoureux rebond de croissance en août 2011. En guise d'exemple de réglementation flamande à tout-va, le gouvernement flamand a publié, le 24.08.2011, un arrêté pour déterminer qui a le droit

⁶⁸ Le dimanche 23.01.2011 avec comme slogan "Shame - no government for our country after 200 days" .

⁶⁹ A l'issue des élections du 7 mars 2010, l'Irak est parvenu à un accord gouvernemental en novembre 2010, après 249 jours. Mais il a encore fallu 40 jours pour que le parlement irakien approuve un gouvernement le 20.12.2010.

⁷⁰ David Van Reybrouck, auteur notamment de "*Congo. Een geschiedenis*" (2010) et organisateur du G1000 à Bruxelles le 11.11.11, "*un sommet citoyen sur l'avenir du pays*".

⁷¹ L'acteur Benoît Poelvoorde et le journaliste 'Monsieur Cinéma' Nicolas Buytaers ont lancé ensemble cet appel sur RTL-TVI le 11.01.2011.

⁷² Loi du 31.03.1898 sur les Unions professionnelles. Coordination officieuse en langue allemande (M.B. du 11.10.2011, éd. 1, p. 62364).

⁷³ Loi du 30.05.1892 sur l'hypnotisme (M.B. du 15.03.2011, éd. 1).

d'enseigner⁷⁴. Cela aura nécessité pas moins de 5.980 pages du Moniteur, soit 7,3 % du volume annuel total. Une définition de la formation de "ervaringsdeskundige armoede" nécessite 38 pages tandis que pour la formation de "fietsmakers", 6 pages auront suffi. Nous frémissons à la pensée de ce que nous réserve le MaNaMa flamand.

La politique fédérale est parfois plus concise mais, d'un autre côté, elle fait appel à un plus grand nombre d'auteurs que les deux excellences flamandes, Kris PEETERS⁷⁵ et Pascal SMET⁷⁶, qui ont apposé leur signature au bas de ce décret flamand avec sa méga-annexe. Egalement pendant les vacances d'été, le Moniteur belge⁷⁷ a informé les citoyens que, en date du 25 janvier 2010, les 21 Ministres belges compétents en matière de drogues - au niveau fédéral, régional et communautaire - ont adopté une Déclaration conjointe fixant les grandes lignes d'une Politique intégrale et intégrée en matière de drogues pour les années à venir.⁷⁸ Pour rappel, la constitution n'autorise que 15 ministres (fédéraux).

Nombre de pages du Moniteur belge

Année	Nombre de pages	Croissance par rapport à l'année précédente (%)	Augmentation cumulative 1989 = 100
1989	21.634	-	100,0
1990	24.732	+ 14,3	114,3
1991	30.176	+ 8,8	139,5
1992	28.212	- 6,5	130,4
1993	29.614	+ 5,0	136,9
1994	32.922	+ 11,2	152,2
1995	37.458	+ 13,8	173,1
1996	32.701	- 12,7	151,2
1997	35.508	+ 8,6	164,1
1998	42.444	+ 19,5	196,2
1999	50.560	+ 19,1	233,7
2000	43.680	- 13,6	201,9
2001	45.768	+ 5,1	211,6
2002	59.196	+ 29,3	273,6
2003	62.806	+ 6,1	290,3
2004	87.430	+ 39,2	404,1
2005	57.756	- 33,9	267,0
2006	76.486	+ 32,4	353,5
2007	66.290	-13,3	306,4
2008	69.359	+ 4,63	320,6
2009	83.000	+19,7	383,7
2010	83.678	+ 0,8	386,8
2011	81.964	-2,05	378,9

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

Tableau 1

⁷⁴ Arrêté du 08.04.2011 du Gouvernement flamand modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 octobre 1997 relatif à l'expérience utile comme titre pour les personnels de l'enseignement, l'arrêté du Gouvernement flamand du 1er septembre 2006 relatif à la concordance d'office et l'arrêté du Gouvernement flamand du 23 avril 2010 relatif aux titres et échelles de traitement des membres du personnel des centres d'éducation des adultes. (M.B. du 24.08.2011, pp. 48.420 à 54.400).

⁷⁵ Kris PEETERS est ministre-président du gouvernement flamand.

⁷⁶ Pascal SMET est ministre flamand de l'Enseignement, de la Jeunesse, de l'Egalité des chances et de Bruxelles.

⁷⁷ Appel à propositions dans le cadre du programme de recherche pluriannuel "Drogues" du Service public fédéral de programmation politique scientifique (M.B. du 08.08.2011).

⁷⁸ "Belgische drugsregering bestaat uit 21 leden". Artsenkrant 02.09.2011

3.2. Un processus de formation du gouvernement qui n'en finit pas

Il y a un an, j'évoquais le Dr Doom⁷⁹ et les sept nains⁸⁰ : la situation économique instable et les vaines tentatives pour constituer un gouvernement avec sept partis (côté flamand N-VA, CD&V, SP.A et Open VLD et côté francophone SP, cdH et MR) par la voie du compromis. L'année dernière, nous en étions restés à la mission d'informateur durant un mois (du 02.02.2011 au 01.03.2011) de Didier REYNDERS (MR). Du 02.03.2011 au 16.05.2011, le négociateur Wouter BEKE a pu faire une tentative. Puis l'ex-préformateur Elio DI RUPO (PS), qui avait déjà passé son été 2010 à une formation de gouvernement (du 08.07.2010 au 03.09.2010), est revenu sur la scène, cette fois en qualité de formateur au finish mais d'une lenteur exaspérante (du 16.05.2011 au 06.12.2011). En chemin, Groen!-Ecolo ont participé au processus durant quelques mois et la N-VA s'est retirée. Peu de temps avant la fête nationale flamande du 11 juillet, Bart DE WEVER et la N-VA ont renoncé⁸¹.

Entre-temps, le roi ALBERT II était à court de qualificatif pour désigner les hommes (il n'y a pas eu de femme) chargés de sauver le pays. Bart DE WEVER avait déjà été informateur et clarificateur, il y avait déjà eu des médiateurs travaillant en duo (Danny PIETERS, N-VA et André FLAHAUT, PS) et en solo (Johan VANDE LANOTTE, SP.A). Avec Didier REYNDERS, il a réutilisé le terme d'informateur et Wouter BEKE a terminé la liste en tant que négociateur. Pour en arriver finalement au terme approprié de "formateur", tant attendu : Elio DI RUPO.

Il a procédé par étapes. Après les vacances d'été et le départ du leader de la N-VA DE WEVER, un accord partiel "historique" a été trouvé au niveau communautaire le 14.09.2011 concernant la scission de l'arrondissement électoral de Bruxelles-Hal-Vilvorde. Après des semaines de menace⁸², Olivier MAINGAIN, vice-président du MR mais également et surtout aussi président du FDF, a fait le reproche au président du MR Charles MICHEL que les accords sur BHV sont un "accord de tricheurs" et MAINGAIN a prononcé la scission du FDF du MR. Il ne s'imaginait certainement pas que les choses termineraient ainsi quand il a prononcé les propos suivants il y a trois mois : *"Moi je ne participe pas à une coalition dont la N-VA est le pilote"*⁸³. A l'époque, ses propos avaient été abondamment commentés en Flandre⁸⁴. MAINGAIN n'aurait jamais pensé qu'à la mi-septembre 2011, aussi bien la N-VA que son propre parti, le FDF, auraient disparu de la table des négociations.

Si le MR réussit à se défaire du FDF, l'Open VLD quant à lui réussit à éclaircir les rangs des négociateurs gouvernementaux aux seuls PS, CD&V, MR, SP.A, Open Vld et cdH pour préparer le chapitre budgétaire et socio-économique de l'accord de gouvernement. Vincent VAN QUICKENBORNE⁸⁵ laisse tomber les frères siamois Groen!-ECOLO, avec respect mais quand même. Le nouveau venu dans les négociations, le tout nouveau président du cdH Benoît LUTGEN, qui succède à Joëlle MILQUET, aurait préféré que les verts restent⁸⁶. Les huit partis étaient nécessaires pour une majorité des deux tiers pour approuver la réforme de l'Etat. Pour les négociations gouvernementales, l'Open VLD était d'avis que six partis suffisaient. Les verts, par ici la sortie.

Et si c'était possible, le volet financier aura été encore plus difficile que le communautaire. Après une semaine de disputes tambourinantes^{87, 88}, le président de l'Open VLD, Alexander DE CROO,

⁷⁹ Surnom de Nouriel ROUBINI, professeur d'économie à l'université de New York, qui avait prédit la crise bancaire mondiale dès 2005.

⁸⁰ "Le Dr Doom et les sept nains". Dr Marc MOENS. Rapport annuel 2010 du GBS. N° spécial. Février 2011.

⁸¹ "N-VA zegt 'neen'. 'Eerlijker om neen te zeggen dan tactisch ja' ". De Standaard 07.11.2011.

⁸² "MR-FDF, séparation imminente?". Le Vif, L'Express, 16.09.2011.

⁸³ "Maingain : La NV-A (sic) une menace pour la démocratie". Le Soir 18.06.2011.

⁸⁴ "N-VA doet FDF en MR clashen. Olivier Maingain wijst een coalitie met de N-VA af". De Standaard, 20.06.2011.

⁸⁵ "Van Quickenborne : 'Pas dans un gouvernement avec huit partis' ". La Libre Belgique, 11.10.2011.

⁸⁶ "cdH had groenen liever aan boord gehouden". De Morgen, 13.10.2011.

⁸⁷ "Pensions, emploi, soins de santé, recettes : pierres d'achoppement des négociations". La Libre Belgique, 16.11.2011.

⁸⁸ "Liberalen en socialisten op ramkoers". De Tijd. 15.11.2011.

l'organisateur de la crise gouvernementale d'avril 2010⁸⁹, tire la prise pour la deuxième fois le lundi 21.11.2011⁹⁰. L'Open VLD a estimé que la proposition de DI RUPO ne contenait pas suffisamment d'économies. DI RUPO se rend à nouveau chez le roi, cette fois à Ciergnon : du cinéma ou pour de vrai?⁹¹ Le 26.11.2011, Standard & Poors annonce une dégradation de la note de la Belgique qui passe de AA+ à AA et, tout d'un coup, tout devient possible. A l'issue d'une réunion-marathon de 18 heures, les négociateurs parviennent finalement à un accord sur le budget. Des épargnants belges jettent pour plus de 5,7 milliards d'euros en bons d'Etat dans la bataille durant la dernière semaine du mois de novembre 2011 et même le premier ministre en affaires courantes, démissionnaire depuis des mois, Yves LETERME, fait partie du nombre. De sorte qu'il peut rejoindre son poste à Paris, à l'OCDE, la conscience tranquille⁹². Après l'approbation des textes par les congrès de partis des négociateurs, le gouvernement est constitué le 05.12.2011, certes après de belles empoignades, et Albert II peut placer ses souliers devant la cheminée pour saint Nicolas en toute sérénité.

3.3. Un nouveau gouvernement

3.3.1. Tensions

Après 541 jours de négociations après les élections du 13.06.2010, Elio DI RUPO et son nouveau gouvernement constitué de 13 ministres et de 6 secrétaires d'Etat prêtent serment devant le roi Albert II le jour de la Saint-Nicolas 2011. Certains Flamands avaient espéré que Steven VANACKERE (CD&V) obtiendrait le poste des Affaires sociales et/ou de la Santé publique. Il avait en effet remis ses ambitions pour le poste de gouverneur de la province de Flandre occidentale pour la politique fédérale mais il a été nommé ministre des Finances et vice-premier ministre. Laurette ONKELINX (PS) conserve les deux départements. Les spéculations annonçant qu'elle succéderait à Elio DI RUPO à la présidence du PS ont persisté jusqu'au début décembre. Mais c'est finalement le député liégeois de Sprimont Thierry GIET, membre de la Chambre des représentants depuis 1995 et président du groupe PS, qui lui succède par intérim. Concernant les questions médicales, le président du groupe PS qui est provisoirement toujours intérimaire tient peut-être de son frère Didier, professeur de médecine générale à l'université de Liège⁹³. Le Prof. Dr Didier GIET a été le premier médecin généraliste à avoir été admis, le 28.02.2009, à l'Académie royale de médecine de Belgique⁹⁴ comme membre ordinaire. Certains médecins spécialistes francophones perçoivent le Prof. Dr Didier GIET comme hostile aux médecins spécialistes.

3.3.2. Le verdict

Il s'agit d'un gouvernement relativement jeune mais très peu féminin. Aussi bien l'âge moyen que l'âge médian des ministres est de 49 ans : le premier ministre Elio DI RUPO (PS, premier ministre) est le pater familias (60 ans), suivi par Johan VANDE LANOTTE (SP.A, 56 ans, vice-premier ministre et ministre de l'Économie, des Consommateurs et de la Mer du Nord), Monica DE CONINCK (SP.A, 55 ans, ministre de l'Emploi), Laurette ONKELINX (PS, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris⁹⁵ et des Institutions culturelles fédérales) et Didier

⁸⁹ "Open VLD wil voor donderdag duidelijkheid. Alexander De Croo trekt stekker uit Leterme II". De Morgen 16.04.2010.

⁹⁰ "Di Rupo muurvast, 'De Croo trekt stekker eruit'." Knack.be, 21.11.2011.

⁹¹ "De onoverbrugbare kloof tussen PS en Open VLD". De Tijd 22.11.2011.

⁹² "Leterme officieel benoemd bij de OESO. Ontslagnemend premier Yves Leterme is vrijdag benoemd tot adjunct-secretaris-generaal van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling". De Standaard, 16.09.2011.

⁹³ Sur base d'une interview : "Le président du PS veut faire évoluer le nombre de numéro INAMI". Journal du médecin, 27.01.2012.

⁹⁴ "Didier GIET: ambassadeur de la médecine générale". Journal du médecin, 05.06.2009.

⁹⁵ Beliris est le nom de l'Accord de Coopération entre l'Etat fédéral et la Région de Bruxelles-Capitale. Il prévoit des initiatives destinées à promouvoir le rôle international et la fonction de capitale de Bruxelles. La Direction Infrastructure de Transport, qui fait partie du Service Public Fédéral Mobilité et Transports, est chargée de

REYNDERS (MR, vice-premier ministre et ministre des Affaires étrangères, du Commerce extérieur et des Affaires européennes) (tous deux âgés de 53 ans), Joëlle MILQUET (cdH, 50 ans, vice-première ministre et ministre de l'Intérieur et de l'Egalité des chances), Pieter DE CREM (CD&V, 49 ans, ministre de la Défense), Steven VANACKERE (CD&V, vice-premier ministre et ministre des Finances et du Développement durable, chargé de la Fonction publique) et Olivier CHASTEL (MR, ministre du Budget et de la Simplification administrative) (tous deux âgés de 47 ans), Sabine LARUELLE (MR, 46 ans, ministre des Classes moyennes, des PME, des Indépendants et de l'Agriculture), Annemie TURTELBOOM (Open VLD, 44 ans, ministre de la Justice), Paul MAGNETTE (PS, 40 ans, ministre des Entreprises publiques, de la Politique scientifique et de la Coopération au développement, chargé des Grandes Villes) et Vincent VAN QUICKENBORNE (Open VLD, 38 ans, vice-premier ministre et ministre des Pensions).

Seulement cinq femmes sur treize ministres et en outre pas une seule dame du CD&V, un constat qui n'a pas échappé aux femmes flamandes. D'autant plus que l'ex-présidente du SP.A, Caroline GENNEZ, ne figurait pas sur la liste rêvée de son successeur, Bruno TOBBACK, et a été débarquée sans pardon⁹⁶. Le benjamin du gouvernement est chargé des pensions. Une pensée rassurante pour nos seniors de plus en plus âgés. Si Vincent VAN QUICKENBORNE entend encore profiter d'une pension dans 27 ans (au plus tôt), il doit y travailler aujourd'hui. Malgré le coup de semonce adressé au gouvernement en formation avec une grande manifestation nationale des syndicats le 02.12.2011, il a pris un départ fulgurant avec les réformes des pensions. Cela n'a toutefois pas été apprécié par tout le monde et a été le motif de l'organisation d'une grève nationale le 30.01.2012.

L'âge moyen des six secrétaires d'Etat est encore plus bas, soit 46 ans, et l'âge médian se situe à 44 ans : Servais VERHERSTAETEN (CD&V, 51 ans, secrétaire d'Etat aux Réformes institutionnelles, adjoint au premier ministre, et secrétaire d'Etat à la Régie des bâtiments, adjoint au ministre des Finances et du Développement durable, chargé de la Fonction publique), Maggie DE BLOCK (Open VLD, 49 ans, secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice), Philippe COURARD (PS, 45 ans, secrétaire d'Etat aux Affaires sociales, aux Familles et aux Personnes handicapées, chargé des Risques professionnels, adjoint à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique), Hendrik BOGAERT (CD&V, 43 ans, secrétaire d'Etat à la Fonction publique et à la Modernisation des services publics, adjoint au ministre des Finances et du Développement durable, chargé de la Fonction publique), John CROMBEZ (SP.A, 38 ans, secrétaire d'Etat à la Lutte contre la fraude sociale et fiscale, adjoint au premier ministre) et Melchior WATHELET (MR, 34 ans, secrétaire d'Etat à l'Environnement, à l'Energie et à la Mobilité, adjoint à la ministre de l'Intérieur et de l'Egalité des chances, et secrétaire d'Etat aux Réformes institutionnelles, adjoint au premier ministre).

3.3.3. Liens politiques avec le secteur de la santé

Cela fait longtemps qu'il n'y avait plus eu de médecin au gouvernement. Maggie DE BLOCK (Open VLD), secrétaire d'Etat et, jusqu'au 06.12.2011, médecin généraliste, a hérité d'un poste difficile. Son entrée en matière n'a pas été très heureuse⁹⁷: elle allait d'abord consacrer un mois à l'étude des dossiers mais, entre-temps, les sans-abri risquaient de mourir de froid à Bruxelles. A la question de savoir si elle était satisfaite de son portefeuille, elle a répondu que si cela avait été un héritage, elle l'aurait refusé⁹⁸. Nous lui faisons crédit, même si elle a parlé par erreur de "gang bangs"⁹⁹ au lieu de bandes urbaines. Mais il est permis de douter qu'elle devienne un jour la Gro HARLEM BRUNDTLAND

l'étude, de la réalisation et du contrôle de ces initiatives. Bel- représente la Belgique, -iris est le logo de la Région de Bruxelles-Capitale.

⁹⁶ "Het droomlijstje van Bruno Tobback". De Standaard, 07.12.2011.

⁹⁷ "Maggie De Block moet zich herpakken." Artsenkrant, 13.01.2012.

⁹⁸ "Was het een erfenis, ik zou ze weigeren". De Morgen 11.01.2012.

⁹⁹ Ibidem. La rédaction du quotidien "De Morgen" explique : "(sic, de staatssecretaris doelt met gang bangs op jongerenbendes, red.)".

belge¹⁰⁰. Parmi les ministres, Olivier CHASTEL (MR) est titulaire d'un diplôme de pharmacien. Le hasard, cela n'existe pas. Le nouveau ministre du Budget et de la Simplification administrative a choisi comme porte-parole flamand Jasper PILLEN, le président brugeois du Jong VLD. CHASTEL devra aider à faire accepter des économies drastiques dans le secteur des médicaments et pharmacie.

Le vice-premier ministre Vincent VAN QUICKENBORNE se plaît à raconter aux médecins que son père est cardiologue. Mais là s'arrête le lien avec notre profession. Quoique, dans la mesure où mieux nous soignons nos patients, plus longtemps ils vivent et plus difficile est la gestion financière de son département. A l'heure actuelle, 17 % de la population belge a plus de 65 ans. Le Bureau du plan estime qu'en 2025, ce sera 24 % et, en 2050, pratiquement 26 %. Aujourd'hui, les seniors âgés de 85 ans ou plus constituent 2,2 % de la population belge (dont 1.623 centenaires répartis en 1.428 femmes et 195 hommes) et, en 2025, ils seront 3 % et 5,8 % en 2050¹⁰¹. Et ce tandis que la tranche d'âge des moins de 60 ans est en recul dans le monde occidental. Sans les chiffres élevés de l'immigration, la population globale du monde occidental devrait diminuer d'ici 2050.

Au bord de la mer, on n'apprend pas seulement à pêcher et à prendre le vent mais également à chasser. Le ministre Johan VANDE LANOTTE¹⁰² n'a manifestement pas eu beaucoup de problèmes pour que son camarade de parti originaire de la même ville que lui John CROMBEZ (SP.A) ait le poste de secrétaire d'Etat à la Lutte contre la fraude sociale et fiscale. Nous supposons qu'il investira son temps de chasseur de fraudeurs équitablement entre la fraude sociale et la fraude fiscale. Jusqu'à présent, il se contente de faire des coups d'éclat à la Steve STEVAERT (qui a disparu depuis de la scène politique) en tenant des propos retentissants sur les avocats et experts fiscalistes¹⁰³ et se métamorphose l'espace d'un jour en un homme politique populaire.¹⁰⁴ Les médecins également sont certainement dans sa ligne de tir.

3.3.4. Connaissances linguistiques

Il faut remonter à Edmond LEBURTON (26.01.1973-25.04.1974) pour trouver un premier ministre wallon socialiste nommé par le roi. Elio DI RUPO, fils d'immigrants italiens pauvres, a réalisé le "rêve américain" à la belge en devenant le 49^e premier ministre. Il a pleinement conscience du fait que son pays, au moment de son entrée en fonction, compte ± 11,08 millions d'habitants, dont 6,39 millions résident en Flandre, 3,58 millions en Wallonie et 1,11 million dans la Région de Bruxelles-Capitale. Le fait que l'appellation de Fédération Wallonie-Bruxelles remplace ou non dans la constitution la dénomination Communauté française¹⁰⁵ ou que le ministre-président flamand Kris Peeters (CD&V) entende ou non reconnaître la Fédération Wallonie-Bruxelles comme une instance officielle¹⁰⁶ ne change rien à l'affaire.

Le premier ministre sait pertinemment qu'il doit être en mesure de s'exprimer dans la langue de la majorité des citoyens, à savoir le néerlandais. Il s'est exercé dès la mi-janvier 2012 avec son homologue néerlandais, le ministre-président Mark RUTTE¹⁰⁷. Cela a été manifestement mieux que

¹⁰⁰ Gro HARLEM BRUNDTLAND a étudié la médecine à l'université d'Oslo et a fait un Master of Public Health à l'université de Harvard aux Etats-Unis. Elle a été membre du parti des travailleurs norvégien, a travaillé pour le ministère norvégien de la Santé publique, a été ministre de l'Environnement en 1974 et a ensuite été premier ministre de la Norvège à trois reprises. Elle a été la première femme à avoir été directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé.

¹⁰¹ <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/vooruitzichten>

¹⁰² "Vande Lanotte geeft (bijna) alle mandaten op. Mandatenkampioen Vande Lanotte is niet langer voorzitter van Electrawinds, basketbalclub Telenet Oostende, de bedrijven Otary en Rebo en ...". De Standaard, 07.12.2011.

¹⁰³ "Crombez valt fiscale advocaten aan". De Standaard, 25.01.2012.

¹⁰⁴ "Jacht is open, nu nog raak schieten". De Morgen, 27.01.2012.

¹⁰⁵ "Dites désormais la Fédération Wallonie-Bruxelles". Le Soir, 04.04.2011.

¹⁰⁶ "Peeters erkent de federatie Brussel Wallonië niet". De Standaard, 25.05.2011.

¹⁰⁷ "Nederlands van Di Rupo is goed. Premier Di Rupo kaart in Nederland Hedwigepolder aan". De Standaard, 18.01.2012.

lors du tout premier SMS qu'il aurait envoyé (selon Humo) à Bart DE WEVER avec le message : "*Ik zie U graag*", ce qui était une traduction trop littérale de : "*J'aimerais bien vous voir*"¹⁰⁸. Entre-temps, il a reçu d'Alexander DE CROO une application de traduction fiable pour son BlackBerry. Personne ne s'attend à ce que Di RUPO puisse chanter sans commettre la moindre faute le "Vlaamse Leeuw" sur les marches de la basilique de Koekelberg en préambule du prochain Te Deum, à l'instar de son prédécesseur Yves LETERME qui avait entonné la Marseillaise en réponse à un journaliste qui lui demandait de chanter la Brabançonne le 21.07.2007.

Les Flamands et médecins plus âgés se souviennent de son prédécesseur Edmond LEBURTON surtout pour sa totale méconnaissance de la langue néerlandaise et pour son aversion pour tout ce qui faisait penser un tant soit peu aux médecins. De notre point de vue, Elio DI RUPO ne peut que faire mieux que son prédécesseur controversé.

3.4. Le nouveau gouvernement à l'attaque ou sur la touche?

Pendant que la Belgique traversait pratiquement quatre années de crise politique, le monde n'est pas resté immobile. Il est grand temps d'arrêter de se regarder le nombril. La politique mondiale et plus particulièrement l'Europe dictent la direction que DI RUPO and Co devront prendre. La question préoccupante sous Leterme II "Que va-t-il advenir de la zone euro" était sur toutes les lèvres. Et, à un niveau inférieur, pour le secteur qui nous intéresse directement : "Quelles seront les conséquences pour notre secteur de la santé?" Le printemps arabe, le boom économique de la Chine et de l'Inde ainsi que, dans le même temps, le déclin de l'ancien monde, y compris les Etats-Unis depuis que la crise des crédits a débuté en 2007, plus rien n'est certain. Le communisme a quasiment disparu, le capitalisme vacille.

Il est clair que les Etats ont de moins en moins à dire. Notre premier ministre Elio DI RUPO (PS) peut bien serrer chaleureusement la main d'Angela MERKEL et déclarer simultanément dans une interview accordée à l'hebdomadaire allemand Der Spiegel qu'elle ne peut pas se mêler trop de la politique belge¹⁰⁹. Il reçoit volontiers les messages de félicitation à l'occasion de son accession au poste de premier ministre, notamment de Nicolas SARKOZY¹¹⁰. Et Paul MAGNETTE (PS) peut également faire la leçon à la politique de l'UE parce qu'il estime que l'UE emprunte une voie ultra-libérale¹¹¹. De toute manière, c'est la Commission européenne qui déterminera le budget belge et par voie de conséquence le budget des soins de santé.

Et pourtant ce sont surtout les questions intérieures belges qui ont retenu et continuent de retenir l'attention.

3.4.1. Transfert de compétences

3.4.1.1. Enumération

Dans son accord papillon¹¹² du 11.10.2011, Elio DI RUPO se livre à une énumération des compétences qui seront transférées aux Etats fédérés. Au cours d'une réunion du Conseil supérieur de l'INAMI qui s'est tenue le 17.10.2011, le mot salle d'attente a été prononcé car il est clair que le transfert de compétences ainsi que le transfert de financement s'y rapportant se feront dans le cadre d'un plan pluriannuel. A l'occasion d'un long débat laborieux consacré à la prévention du tabac et des drogues dans le cadre du Comité de l'assurance de l'INAMI du 23.12.2011, Bernard LANGE,

¹⁰⁸ "Humo sprak met de schrik van de strik Elio DI RUPO". Humo, n° 3721, 27.12.2011.

¹⁰⁹ "Merkel moet zich niet mengen in Belgische politiek". De Standaard, 23.01.2012.

¹¹⁰ "Nicolas Sarkozy et Martine Aubry félicitent Elio Di Rupo". La Libre Belgique, 06.12.2011.

¹¹¹ "Magnette se rebelle contre la Commission européenne". Le Soir, 12.01.2012.

¹¹² A défaut de nom de saint ou en signe d'aversion à l'encontre de l'Eglise catholique de l'archevêque André-Joseph Léonard et de l'ancien évêque de Bruges Roger Van Gheluwe, l'accord a été baptisé en référence à un élément célèbre de la tenue vestimentaire du président des réunions : Elio Di Rupo se présente presque toujours vêtu d'un nœud papillon.

commissaire du gouvernement au nom de la ministre ONKELINX, a laissé échapper que le transfert de compétences probable pourrait durer jusque début 2015. En attendant, le gouvernement fédéral, via l'INAMI, prévoit les moyens financiers nécessaires jusqu'au transfert de ces budgets vers les communautés par la concrétisation de l'accord institutionnel du 11.10.2011. L' *"Institut pour garantir des réponses concertées aux grands défis en soins de santé"*¹¹³ devra également prendre part aux décisions de ce qui peut être transféré de l'INAMI fédéral aux communautés et aux régions et quand.

Le Conseil général de l'INAMI du 17.10.2011 a parlé de manière informelle de "salle d'attente" à propos de dossiers qui sont pour l'instant financés en totalité ou en grande partie par l'INAMI. Des chapitres importants concernent notamment les campagnes de vaccination préventives, le financement des cercles de médecins généralistes, la coordination des soins dispensés par les médecins généralistes, les soins aux handicapés, la qualité des soins dans le secteur des maisons de repos, un volet de l'agrément et du financement des hôpitaux, le projet relatif aux soins dentaires pour les enfants et encore tout une série de projets plus petits. Surtout en ce qui concerne les soins aux personnes âgées, une voix s'est immédiatement levée du côté francophone pour demander si tous les Belges continueront bien à avoir droit à la même infrastructure de qualité. Le MR, qui est dans l'opposition, a formulé la critique¹¹⁴. Mais tant Éliane TILLIEUX (PS), ministre wallonne de la Santé, de l'Égalité des chances et l'Action sociale, que Fadila LAANAN (également PS, et représentées via leur parti dans le nouveau gouvernement fédéral), ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances de la Fédération Wallonie-Bruxelles, ont rassuré leurs collègues libéraux¹¹⁵. Le Dr Daniel BACQUELAINE, chef de groupe MR au Parlement fédéral, tenait à rassurer sa base régionale et a juré que les soins de santé resteraient dans un cadre fédéral, non séparatiste¹¹⁶. En Flandre, les réactions étaient moins rassurées. L'accord papillon complique tout encore un peu plus et n'apporte aucune paix communautaire, de l'avis du docteur et sénateur N-VA Louis IDE¹¹⁷.

3.4.1.2. L'INAMI reste fédéral

L'INAMI reste placé sous l'autorité fédérale¹¹⁸. Cela signifie concrètement qu'il n'y a pas de risque que les médicaments soient remboursés autrement de l'un ou l'autre côté de la frontière linguistique et que la nomenclature des soins de santé sera appliquée et remboursée de la même manière partout en Belgique, etc.

3.4.1.3. Matières partagées

D'autres matières devront faire l'objet d'un accord de coopération, par exemple la gestion et le financement du Centre fédéral d'expertise. Un dossier très sensible pour les médecins concerne la gestion et l'utilisation d'eHealth ainsi que la transmission des connaissances et des informations. L'accord papillon évoque à ce sujet *"le principe d'une obligation réciproque et inconditionnelle de partager les informations disponibles, dans le respect des droits du patient et de la loi sur la protection de la vie privée. eHealth sera dès lors cofinancé par le fédéral et les entités fédérées"*¹¹⁹.

Malgré tout, nous pouvons difficilement nous défaire de l'impression que les choses ne se font pas en parallèle au nord et au sud. Faut-il en rechercher l'explication dans le mécontentement politique exprimé à ce propos par la députée Ecolo Muriel GERKENS¹²⁰ à la fin de l'année 2010? *"Cinq postes*

¹¹³ Point 3.2.1. de l'accord papillon du 11.10.2011.

¹¹⁴ "Les craintes budgétaires de l'opposition". Le Journal du médecin, 18.10.2011.

¹¹⁵ "La réforme 'papillon' n'effraye pas les ministres de la Santé". Le Journal du médecin, 18.10.2011.

¹¹⁶ "Bacquelaine : 'La santé reste dans un cadre fédéral, non séparatiste' ". Le Journal du médecin, 18.10.2011.

"Bacquelaine : 'Gezondheid blijft in federaal, niet-separatistisch kader' ". Artsenkrant, 18.10.2011.

¹¹⁷ "Louis Ide maakt rups van vlinder". Artsenkrant, 18.10.2011.

¹¹⁸ Point 3.2.2. de l'accord papillon du 11.10.2011: Les missions essentielles du fédéral.

¹¹⁹ Point 3.2.4.b. de l'accord papillon du 11.10.2011 : La gestion et l'utilisation d'eHealth ainsi que la transmission des connaissances et des informations.

¹²⁰ Trop flamande, la plateforme eHealth. La future 'Banque Carrefour' du secteur de la santé serait sous domination flamande, selon Ecolo. Le Soir, 08.12.2010.

clés sur six sont néerlandophones et il n'y a toujours pas de médecin francophone dans l'équipe", a-t-elle déclaré. GERKENS avait déjà regretté qu'un seul homme, l'administrateur général Frank Robben, maîtrise la plate-forme depuis sa conception. En raison de la longue durée du gouvernement en affaires courantes, il n'a pas pu y avoir d'évaluation parlementaire de eHealth, même si c'était prévu.

En Wallonie et à Bruxelles, il y a le Réseau Santé Wallon, qui doit à terme interconnecter tous les hôpitaux situés au sud de la frontière linguistique et, via l'Abrumet bruxellois, également les hôpitaux bruxellois et permettre à des dispensateurs de soins médicaux autorisés d'accéder au dossier médical personnel de patients. Il s'agit d'un système très sécurisé qui bénéficie déjà de la confiance d'un très grand nombre de médecins généralistes, de médecins spécialistes (hospitaliers) et de patients francophones. Les échanges d'informations ont lieu en temps réel et ne sont pas stockés de manière centralisée. Les médecins sont à l'origine du système.

En Flandre, on est parti d'un groupe de dispensateurs de soins intéressés plus disparate. Après la conférence sur les soins de première ligne du 11.12.2010, organisée par le ministre flamand Jo VANDEURZEN, les choses ont été rationalisées et l'initiative a été reprise par la *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid*. Sous le titre "eerstelijnskluis", rebaptisé depuis Vitalink, une plate-forme sécurisée de partage de données médicales pour tous les acteurs du secteur des soins et du bien-être ainsi que pour les citoyens est mise sur pied. L'autorité flamande collabore à cet effet avec la plate-forme fédérale eHealth et avec cinq 'hubs' régionaux, qui renvoient chacun séparément vers le lieu où sont stockées les informations relatives à "leurs" patients. Le hub autour de l'UZ Leuven couvre pas moins de 35 hôpitaux et celui de Gand une vingtaine. La *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid* entend tout enregistrer de manière centralisée avec Vitalink : "Vitalink, een centraal platform voor gegevensdeling waar gegevens beschikbaar staan voor de relevante actor, en constant gedeeld kunnen worden"¹²¹ (nous traduisons : Vitalink, une plate-forme centralisée de partage des données où les données sont à la disposition de l'acteur pertinent et peuvent être partagées en continu). L'accès à Vitalink se passe toujours dans le cadre d'une relation thérapeutique.

En tant que délégué pour le VAS (Vlaams Artsensyndicaat) au sein de la plate-forme flamande Zorgvernieuwingsplatform Flanders' Care, nous nous efforçons de suivre au plus près les développements IT.

3.4.1.4. Matières avec une double réglementation

Les modalités de contingentement des métiers de la santé, en d'autres termes la compétence relative à la définition de sous-quotas, est transférée aux Communautés. Les entités fédérées sont compétentes pour agréer les prestataires de soins mais elles doivent respecter les conditions d'agrément déterminées par le fédéral via l'A.R. n° 78¹²². Le législateur entend ainsi éviter l'apparition de deux sortes de prestataires de soins par catégorie professionnelle, qu'il s'agisse de médecins, de pharmaciens, de dentistes, d'infirmiers, de paramédicaux, de kinésithérapeutes ou de tous les autres métiers de la santé. Le diplôme universitaire de "master complémentaire" ou "master na master" jugé superflu par le GBS ne peut pas ainsi conduire à deux, voire plus encore selon le nombre d'universités ou d'école supérieures, formations différentes par rôle linguistique (cf. point 2.5.).

3.4.1.5. Pour qui la taxe sur les graisses?

Concernant la prévention du tabac et des drogues, il y a un accord même s'il n'y a pas encore de date précise : ce volet de la prévention est défédéralisé. Mais quid de nos mauvaises habitudes alimentaires? Si nous nous alignons sur le Danemark en introduisant une taxe sur les graisses¹²³, qui

¹²¹ <http://www.gezondheidsconferentie.be/uploadedFiles/subsite02/GZHConf%20presentatie%20WG2.pdf>

¹²² Arrêté royal n° 78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

¹²³ "Denemarken voert belasting in op vet eten". De Morgen, 03.10.2011.

devra la payer? Le producteur d'aliments gras? Celui qui les mange? Celui qui les cuisine? Le restaurant, (peu importe ou) selon qu'il est établi à Bruxelles, en Flandre, en Wallonie ou en Communauté germanophone? Maintenant que le dossier BHV est résolu, il est possible de s'attaquer à d'autres problèmes sérieux. Du reste, cela fait des décennies que le VLD parle de dégraisser radicalement les pouvoirs publics¹²⁴, un thème qui fait encore recette aujourd'hui auprès de la jeune garde. Mais tout le monde n'est pas du même avis concernant cette taxe. Pour l'épidémiologiste Dr Luc BONNEUX, nous bougeons trop peu¹²⁵. Et c'est la raison de l'obésité. Cependant, il n'est pas possible de prélever de taxe sur l'activité physique. Le Prof. Jean NÈVE, entre autres président du Conseil supérieur de la santé et expert en nutrition, est plutôt pour¹²⁶. Celui qui ne veut pas entendre doit en subir les conséquences. Quand même aussi un problème communautaire? Oublions cette taxe danoise sur les graisses!

3.4.2. Maintien des compétences avec un budget restreint

3.4.2.1. Budget

La ministre Laurette ONKELINX ayant conservé son poste aux Affaires sociales et à la Santé publique, elle entend poursuivre sa politique sans rien changer. Pourtant, elle va devoir fixer des priorités pour les 2 années et demie qui lui restent comme ministre compétente pour le SPF Santé publique et l'INAMI¹²⁷. D'autant plus que le contexte budgétaire a radicalement changé : l'objectif budgétaire annuel global a été fixé à 25.627,379 millions d'euros pour l'année 2012¹²⁸. Cela représente 241,957 millions d'euros de moins que l'objectif budgétaire global fixé pour 2011 de 25.869,336 millions d'euros. En outre, en 2012, 320,144 millions sont "gelés" pour cause de sous-utilisation¹²⁹. Avec toutes ces économies, le budget utilisable pour 2012 se monte à 25.307,235 millions, soit 562,101 millions d'euros de moins qu'en 2011 (soit -2,17 %). La norme de croissance de 4,5 %, qui est encore inscrite dans la loi mais qui est entre-temps dépassée¹³⁰, sera remplacée dans le futur par les dispositions suivantes de l'accord de gouvernement du 01.12.2011¹³¹:

- le budget global 2012, avec ses économies et ses gels, sert de base de calcul pour le calcul du budget 2013. Le budget 2013 est le budget 2012 augmenté d'une norme de croissance fixée à 2%, plus l'augmentation de l'indice-santé et un montant de 40 millions d'euros pour permettre la création d'emplois dans le secteur non marchand.

- Pour l'année 2014, la norme de croissance par rapport à l'objectif budgétaire global 2013 sera fixée à 3% , plus l'augmentation prévue de l'indice-santé pour l'année 2014. L'objectif budgétaire 2014 pourrait comprendre en sus, en fonction des possibilités budgétaires, un montant complémentaire pour la création d'emplois dans le secteur non marchand.

- Pour les années 2015 et suivantes, la norme sera fixée par la loi. Dès lors, à défaut d'une modification de celle-ci, la norme de 2014 restera d'application.

Par mesure de précaution, de cette planification financière, seul le montant du budget global de 25.627,379 millions d'euros a été effectivement inscrit dans la loi.

La ministre ONKELINX dit comprendre la colère des syndicats de travailleurs. "Serrer la vis, ce n'est pas un projet de société"¹³². Mais c'est nécessaire pour sauver l'euro. Le parti socialiste grec, le

¹²⁴ "Jong VLD: vermogensbelasting niet de oplossing". De Standaard, 26.08.2011.

¹²⁵ "Vettaks ruikt naar gezondheidsfascisme". De Standaard, 05.10.2011.

¹²⁶ "Bientôt une taxe sur les mauvaises graisses?" La Libre Belgique, 04.10.2011.

¹²⁷ "Onkelinx: 'Te weinig tijd om alles te realiseren'." Artsenkrant , 24.01.2012.

¹²⁸ Article 11 de la loi du 28.12.2011 portant des dispositions diverses (M.B. du 30.12.2011).

¹²⁹ Note CSS 2011/419 du 06.12.2011

¹³⁰ Article 4 §1, 3^e alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994.

¹³¹ Point "2.3.1. Financer les soins de santé de manière rigoureuse" de l'accord de gouvernement du 01.12.2011. http://www.premier.be/files/20111206/Accord_de_Gouvernement_1er_decembre_2011.pdf

¹³² "Serrer la vis, ce n'est pas un projet de société". La Libre Belgique, 20.01.2012.

PASOK, s'en rend compte probablement aussi maintenant. Au cours des 30 dernières années, le PASOK a participé au gouvernement grec pendant 26 ans. Le président du PASOK Andreas PAPANDEOU était en poste au moment de l'adhésion à l'UE en 1981.

3.4.2.2. Les bons choix

Les médecins sont disposés à prendre leurs responsabilités en ces temps financiers rudes. Mais ils s'interrogent concernant l'adoption de certaines initiatives et la non-adoption d'autres initiatives. Tout le monde se rend compte qu'il s'agit généralement de dossiers délicats mais quand des experts, après moult études et débats, déposent une proposition susceptible de permettre de réaliser des économies et d'éviter des dépenses inopportunes et que soit elle n'est pas mise en œuvre à cause du cabinet du ministre compétent ou soit elle l'est mais alors en catimini, dans ces conditions, cela devient particulièrement difficile de susciter une motivation suffisante parmi les personnes concernées pour trouver des économies. Accomplir un travail voué à l'échec est perturbant.

De l'avis de la ministre compétente, le dépistage du cancer du sein conforme aux normes internationales est insuffisant. En Belgique, cela peut coûter un peu plus, de sorte que la proposition faite il y a deux bonnes années par le Conseil technique médical de l'INAMI en la matière est en train de prendre les poussières. Un autre dossier par contre, celui de l'hadronthérapie, progresse en toute tranquillité. Cela est apparu tout à fait par hasard dans le cadre de la réunion du Comité de l'assurance du 19.12.2011. A l'occasion de l'examen du projet d'arrêté royal relatif à l'intervention pour l'hadronthérapie en Belgique et à l'étranger¹³³, il a été constaté non seulement que les centres non universitaires de radiothérapie étaient oubliés dans le projet d'A.R. mais aussi que tous les centres universitaires sauf un étaient mentionnés dans la note. La raison invoquée pour expliquer l'absence de l'UCL dans la note en aura surpris plus d'un puisqu'il a été répondu que l'UCL lancerait le centre d'hadronthérapie belge. Jusqu'à présent, l'INAMI rembourse le traitement à l'étranger des ± 90 patients pour lesquels, chaque année, cette thérapie est indiquée¹³⁴. Il y a 5 centres actifs en Allemagne, 4 en Italie, 3 en France, 1 en Autriche, 1 en Suisse, 1 en Angleterre et 1 en Suède.

Dans sa recommandation sur l'hadronthérapie, le Centre d'expertise a écrit en 2007 : *“L'absence actuelle de suffisamment de données scientifiques probantes sur l'efficacité clinique de l'hadronthérapie permet difficilement de justifier la création d'un centre à charge de l'Assurance Maladie. Néanmoins, aux fins d'encourager la recherche biomédicale, l'innovation et le soutien de partenaires locaux industriels, un investissement dans le développement d'une technologie prometteuse peut s'envisager. Il convient dans ce cas de faire appel à des sources de financement spécifiques.”*¹³⁵.

Selon l'étude du KCE, en 2007, le coût d'investissement s'est monté à 159 millions d'euros et l'intervention annuelle de l'INAMI a été de 22,2 millions d'euros. Le coût par traitement était alors estimé à 21.700 euros. En 2009, un groupe de travail du Comité de l'assurance était arrivé à la conclusion que l'INAMI ne pouvait pas donner suite à la demande du Belgian Hadrontherapy Consortium (BHTC). Si cette installation est réexaminée, cela doit se faire en toute transparence. La note de l'INAMI est tenue en délibéré.

3.4.2.3. Médicaments oncologiques onéreux vs l'euthanasie

Un élément positif clair du Plan contre le cancer de Mme ONKELINX est le fait qu'aujourd'hui, le cancer n'est pas immédiatement assimilé à un décès rapide mais qu'il est considéré comme une maladie chronique. Par contre, tant la population que les médecins sont de ce fait de plus en plus confrontés au problème du financement. Les médicaments surtout décollent dans ces dépenses.

¹³³ INAMI, note CSS 2011-420 du 09.12.2011

¹³⁴ Cf. point 3.2.2. Oncologie (point qui est encore tout à fait d'actualité 2 ans plus tard). “La quadrature du cercle”. Dr M. Moens. Rapport annuel 2009 du GBS. 06.02.2010.

¹³⁵ KCE Reports Vol. 67, 13.11.2007

Le Prof. ém. Dr Jean-Jacques CASSIMAN, entre autres généticien à la KULeuven, président de la Vlaamse Liga tegen Kanker et également président du Comité de gestion du Fonds Maladies Rares et Médicaments Orphelins géré par la Fondation Roi Baudouin, a jeté un énorme pavé dans la mare au début du mois de décembre 2011 en affirmant qu'il n'est plus possible de payer à tout le monde tous les traitements onéreux contre le cancer (citation du quotidien De Morgen) : *“Het voorschrijven van dure kankermedicijnen die het leven misschien maar met twee maanden verlengen, is niet aanvaardbaar in economisch zware tijden. Dat stelt Jean-Jacques CASSIMAN, voorzitter van de Vlaamse Liga tegen Kanker. Volgens hem kosten die 100.000 tot 200.000 euro per patiënt per jaar”*¹³⁶ (nous traduisons : La prescription de médicaments onéreux contre le cancer susceptibles de ne prolonger la vie que de deux mois éventuellement n'est pas acceptable en ces temps économiquement difficiles, déclare Jean-Jacques CASSIMAN, président de la Vlaamse Liga tegen Kanker. Selon lui, ceux-ci coûtent de 100.000 à 200.000 euros par patient par an). Le Prof. Simon VAN BELLE, vice-président de cette même Vlaamse Liga tegen Kanker, n'est pas d'accord avec son confrère. Mais comme VAN BELLE nous l'a montré depuis des années, il ne peut pas s'empêcher de propager sa discipline, l'oncologie médicale, et de lancer des piques à d'autres médecins spécialistes (citation de VANBELLE) : *“Sommige dokters blijven daarom therapieën opstarten, maar dat zijn vooral zij die niet alle dagen met oncologie bezig zijn.”*¹³⁷ (nous traduisons : Certains docteurs continuent de lancer des thérapies mais ce sont surtout ceux qui n'exercent pas l'oncologie au quotidien.)

Le débat sur l'euthanasie n'est pas très loin si nous commençons à parler d'un prix maximum pour certains traitements contre le cancer. La clinique de fin de vie ouverte par Wim DISTELMANS, un collègue de VANBELLE, à Wemmel n'est pas un mouvoir, dit-il¹³⁸, mais avec l'argent économisé sur un traitement d'un patient atteint d'un cancer fatigué de la vie ou résistant à la douleur, jusqu'à 100.000 à 200.000 euros par an, les médecins LEIF¹³⁹ pourraient faire beaucoup plus. *“Want ze kunnen niet genoeg doen in Vlaanderen”* (nous traduisons : Car ils ne peuvent pas faire suffisamment en Flandre), déclare l'ancien sénateur VLD Dr Patrik VANKRUNKELSVEN¹⁴⁰. Un conflit d'intérêt éthique et intellectuel auquel nous sommes tous confrontés comme médecin, comme patient (palliatif) ou comme proche d'un patient.

A cela s'ajoute le débat sur les médicaments "trop onéreux". Quelle entreprise est encore disposée à prendre des risques financiers pour des médicaments dont le remboursement est extrêmement incertain? La suggestion du Prof. CASSIMAN de ne pas faire supporter les risques financiers pour le développement de meilleurs médicaments par la seule industrie mérite certainement d'être examinée. Qui, du reste, voudra encore développer de nouveaux antibiotiques – dans une discipline autre mais malgré tout souvent connexe, la microbiologie médicale?

3.4.2.4. Politique des handicapés et régularisation médicale

La politique des handicapés figure sur la liste des compétences à scinder. Au niveau fédéral, le secteur s'était lancé dans une réforme lorsque le président de l'Open VLD Alexander De CROO a tiré la prise du gouvernement LETERME II le 23.04.2010. Non pas à cause d'abus mais pour moderniser le système, a réagi l'ancien secrétaire d'Etat chargé des Personnes handicapées, Jean-Marc DELIZÉE (PS), en réponse à une attaque frontale du commissaire européen au Commerce Karel DE GUCHT^{141, 142}. Au terme d'un examen plus approfondi, il ressort qu'entre 2001 et 2010, il y a eu une

¹³⁶ "Dure kankerbehandeling kan niet meer". De Morgen, 03.12.2011.

¹³⁷ Ibidem.

¹³⁸ "Levenseinde kliniek is geen sterfhuis". De Morgen, 14.12.2011.

¹³⁹ Levenseinde informatie forum. La LEIFblad est un best-seller (5^e édition, 250.000 exemplaires, disponibles gratuitement dans les pharmacies, dans les maisons communales et dans les bibliothèques publiques.

¹⁴⁰ "Nee, geen euthanasiekliniek". De Standaard, 14.12.2011.

¹⁴¹ "De Gucht beledigt alle gehandicapten. Sector kwaad om controversiële uitspraken eurocommissaris". De Standaard online, 23.08.2011.

¹⁴² "De Gucht: 'België heeft te veel gehandicapten' ". Het Nieuwsblad, 23.08.2011.

progression de plus de 100.000 personnes handicapées, de 192.000 à 304.000¹⁴³. Il est remarquable que le gouvernement LETERME II ait, dans ses derniers instants, inscrit dans les économies pour les honoraires médicaux notamment une réduction de 6,693 millions d'euros dans le secteur de la médecine physique et réadaptation (actuellement annulée à titre provisoire; cf. infra).

Il serait utile que le secrétaire d'Etat nouvellement désigné Philippe COURARD (PS) examine plus avant ce dossier avec sa ministre de tutelle Laurette ONKELINX.

Jo DE COCK, administrateur général de l'INAMI, a d'ores et déjà annoncé qu'un certain nombre d'imprécisions dans les textes allaient être clarifiées et qu'il y aura davantage de contrôles en matière d'incapacité de travail de longue durée et d'invalidité¹⁴⁴. Les problèmes en cas de contrôle ont été le résultat d'une note interne de François PERL, précédemment conseiller dans différents cabinets de ministres PS et maintenant directeur général du Service indemnités de l'INAMI¹⁴⁵.

La régularisation médicale des étrangers reste naturellement une matière fédérale mais nécessite également une attention particulière. Le Dr Maggie DE BLOCK (Open VLD) a constaté qu'un nombre croissant de personnes demandent une régularisation plutôt pour des motifs médicaux qu'humanitaires. Elle estime que cela ne peut s'expliquer que par des abus massifs¹⁴⁶ et elle entend s'y attaquer. Cela fait deux secrétaires d'Etat qui partent à la chasse : Maggie DE BLOCK (Open VLD) contre les demandeurs d'asile injustifiés¹⁴⁷ et John CROMBEZ (SP.A) contre les fraudeurs fiscaux et les avocats fiscalistes.

4. ACCORD MEDICO-MUTUALISTE DU 21.12.2011

4.1. Taux de déconventionnement pour l'accord médico-mutualiste du 13.12.2010

Du fait de la situation politique (2010) et socio-économique (2011) instable, tant le 13.12.2010 que le 21.12.2011, un accord a été conclu pour une durée de 1 an seulement. Normalement, un accord doit être conclu pour une durée minimum de deux ans. En effet, il est stipulé dans la loi que : *“Les accords conclus, conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste sont conclus pour une durée de deux ans au moins. Toutefois le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord d'une durée inférieure à deux ans.”*¹⁴⁸ Les circonstances ont été jugées "exceptionnelles" deux fois de suite, même si d'aucuns considèrent la situation socio-économique lamentable de la fin 2011 comme une conséquence directe de la débâcle politique ayant duré 541 jours.

Le mécontentement parmi les médecins spécialistes concernant l'accord du 13.12.2010 était considérable. Les économies ont en effet touché exclusivement les médecins spécialistes. Les innombrables marques d'indignation qui me sont parvenues en ma qualité de président de l'ABSyM en disaient long. Les chiffres dans le tableau 2 sont toutefois plus nuancés.

¹⁴³ “Honderdduizend gehandicapten meer in 10 jaar tijd”. De Standaard 28.10.2011.

¹⁴⁴ “Verscherping controles invaliditeit”. De Standaard, 12.11.2011.

¹⁴⁵ “Minder controles op zieken en invaliden”. De Standaard, 10.11.2011.

¹⁴⁶ “Massaal misbruik van medische regularisatie”. De Standaard, 10.01.2012.

¹⁴⁷ “Maggie De Block ouvre la chasse aux ‘abus’ ”. Le Soir, 11.01.2012.

¹⁴⁸ Article 50 § 8 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 27.08.1994).

Evolution des taux de déconventionnement 1993-2010 par discipline

	13.12.2010	17.12.2008*	20.12.2007*	20.12.2005*	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993	Moyenne
1 Médecin spécialiste en formation (MACS)	0,39	0,27	0,32	0,08	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48	0,47
2 Gériatrie	2,56											2,56
3 Médecine aiguë et médecine d'urgence	2,74											2,74
4 Oncologie médicale	3,11											3,11
5 Biologie clinique	3,19	2,56	2,27	2,68	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	2,19
6 Radiothérapie	3,81	4,57	3,74	3,89	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,45
7 Médecine interne + endocrino-diabét.	5,71	7,48	6,31	6,92	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	7,95
8 Anatomie pathologique	6,33	6,62	3,81	4,85	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,39
9 Médecine nucléaire	6,71	4,39	3,79	4,36	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,65
10 Pneumologie	6,87	6,68	5,91	5,16	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,43
11 Autres spécialités	7,89											7,89
12 Neurologie	9,94	7,74	4,42	4,81	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	5,78
13 Pédiatrie + neurologie pédiatrique	10,62	11,21	9,96	9,70	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	12,67
14 Anesthésiologie	12,10	12,55	13,60	15,27	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	14,50
15 Psychiatrie	12,18	13,58	11,92	13,20	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,84
16 Médecins généralistes	12,32	13,01	12,49	13,59	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	14,39
17 Neuropsychiatrie	14,91	14,59	12,50	12,85	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	15,61
18 Gastro-entérologie	17,55	16,61	14,50	14,83	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	14,58
19 Cardiologie	20,23	21,25	19,24	21,00	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,53
20 Chirurgie	21,46	19,78	16,46	18,28	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	18,05
21 Rhumatologie	24,15	24,60	16,93	19,53	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	20,06
22 Médecine physique et physiothérapie	24,41	25,10	20,73	20,25	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	20,88
23 Neurochirurgie	25,39	24,35	20,74	22,03	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	22,93
24 O.R.L.	31,09	29,68	27,12	27,84	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	28,14
25 Urologie	32,08	32,31	28,13	27,08	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	26,89
26 Radiologie	35,42	32,96	29,40	30,95	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	22,74
27 Orthopédie	36,47	34,91	25,53	26,40	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	26,44
28 Stomatologie	40,79	39,74	37,70	35,08	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	37,06
29 Gynécologie-obstétrique	50,70	50,31	40,46	41,60	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	43,98
30 Ophtalmologie	54,65	53,23	49,39	52,84	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	52,56
31 Chirurgie plastique	61,20	63,11	59,05	64,25	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52	61,56
32 Dermatologie-vénéréologie	66,35	63,87	59,72	61,57	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	62,47
Total spécialistes + MACS	19,96	20,19	17,62	18,43	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	18,23
TOTAL GENERAL	16,87	17,22	15,48	16,36	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,60

Source : INAMI; compilation Dr M. MOENS : situation au 25.02.2011

* Doc. CNMM/NCGZ 2009/22

Tableau 2

Du récapitulatif des disciplines ayant refusé d'adhérer plus que pour l'accord précédent du 17.12.2008 au tableau 3, en fonction de l'ensemble des hausses et des baisses, nous constatons que le pourcentage des médecins spécialistes refusant l'adhésion a baissé de 1,1 %, le pourcentage des médecins généralistes ayant refusé l'adhésion a diminué de 5,3 % et le pourcentage de tous les médecins réunis ayant refusé l'adhésion a diminué de 2,0 %. Les plus radicaux imputent directement ce résultat plutôt inattendu aux "manquements du système". Il s'agit de discussions qui durent depuis aussi longtemps que le système proprement dit, en d'autres termes, les objections ont 45 ans : il faut agir contre la convention et non pas pour; et il n'y a pas de seuil d'activité minimum défini pour être repris dans le comptage.

Spécialités avec taux de déconventionnement en augmentation au 13.12.2010 par rapport au 17.12.2008 (classement par pourcentage d'augmentation)

		17.12.2008	13.12.2010	Δ en %
1	Médecine nucléaire	4,39	6,71	+ 52,8
2	Neurologie	7,74	9,94	+ 28,4
3	Biologie clinique	2,56	3,19	+ 24,6
4	Chirurgie	19,78	21,46	+ 8,5
5	Radiologie	32,96	35,42	+ 7,5
6	Gastro-entérologie	16,61	17,55	+ 5,7
7	ORL	29,68	31,09	+ 4,8
8	Orthopédie	34,91	36,47	+ 4,5
9	Neurochirurgie	24,35	25,39	+ 4,3
10	Dermatologie	63,87	66,35	+ 3,9
11	Pneumologie	6,68	6,87	+ 2,8
12	Ophthalmologie	53,23	54,65	+ 2,7
13	Stomatologie	39,74	40,79	+ 2,6
14	Neuropsychiatrie	14,59	14,91	+ 2,2
15	Gynécologie	50,31	50,70	+ 0,8
	Total spécialistes (+ MACS)	20,19	19,96	- 1,1
	Total généralistes	13,01	12,32	- 5,3
	Total général	17,22	16,87	- 2,0

Tableau 3

Les plus importantes augmentations de taux de refus d'adhésion concernent des groupes où le nombre de déconventionnements était déjà bas. Par conséquent, le taux de refus reste toujours bas. La médecine nucléaire a connu la plus forte augmentation du taux de refus, à savoir + 52,8 %, mais figure malgré tout toujours dans le top dix des spécialités ayant le taux de refus le plus bas (en 9^e position dans le tableau 2). L'augmentation du nombre de refus de l'accord du 13.12.2010 parmi les pneumologues, lesquels ayant pourtant dû consentir d'importantes économies en 2011, est restée limitée avec seulement + 2,8 %. Les radiologues, qui ont subi un report d'index plus longtemps que d'autres disciplines médico-techniques, voient leur taux de refus augmenter de 7,58 %.

4.2. L'élaboration de l'accord

C'est devenu une mauvaise habitude en début septembre : les mutuelles sortent de leurs chapeaux un projet de budget pour l'année qui vient sans en avoir discuté – ou à peine – au préalable avec les partenaires. Cela n'aura pas été différent en 2011. Un rapport subjectif de la Commission de contrôle budgétaire dans le cadre de la fixation du budget des soins de santé est d'abord introduit, cette fois pour l'année 2012¹⁴⁹, et ensuite les

¹⁴⁹ INAMI, note CSS 2011/316 du 15.09.2011

mutuelles présentent leurs plans d'économies¹⁵⁰, chez les autres bien entendu pas chez eux. Pour les économies sur les frais d'administration propres, il faut encore attendre jusqu'à ce que les mesures de la déclaration gouvernementale du 01.12.2011 soient appliquées via une loi portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé qui doit encore être publiée¹⁵¹. L'exposé des motifs stipule à l'article 7 de cet avant-projet de loi qu'il s'agit d'une économie de 43,3 millions d'euros pour l'année 2012.

Si cette loi est exécutée (date attendue : le 01.03.2012), ce sera la première fois depuis que je récolte des chiffres sur les dépenses dans les soins de santé que les frais d'administration que l'autorité verse aux mutuelles baisseront en valeur nominale de 1.052,421 millions d'euros en 2011 à 1.047,527 millions d'euros en 2012¹⁵², soit -0,45 % (cf. tableau 4). L'augmentation annuelle moyenne des frais d'administration des O.A. au cours de ces 26 dernières années s'est montée à +5,19 %. L'augmentation annuelle moyenne des dépenses INAMI pour les médecins s'est montée à +7,73 %. Entre 1986 et 2012, le nombre de médecins est passé de 31.608 en 1986¹⁵³ à 45.705 au 01.02.2012 (cf. tableau 9).

¹⁵⁰ INAMI, note CSS 2011/336 du 04.10.2011: Budget 2012. Proposition globale du Comité de l'assurance. Proposition finale

¹⁵¹ INAMI, note CSS 2012/013 du 09.01.2012, pp. 177-194.

¹⁵² Ibidem

¹⁵³ "Medical plethora? Pro and con of numerus clausus". Dr M. Moens, Le Médecin Spécialiste, n° 7, août 2004.

**Dépenses frais d'administration mutuelles vs dépenses INAMI honoraires médicaux
(en millions d'euros) (en valeur nominale)**

Année	Frais d'administration O.A.*		Dépenses INAMI honoraires médicaux**	
	Montant	Augmentation par rapport à l'année précédente	Montant	Augmentation par rapport à l'année précédente
1986	445,628	0,00	2.426,7	0,00
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	3.362,2	+ 3,92
1996	602,480	+ 2,89	3.685,1	+ 9,60
1997	624,593	+ 3,67	3.500,8	- 5,00
1998	639,664	+ 2,42	3.722,0	+ 6,32
1999	647,572	+ 1,24	3.923,4	+ 5,41
2000	670,279	+ 3,51	4.128,8	+ 5,24
2001	696,878	+ 3,97	4.344,0	+ 5,21
2002	744,678	+ 6,86	4.291,5	- 1,21
2003	779,678	+ 4,70	4.623,6	+ 7,74
2004	816,479	+ 4,72	5.062,6	+ 9,49
2005	846,688	+ 3,70	5.292,3	+ 4,54
2006	878,015	+ 3,70	5.274,9	- 0,33
2007	910,940	+ 3,75	5.608,1	+ 6,32
2008	945,155	+ 3,76	6.135,9	+ 9,41
2009	989,236	+ 4,66	6.637,6	+ 8,18
2010	1.029,425	+ 4,06	6.658,3	+ 0,31
2011	1.052,421	+ 2,23	°7.114,0	+ 6,84
2012	1.047,527	- 0,47	°7.303,1	+ 2,66

* M.B. et INAMI, note CSS 2012/013

Tableau 4

** Rapports annuels de l'INAMI

° Objectif

Augmentation annuelle moyenne : O.A. : + 5,19 %; médecins : + 7,73 %

Sur la période de 26 ans : O.A. : + 135,1 %; médecins : + 200,9 %

Les "suggestions d'économies"¹⁵⁴ suivantes ont été introduites unilatéralement avec le budget le 12.09.2011 et approuvées majorité (mutuelles) contre minorité (médecins et hôpitaux) le 03.10.2011 par le Comité de l'assurance.

¹⁵⁴ INAMI, note CSS 2012/336

Maîtrise des dépenses dans le secteur des honoraires : propositions O.A.

Intégration de certaines prestations dans la consultation avec un prélèvement de 20% au préalable sur le budget (moyennant, au besoin, une revalorisation de l'acte intellectuel).	Intégration de l'examen à la lampe à fente (codes 249233-244) dans la consultation d'ophtalmologie	4.443.761
Imagerie médicale: Rémunération à l'acte. Privilégier la RM plutôt que le CT en défendant le choix d'une dose de radiation moins importante	Diminution du budget CT de 10% (les diminutions de 5% et de 15% ont également été chiffrées)	23.649.079
Anesthésie: révision de la nomenclature anesthésie (art. 12: anesthésiologie), l'anesthésie n'étant plus honorée en fonction du prix de la prestation de base.	1% à 5% de l'art. 12 (347.635.356 €)	3.476.354 € à 17.381.768 €
Imagerie médicale: dissocier la valeur du supplément d'urgence (art. 26) de la valeur de la prestation technique pour laquelle ce supplément est demandé.	Réduire le supplément actuel moyen de 55,32 € à un forfait de 40 €- 53 € pour 767.257 prestations	1.534.514 € à 11.755.875 €
Physiothérapie: révision du mode de financement (monodisciplinaire vs multidisciplinaire)	Transférer toutes les prestations dont la valeur est inférieure ou égale à K30 et qui ne sont pas liées à des programmes de rééducation fonctionnelle spécifique vers la nomenclature de la kinésithérapie ou de la logopédie.	3.000.000
Biologie clinique: frottis cervical	Nombre de frottis cervicaux ramené à 1 tous les 3 ans, conformément aux guidelines.	4.563.430
Total		40.667.138 € à 64.793.913 €

Source : INAMI, note CSS 2011/336

Tableau 5

4.3. Communication du gouvernement au Conseil général : budget

Etant donné les circonstances politiques d'un gouvernement en affaires courantes, le Conseil général de l'INAMI n'a pas été en mesure de fixer un budget dans les délais. La loi stipule que, dans ce cas, c'est le gouvernement qui fixe le budget¹⁵⁵ et le Conseil général doit se contenter d'en prendre connaissance.

¹⁵⁵ Article 40 § 1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 27.08.1994).

Le tout dernier conseil des ministres du gouvernement Leterme II a encore fixé dans l'urgence le budget des soins de santé 2012 avec une économie de 11,3 milliards d'euros. Proportionnellement, les soins de santé doivent en réaliser la plus grosse partie : 2,3 milliards d'euros. La norme de croissance légale est ramenée de 4,5 % à 2 %. Le gouvernement constate que certains postes budgétaires n'ont pas été utilisés ou ne l'ont pas été en totalité. Il gèle ces sommes alors même qu'il est souvent à l'origine du fait que les montants budgétés n'ont pas pu être utilisés. Dans le jargon de l'INAMI, ces montants sont appelés des "montants réservés". En médecine générale par exemple, cela faisait plus de deux ans qu'un montant de ± 22 millions d'euros était prévu pour le "volet prévention du DMG"¹⁵⁶ mais, notamment en raison de disputes communautaires, il n'a pu être réalisé qu'à partir du 01.04.2011¹⁵⁷. Le gouvernement décide qu'un montant de 320,144 millions d'euros est sous-utilisé. Il n'est pas transféré à l'année 2012. 70,049 millions d'euros de ce montant doivent être considérés comme "gelés".

Sous-utilisation et gel

en millions d'euros	2012
Prolongation du DMG	45,831
Trajets de soins	10,194
Matériel corporel humain – marge inutilisée	0,719
Implants	3,502
Fonds des accidents médicaux	9,803
Total	70,049

Tableau 6

Le solde de 250,095 millions d'euros est assimilé par le gouvernement à une réduction attendue de la consommation en 2012.

En outre, le gouvernement a réclamé 59,986 millions d'euros d'économies directes dans la nomenclature des prestations de santé pour les médecins en 2012, avec une date proposée d'entrée en vigueur fixée au 01.04.2012. Sur base annuelle, pour 2013, cela devrait rapporter 79,980 millions d'euros au gouvernement.

Honoraires médicaux	effet 2012 (en millions d'euros)	effet annuel (en millions d'euros)
Intégration de certaines prestations dans la consultation	- 3,333	- 4,444
Imagerie médicale : Rémunération à l'acte	- 26,606	- 35,474
Imagerie médicale : dissocier la valeur du supplément d'urgence	- 8,816	- 11,755
Révision de la nomenclature d'anesthésie	-13,037	- 17,382
Physiothérapie : révision du mode de financement	- 5,020	- 6,693
Limitation de la liste des prestations pour lesquelles les 10 % de l'aide opératoire peuvent être portés en compte	- 3,174	- 4,232
Total	- 59,986	- 79,980

Tableau 7

Cette liste ressemble à s'y méprendre à la liste des mutuelles qui a été approuvée par le Comité de l'assurance (cf. tableau 5). Les montants ont été nettement arrondis vers le haut et l'économie sur le dépistage du cancer du col de l'utérus a été remplacée par la suppression presque totale de l'assistance pour les interventions chirurgicales. Le secteur le plus sérieusement touché est celui de l'imagerie médicale. Le gouvernement a

¹⁵⁶ Dossier médical global du médecin généraliste.

¹⁵⁷ Arrêté royal du 09.02.2011 modifiant l'article 2, A, 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 03.03.2011).

imposé à ce secteur une économie de 47,229 millions d'euros sur base annuelle. Pourtant, il ressort des rapports d'audit de l'INAMI relatifs à l'année 2010 que l'imagerie médicale est restée en deçà de son objectif budgétaire. Les pouvoirs publics réagissent en disant que leur budget avait été surestimé. Les rapports d'audit nous apprennent également que, sur une période de 10 ans, les honoraires médicaux ont connu la progression la plus faible pour les prestations spéciales (+ 31 %), l'imagerie médicale (+ 44%) et la biologie clinique (+48 %) (cf. tableau 8). L'augmentation minime dans le chef des prestations spéciales peut s'expliquer par le fait que les honoraires d'urgence figurent dans ce groupe et que ceux-ci ont été supprimés à compter du 01.07.2005 pour la biologie clinique et ils ont été réduits très fortement pour l'imagerie médicale. Le gouvernement projetait aussi de s'attaquer lourdement à l'anesthésiologie (-17,382 millions d'euros) et à la physiothérapie (-6,693 millions d'euros).

Honoraires médicaux : évolution sur 10 ans des interventions INAMI

AMI (en euros)

GROUPE	SECTEUR	2001	2010	2010/2001
1	Biologie	785.340.780	1.163.105.911	148
2	Imagerie médicale	741.982.951	1.069.430.774	144
3	Consultations & visites	958.214.467	1.713.184.216	179
4	Prestations spéciales	892.535.763	1.172.883.753	131
5	Chirurgie	691.980.048	1.030.697.582	149
6	Gynécologie	62.107.129	90.436.775	146
7	Surveillance	198.280.946	356.259.655	180
Total		4.330.442.083	6.595.998.666	152

Source : INAMI, Note CGSS 2011/43 du 10.06.2011 (Audit permanent) : Tableau 8
 "Rapport standardisé concernant les dépenses comptables de l'année 2010 Partie 1/7, p. 1.1.8."

L'économie totale décidée par les pouvoirs publics auprès des médecins se monte à 130 millions d'euros en 2012 et à 150 millions d'euros en 2013. La différence entre les économies via la nomenclature et le montant total de l'économie serait réalisée par une limitation de l'index pour les prestations techniques médicales. Leur index fixé initialement à 2,99 % serait réduit à 1,577 %. Pour les consultations, les visites à domicile et les honoraires de surveillance, l'index serait maintenu à 2,99 %.

4.4. Alternative budgétaire

Compte tenu des conditions imposées par le gouvernement, l'ABSyM était d'avis que cela ne valait pas la peine d'entamer des discussions en vue d'un accord 2012. D'une part, le gouvernement impose des économies conséquentes de 150 millions d'euros sur base annuelle (par rapport à l'objectif budgétaire de 7.113,974 millions d'euros pour 2011, cela représente une économie de 1,83 %) et, d'autre part, il ne laisse absolument aucun espace pour de nouvelles initiatives. Seul le besoin croissant de soins, "la tendance", est traité avec prudence¹⁵⁸. Au terme d'une concertation au sein du Conseil d'administration de l'ABSyM, le soussigné, en sa qualité de président de l'ABSyM, s'est rendu, avec Monsieur DE COCK, président de la Commission nationale médico-mutualiste, le 09.12.2011 chez Madame Laurence BOVY, chef de cabinet de la ministre Laurette ONKELINX. Une réduction de l'économie imposée était totalement inenvisageable. L'ombre de l'agence de notation Standard & Poor's et de ses consœurs planait sur nos têtes. Au final, il en ressortira une répartition plus crédible et plus raisonnable de l'économie.

L'index normalement prévu pour 2011 était fixé à 2,99 %, soit 217,419 millions d'euros. En réduisant l'index prévu pour les prestations techniques médicales (au sens large du terme) à un tiers (1%) et en le réduisant de moitié (1,5 %) pour les autres prestations, cela permet de libérer des moyens financiers pour gagner du temps pour développer d'autres mesures d'économie structurelles. Il est précisé dans l'accord que cela doit être

¹⁵⁸ On peut lire au point 2 de l'accord du 21.12.2011 que : "La CNMM prend connaissance du montant de l'objectif budgétaire partiel que le Gouvernement a décidé et communiqué le 12 décembre 2011 au Conseil général de l'INAMI. L'objectif budgétaire partiel a été fixé pour 2012 à 7.303.139 milliers d'euros. L'objectif budgétaire partiel 2012 présente ainsi une hausse de 2,71 % par rapport à l'objectif 2011 et de 3,76 % par rapport aux estimations techniques de l'INAMI de septembre 2011."

réalisé au plus tard le 30 juin 2012¹⁵⁹. Pour autant que de telles mesures aient été trouvées, l'index peut être porté à nouveau à 2,99 %. L'accord prévoit de manière explicite que, de toute manière, le retour à 2,99 % est prévu pour les prestations de l'article 2 de la nomenclature¹⁶⁰. Mais les termes "de toute manière" devront se payer. Le coût pour ramener de 1,50 % à 2,99 % l'index pour les consultations et les visites de l'article 2 ainsi que pour les trajets de soins et les honoraires de surveillance¹⁶¹ se monte à 33,331 millions d'euros sur base annuelle. C'est le minimum minimorum pour les mesures d'économie structurelles "à trouver". S'il n'est pas trouvé d'autre économie, la retenue provisoire de la différence entre 2,99 % et 1,00 % pour les prestations techniques médicales acquiert un caractère définitif et les deux tiers de l'index 2012 sont perdus à tout jamais. Le GBS invite toutes ses unions professionnelles à rechercher dans leurs prestations respectives des prestations médicalement moins pertinentes susceptibles d'être supprimées. Il est probablement également possible de trouver des prestations qui, du fait des avancées technologiques et/ou de l'informatisation/automatisation, sont maintenant moins onéreuses et sont par conséquent relativement surévaluées par rapport à d'autres prestations. Mieux vaut une incision au scalpel médical réalisée avec précision et intelligence plutôt qu'un carnage perpétré sans ménagement par un gouvernement n'ayant pour seul souci que de réaliser des économies sans (vouloir) réfléchir aux conséquences pour nos patients.

4.5. In extremis : accord 2012 du 21.12.2011 (M.B. du 23.01.2012)

Au terme d'un énorme travail de concertation, de copier/coller et de calculs, le président de la Commission nationale médico-mutualiste, Jo DE COCK, est malgré tout parvenu à un accord le mercredi 21.12.2011, contre toute attente pour beaucoup d'entre nous. Sur base du mode de calcul alternatif proposé le 09.12.2011 à Madame Laurence BOVY, moyennant l'ajout de plusieurs remarques, moyennant une concertation approfondie avec la ministre Laurette ONKELINX en personne le lundi après-midi 12.12.2011 et moyennant le fait que la ministre a pu convaincre le "kern" de la pertinence du plan d'économie alternatif le mercredi 14.12.2011, moyennant un nouvel état de la situation au cabinet ONKELINX le vendredi après-midi 16.12.2011 et moyennant l'approbation à l'unanimité du projet d'accord le lundi soir 19.12.2011 par le Conseil d'administration de l'ABSyM – avec 8 membres sur 12, "incontournable" sur le banc des médecins de la Commission nationale médico-mutualiste – cela a fini par réussir.

Non sans mal pour les médecins car les mutuelles aussi entendaient marquer des points. Dans certaines disciplines, il y a un taux élevé de refus de l'accord. Pour certains groupes, il en va ainsi depuis longtemps : dermatologie (66,35 % de refus de l'accord du 13.12.2010), chirurgie plastique (61,20 %), ophtalmologie (54,65 %)... Certains groupes enregistrent un taux de refus en progression surtout depuis quelques années : radiologie (10,64 % en 2000 et 35,42 % début 2011), gynécologie-obstétrique (42,22 % en 2000 et 50,70 % début 2011), orthopédie (23,31 % début 2000 et 36,47 % début 2011)... C'est la raison pour laquelle les mutuelles tenaient coûte que coûte à rendre la convention plus "attractive". Le moyen ultime qu'elles ont jugé pouvoir utiliser pour y parvenir consiste à augmenter de 434,20 euros l'intervention forfaitaire d'accréditation pour les médecins conventionnés, qui passe de 593,61 euros à 1.027,81 euros. Pour les médecins n'adhérant pas à la convention, l'intervention forfaitaire d'accréditation reste au niveau de 2011. Le montant nécessaire a été trouvé en économisant 9,832 millions d'euros de plus que ce qui était nécessaire au sens strict¹⁶². Une critique tout à fait légitime a jailli de toutes parts : la qualité des soins n'a rien à voir avec le fait d'être ou de ne pas être conventionné! Depuis la création du système de l'accréditation en 1993, c'est un principe de base pour l'ABSyM. Mais à la guerre comme à la guerre : c'était çà ou rien. En outre, les médecins spécialistes non accrédités perdent leur index sur le supplément d'accréditation existant pour les honoraires de surveillance et pour certains honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale (les prestations spécifiques pour les médecins spécialistes accrédités comprenant une valeur Q)¹⁶³.

¹⁵⁹ Point 3.2. de l'accord du 21.12.2011.

¹⁶⁰ Le titre du chapitre II, article 2, de la nomenclature des prestations de santé est formulé comme suit : consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations.

¹⁶¹ Cf. point 4.2. de l'accord médico-mutualiste du 21.12.2011.

¹⁶² Cf. point 4.3. de l'accord médico-mutualiste du 21.12.2011.

¹⁶³ Cf. point 4.2., 2^e alinéa de l'accord médico-mut du 21.12.2011.

4.6. Accréditation

L'accréditation fait l'objet d'une attention toute particulière dans le nouvel accord du fait de l'augmentation de 434,20 euros de l'intervention forfaitaire d'accréditation pour les médecins conventionnés. Dans ce même accord, un appel est également lancé en faveur d'une réflexion approfondie concernant les disparités importantes qui se sont créées au fil des années, de 1994 à 2012, de manière quasi imperceptible et de la formulation de propositions destinées à dissiper les disparités constatées¹⁶⁴. La fourchette en matière de supplément d'accréditation pour une consultation va de 1,10 euro (dermatologie) à 5,17 euros pour les gastro-entérologues, les cardiologues et les pneumologues. Entre ces deux valeurs, on trouve tout un éventail de suppléments d'accréditation différents.

Le tableau 9 montre l'évolution par discipline en termes d'accréditation. D'une manière générale, nous observons que l'effritement progressif de l'intérêt pour l'accréditation se poursuit. Par rapport à la situation au début de l'année 2011, on note une diminution de 1,42 % de l'accréditation chez les médecins généralistes agréés, de 1,92 % chez les médecins spécialistes agréés et de 1,61 % chez tous les médecins réunis. En 1999, 75,0 % des médecins généralistes agréés étaient accrédités et ils ne sont plus que 68,88 % aujourd'hui (- 6,12 %). Concernant les médecins spécialistes agréés, ils étaient 72,32 % à être accrédités en 1999 et ils ne sont plus que 62,67 % aujourd'hui (- 9,65 %). Sur l'ensemble des médecins (y compris les médecins spécialistes en formation et les médecins généralistes non (encore) agréés), il y avait 58,48 % de médecins accrédités en 1999 et ils ne sont plus que 54,07 % aujourd'hui (- 4,41 %)¹⁶⁵.

Le trio de tête des plus fortes diminutions entre 2011 et 2012 sont les urgentistes/médecins spécialistes en médecine aiguë (- 3,87 %), les anatomo-pathologistes (- 3,14 %) et les orthopédistes (2,86 %). Nous laissons de côté la diminution de - 14,22 % observée chez les neuropsychiatres car, à ce niveau, interviennent encore des phénomènes de glissement des agrégations. Par ailleurs, nous assistons à une augmentation nette des neurologues accrédités (+ 2,87 %). La seule autre progression surprenante concerne le groupe des radiothérapeutes (+ 6,64 %). L'INAMI nous a également transmis pour la première fois des informations sur l'accréditation des pharmaciens biologistes cliniques. Bien que, en tant que pharmaciens, ils relèvent de la réglementation de la pharmaco-mut, ils sont tenus de suivre la nomenclature des prestations de santé et la réglementation applicable aux médecins biologistes cliniques. Et l'accréditation en fait également partie.

¹⁶⁴ Point 5. Programme de travail 2012, dernier alinéa

¹⁶⁵ Rapport annuel 1998 du GBS "Yin budgétaire et yang réglementaire". Dr M. Moens, 06.02.1999. Le Médecin Spécialiste, février 1999.

Comparaison du nombre de médecins accrédités 01.02.2011 - 01.02.2012

2 0 1 2		Nombre d'actifs		Nombre d'accrédités		% d'accrédités		% variation 2011-2012
		01.02.2011	01.02.2012	01.02.2011	01.02.2012	01.02.2011	01.02.2012	
	Médecins 000-002	2.470	2.393	0	0	0,00	0,00	0
	Médecins généralistes 003-004	14.160	14.223	9.955	9.797	70,30	68,88	- 1,42
	Médecins généralistes 005-006	607	714	0	0	0,00	0,00	0
	Médecins généralistes 007-009	761	736	0	0	0,00	0,00	0
	TOTAL	17.998	18.066	9.955	9.797	55,31	54,23	
	Médecin spécialiste en formation (MACS)	3.534	3.843	1	0	0,03	0,00	
1	Oncologie médicale	193	200	163	169	84,46	84,50	+ 0,04
2	Pneumologie	466	491	376	389	80,69	79,23	- 1,46
3	Gastro-entérologie	638	652	511	513	80,09	78,68	- 1,41
4	Ophthalmologie	1.089	1.100	856	854	78,60	77,64	- 0,96
5	Rhumatologie	235	238	175	178	74,47	74,79	+ 0,32
6	Dermato-vénérologie	732	740	563	553	76,91	74,73	- 2,18
7	Neurologie	354	475	254	354	71,75	74,53	+ 2,78
8	Gériatrie	310	328	225	238	72,58	72,56	- 0,02
9	Médecine physique et physiothérapie	507	505	376	361	74,16	71,49	- 2,67
10	Radiologie	1.632	1.651	1.188	1.171	72,79	70,93	- 1,86
11	Anatomie pathologique	333	338	240	233	72,07	68,93	- 3,14
12	O.R.L.	668	684	469	464	70,21	67,84	- 2,37
13	Urologie	398	410	273	278	68,59	67,80	- 0,79
14	Radiothérapie	211	216	133	144	63,03	66,67	+ 3,64
15	Cardiologie	1.060	1.089	725	722	68,40	66,30	- 2,10
16	Psychiatrie	1.811	1.841	1.224	1.201	67,59	65,24	- 2,35
17	Gynécologie-obstétrique	1.497	1.510	974	945	65,06	62,58	- 2,48
18	Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1.625	1.658	1.024	1.021	63,02	61,58	- 1,44
19	Médecine nucléaire	328	327	214	196	65,24	59,94	- 5,30
20	Pharmaciens-biologistes	623	621	384	367	61,64	59,10	- 2,54
21	Anesthésie	1.948	2.011	1.187	1.179	60,93	58,63	- 2,30
22	Médecine aiguë et méd. d'urgence	763	788	472	457	61,86	57,99	- 3,87
23	Biologie clinique	658	665	395	385	60,03	57,89	- 2,14
24	Orthopédie	1.020	1.038	607	588	59,51	56,65	- 2,86
25	Médecine interne + endocrino-diabétologie	1.524	1.513	877	833	57,55	55,06	- 2,49
26	Neurochirurgie	194	202	90	94	46,39	46,53	+ 0,14
27	Chirurgie	1.507	1.519	704	690	46,72	45,42	- 1,30
28	Stomatologie	329	329	136	139	41,34	42,25	+ 0,91
29	Chirurgie plastique	249	265	85	89	34,14	33,58	- 0,56
30	Neuropsychiatrie	397	286	180	89	45,34	31,12	- 14,22
31	Autres spécialités		106		20		18,87	
	TOTAL SPECIALISTES	22.790	23.796	14.721	14.914	64,59	62,67	- 1,92
	TOTAL SPECIALISTES + MACS	26.324	27.639	14.722	14.914	55,93	53,96	- 1,97
	TOTAL GENERAL	44.322	45.705	24.677	24.711	55,68	54,07	- 1,61

Tableau 9

Source : Groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI 18.01.2012 et rapport annuel du GBS 05.02.2011
Dr M. MOENS

Il est possible de puiser d'autres informations du tableau 9 que celles relatives à l'évolution par discipline en termes d'accréditation. Ainsi, en l'espace d'une année, de 2011 à 2012, le nombre total de médecins spécialistes agréés progresse de 1.006 unités, passant de 22.790 à 23.796, soit + 4,4 %. Durant la même période, le nombre de médecins généralistes ne progresse que de 63 unités, passant de 14.160 à 14.223, soit + 0,5 %.

Les tableaux 10 et 11 donnent une information plus détaillée concernant la suite de la répartition de la neuropsychiatrie en neurologie et psychiatrie entre le début 1998 et le début 2012. En 2012, la discipline initiale de la neuropsychiatrie ne constitue plus que 11,0 % de l'ensemble du groupe alors qu'elle était encore de 77,9 % en 1998. Sur cette période, la totalité du groupe est passée de 1.836 médecins spécialistes (= 100) à

2.602 (= 142) mais les besoins neurologiques et psychiques de notre société progressent plus rapidement que le nombre de prestataires.

Evolution du nombre de neuropsychiatres, de neurologues et de psychiatres

	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Neuro-psychiatres	286	397	409	420	441	460	477	562	1.335	1.358	1.378	1.368	1.399	1.419	1.431
Neurologues	475	354	339	322	293	275	256	227	208	183	168	151	140	122	102
Psychiatres	1.841	1.811	1.773	1.727	1.679	1.628	1.569	1.448	656	595	527	463	409	370	303
Total	2.602	2.562	2.521	2.469	2.413	2.363	2.302	2.237	2.199	2.136	2.073	1.982	1.948	1.911	1.836

Source : Rapports annuels du GBS Dr M. Moens

Tableau 10

Evolution en % du nombre de psychiatres, de neurologues et de neuropsychiatres (total = 100 %)

	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Neuro-psychiatres	11,0	15,5	16,2	17,0	18,3	19,5	20,7	25,1	60,7	63,6	66,5	69,0	71,8	74,3	77,9
Neurologues	18,3	13,8	13,5	13,0	12,1	11,6	11,1	10,2	9,5	8,6	8,1	7,6	7,2	6,4	5,6
Psychiatres	70,7	70,7	70,3	70,0	69,6	68,9	68,2	64,7	29,8	27,8	25,4	23,4	21,0	19,3	16,5

Source : Rapports annuels du GBS Dr M. Moens

Tableau 11

4.7. Postes de garde et services d'urgence

Le débat sur les postes de garde dans l'organisation des soins d'urgences constitue un volet à part. Il est prévu dans l'accord que la Commission nationale médico-mutualiste poursuivra en 2012 la discussion sur l'organisation des postes de garde et d'autres mesures pour assurer l'aide médicale urgente en dehors des heures ouvrables classiques¹⁶⁶. La Commission nationale médico-mutualiste vérifiera sur la base des résultats des analyses du Centre d'expertise¹⁶⁷ de quelle manière une collaboration plus étroite entre les postes de garde et les services d'urgence des établissements hospitaliers signifierait l'apport d'une plus-value.

La N-VA, parti d'opposition, et dans une moindre mesure également le CD&V, parti de la coalition, soulignent le fait que les besoins en la matière sont totalement différents dans la Flandre urbaine et dans la Wallonie rurale. Toutefois, même en Flandre, les divergences d'opinion sont également très marquées. Les "believers" de la médecine générale et les "non-believers" de la médecine générale s'opposent radicalement dans la presse médicale¹⁶⁸. Nombre de critiques portent sur le coût élevé car les investissements nécessaires pour faire tourner un tel poste de garde seulement quelques heures par semaine ne sont pas efficaces en terme de coût-bénéfice¹⁶⁹. La ministre est plus encline à créer des postes de garde de médecine générale à proximité immédiate d'hôpitaux, pour ainsi dire devant la porte du service d'urgences hospitalier. Peut-être cette idée s'inscrit-elle dans le cadre de la solution qu'elle envisage pour faciliter la vie des médecins généralistes de garde, surtout dans les zones rurales¹⁷⁰. Les urgentistes ne pensent pas que cela soit une bonne idée dans la mesure où les urgences sont déjà submergées par des patients qui n'ont rien à y faire et qui peuvent parfaitement être aidés par leur ou par un médecin généraliste. Le sénateur Dr Louis IDE (N-VA) a déposé en janvier 2011 une proposition de loi imposant une contribution forfaitaire de 12,50 euros à quiconque qui se rendrait sans raison dans un service d'urgences, et ce afin de décharger les services d'urgences. Pour certains médecins généralistes, il faut voir dans cette proposition visant à installer des postes de garde juste à côté d'un service d'urgences une manifestation d'hospitalocentrisme.

La possibilité de confier aux infirmiers la prise en charge des urgences, une des quatre propositions formulées dans le rapport du KCE, a d'ores et déjà été rejetée de manière catégorique par les infirmiers eux-mêmes¹⁷¹. Laurette Onkelinx tergiverse encore pour le moment mais maintenant que le rapport du KCE a été publié, il

¹⁶⁶ Point 5. Programme de travail 2012, avant-dernier alinéa.

¹⁶⁷ "Quelles solutions pour la garde en médecine générale?" KCE reports 171, 30.12.2011.

¹⁶⁸ "Maatschappelijk debat wachtposten dringt zich op". Artsenkrant, 02.12.2011

¹⁶⁹ "Huisartsenwachtpost of georganiseerde leegstand?". Artsenkrant 20.01.2012.

¹⁷⁰ "Onkelinx : 'Je ne suis pas opposée à un report de la garde vers les hôpitaux après minuit.'" Le Journal du médecin, 29.11.2011.

¹⁷¹ "Les infirmières ne s'y colleront pas". Le Généraliste, 12.01.2012.

faut trouver des solutions. L'une d'elle consiste à instaurer un numéro d'appel unique 1733¹⁷². Mais ici aussi, il y a une ligne de démarcation entre le nord et le sud du pays. Pour Onkelinx, cette structure unique constitue une bonne solution tant pour la Flandre que pour la Wallonie¹⁷³. Il ne fait aucun doute que cette thématique figurera à nouveau au programme l'année prochaine.

5. PROCEDURES JURIDIQUES

5.1. Médecine alternative : intention d'introduire une action en justice

Lors de la discussion de la loi du 19.11.2010 portant reconnaissance des organisations professionnelles de pratiques non conventionnelles¹⁷⁴, la ministre Laurette ONKELINX avait, en commission des Affaires sociales du Sénat¹⁷⁵ et en commission de la Santé publique, traité d'une manière relativement désinvolte le dépassement du délai légal de confirmation de l'A.R. du 06.04.2010¹⁷⁶ concernant la reconnaissance des organisations professionnelles de pratiques non conventionnelles.

Le comité directeur du GBS a décidé, le 13.01.2011, d'introduire une action en annulation contre cette loi. Cette décision était plutôt une réaction épidermique contre l'attitude arrogante de la ministre concernant cette erreur juridique formelle dans la procédure au Parlement. Après une certaine réflexion et après avoir pesé le coût financier d'une telle procédure par rapport aux conséquences pratiques d'un résultat positif éventuel, il a finalement été décidé de ne pas introduire une telle action en annulation devant la Cour constitutionnelle.

Depuis lors, le KCE a émis, dans le cadre de plusieurs études sur l'ostéopathie et la chiropraxie¹⁷⁷, l'acupuncture¹⁷⁸ et l'homéopathie¹⁷⁹, les plus grands doutes quant à l'efficacité de ces pratiques alternatives.

Le Moniteur belge du 2 août 2011 publie un arrêté royal en exécution de l'article 6, §1 et §3¹⁸⁰, de la loi du 29 avril 1999 et un deuxième arrêté royal en exécution de l'article 5, §2¹⁸¹ alinéa 3 de cette même loi du 29 avril 1999 portant sur la composition des Chambres et de la Commission paritaire prévue dans la loi du 29 avril 1999. L'appel de l'ABSyM aux universités de ne pas proposer de candidats pour siéger dans ces organes a été un coup dans l'eau. En effet, plus d'un an avant la publication desdits arrêtés, la ministre ONKELINX avait déjà lancé un appel à candidatures¹⁸². Encore un signe que, dans le dossier des pratiques alternatives, la ministre applique sur un mode 'alternatif' les délais légaux à respecter. La composition des Chambres pour l'ostéopathie, la chiropraxie, l'acupuncture et l'homéopathie a été publiée dans le Moniteur belge du 27.09.2011. Les universités ont déjà annoncé qu'elles adopteront une attitude très critique dans ces

¹⁷² "Gardes : le KCE recommande le tri téléphonique". Le Généraliste, 12.01.2012.

¹⁷³ "L'extension du 1733 inscrite dans la note ONKELINX". Le Généraliste, 12.01.2012.

¹⁷⁴ Loi du 19.11.2010 portant confirmation de l'arrêté royal du 6 avril 2010 portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle reconnues (M.B. du 06.12.2010)

¹⁷⁵ Rapport du 09.11.2010 de la commission des Affaires sociales du Sénat. Doc 5-407/2

¹⁷⁶ A.R. du 06.04.2010 portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle reconnues (M.B. du 12.04.2010)

¹⁷⁷ KCE Reports vol 148B – Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique (13.01.2011)

¹⁷⁸ KCE Reports vol 153B – Etat des lieux de l'acupuncture en Belgique (24.04.2011)

¹⁷⁹ KCE Reports vol 154B – Etat des lieux de l'homéopathie en Belgique (24.05.2011)

¹⁸⁰ A.R. du 13.07.2011 portant exécution de l'article 6, par. par. 1er et 3 de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales (M.B. du 02.08.2011)

¹⁸¹ A.R. du 13.07.2011 portant exécution de l'article 5, par. 2, alinéa 3, de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales (M.B. du 02.08.2011)

¹⁸² Lettre du Prof. G. Verstraete du 22.08.2011 au Dr M. Moens dans sa fonction de président de l'ABSyM

cénacles¹⁸³. Le professeur de médecine générale Dirk DEVROEY a déclaré "*De VUB maakt er zaak van mensen aan te duiden die onverkort achter EBM principes staan*".

Lors du décès, le 05.10.2011, de Steve JOBS, le directeur charismatique de Apple, à l'âge de 56 ans d'une tumeur neuro-endocrine du pancréas, il y a eu des communiqués de presse affirmant que, durant les premiers mois de sa maladie en 1997, JOBS aurait suivi un régime alternatif et qu'il aurait postposé une intervention chirurgicale nécessaire. Si cette histoire est vraie, Steve JOBS est alors décédé plus rapidement que ce que laissent prévoir sa pathologie et son traitement¹⁸⁴. Il n'est pas inutile de lancer des mises en garde contre de telles pratiques. Des personnes désespérées sont des victimes faciles pour ces gourous et charlatans, qui recherchent uniquement de l'argent facilement gagné. Le Prof. Dr Wim BETZ lance régulièrement des avertissements¹⁸⁵, tout comme la Fondation contre le cancer. Le 16.12.2011, la Fondation a organisé un congrès qui a rencontré beaucoup de succès au Bozar de Bruxelles concernant les pratiques non conventionnelles et le cancer¹⁸⁶. Le message diffusé est qu'elles peuvent être complémentaires lorsqu'on en parle en toute franchise et en concertation¹⁸⁷. Un avertissement clair à la population.¹⁸⁸

Il est regrettable que le Prof. Dr Wim BETZ n'ait pas été nommé au sein de la Chambre de l'homéopathie. La VUB l'avait pourtant proposé comme candidat mais la ministre ONKELINX n'a pas jugé souhaitable de le nommer¹⁸⁹. Elle était probablement consciente que cette nomination aurait pu provoquer des étincelles. Le Prof. Wim BETZ est une des forces vives de l'asbl SKEPP qui se positionne d'une manière très sceptique concernant notamment les pratiques de médecine alternative et de l'homéopathie en particulier. Wim BETZ a organisé le 05.02.2011, à l'université de Gand, une séance de suicide collectif en compagnie d'une trentaine de ces collègues sceptiques avec le résultat tout à fait prévisible. Tous les participants sont restés en bonne santé après avoir bu des quantités impressionnantes de venin de serpent, de belladonne et d'arsenic diluées de manière homéopathique. Avec leur action "*10²³ Homeopathy: There's Nothing In It*", ils ont protesté contre le Parlement européen qui a reconnu les produits homéopathiques comme médicaments¹⁹⁰.

5.2. Arrêts

L'arrêt concerne l'arrêté royal prévoyant la présence d'au moins 0,8 équivalent temps plein médecin spécialiste en biologie clinique¹⁹¹ comme condition nécessaire pour la reconnaissance d'un laboratoire de biologie clinique et l'action en intervention volontaire du GBS afin qu'un arrêté ne soit pas annulé.

Dans le rapport annuel 2010¹⁹² du GBS, on a exposé d'une manière détaillée les antécédents. Pour la première fois dans son histoire, le GBS a introduit, deux fois même, une action en intervention volontaire contre une action en annulation de l'arrêté royal du 10 décembre 2009 modifiant l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique¹⁹³. Le GBS et l'Etat belge se trouvent donc sur la même longueur d'onde.

L'action en annulation a été introduite indépendamment, d'une part, devant la chambre francophone du Conseil d'Etat par l'asbl Société Belge des Pharmaciens Spécialistes en Biologie Clinique¹⁹⁴ et consorts et, d'autre part, devant la chambre néerlandophone du Conseil d'Etat par Zorgnet Vlaanderen et consorts¹⁹⁵.

¹⁸³ "Veranderen de universiteiten van koers?" Artsenkrant (pp. 1 et 6), 30.09.2011

¹⁸⁴ "Steve jobs sneller overleden door natuurlijk dieet?". Artsenkrant, 14.10.2011

¹⁸⁵ "Wanhopige mensen". De Standaard, 07.12.2011.

¹⁸⁶ <http://www.cancer.be/images/articles-en-home-page/livre-conferences.pdf>

¹⁸⁷ "La politique de l'autruche est ter-mi-née." Le Journal du médecin, 10.01.2012.

¹⁸⁸ "Médecines non conventionnelles : prudence!". La Dernière Heure, 12.12.2011.

¹⁸⁹ "Wim Betz geweerd uit kamer homeopathie". Artsenkrant, 25.10.2011

¹⁹⁰ "Zelfmoordstunt moet bewijzen dat er niets in homeopathische middelen zit". Gazet van Antwerpen, 01.02.2011

¹⁹¹ A.R. du 10.12.2009 modifiant l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions

¹⁹² "Dr Doom et les sept nains". Dr Marc Moens – rapport annuel 2010 du GBS – Numéro spécial février 2011. Point 5.2.

¹⁹³ M.B. du 13.10.2010

¹⁹⁴ M.B. du 03.05.2010

¹⁹⁵ M.B. du 20.04.2010

L'arrêt du Conseil d'Etat n° 212.560 du 07.04.2011 rejette l'action introduite devant la chambre francophone du Conseil d'Etat. Il a cependant encore fallu attendre des mois pour savoir si une décision analogue était prise par la Chambre néerlandophone du Conseil d'Etat. Vu que les actions ont été traitées tout à fait indépendamment, il n'y avait pas de garanties que les arrêts allaient être identiques. La Chambre néerlandophone du Conseil d'Etat a rendu son arrêt n° 216.213 le 10 novembre 2011. L'action en annulation introduite par Zorgnet Vlaanderen a également été rejetée.

Par le biais de la presse médicale, le comité directeur de l'union professionnelle de biologie clinique a appris que Zorgnet Vlaanderen envisage de déposer une plainte devant la Cour européenne. Cette procédure n'a cependant pas un caractère suspensif. Sur base du mémoire introduit par Zorgnet Vlaanderen contre l'Etat belge, il était évident qu'ils voulaient tirer la carte européenne. Zorgnet Vlaanderen sait sans l'ombre d'un doute que, dans certains pays de l'UE, la biologie clinique (à l'exception de la partie microbiologie) est effectuée principalement par des 'chimistes cliniques' et des pharmaciens.

Sur base d'une information communiquée par un bureau d'avocat spécialisé, il s'avère qu'une telle procédure devant la Cour européenne n'est pas une sinécure. La Cour de justice n'est pas une instance d'appel vis-à-vis des tribunaux nationaux. Il n'est pas possible d'introduire directement un appel contre une décision d'un pays membre. En principe, c'est la Commission européenne qui introduit un recours en manquement auprès de la Cour de justice lorsqu'elle estime qu'un pays membre n'a pas respecté la réglementation européenne. Chaque citoyen ou entreprise (ou organisation) peut informer la Commission par le dépôt d'une plainte pour infraction supposée contre la réglementation européenne. La Commission examinera si la plainte est fondée et, si c'est le cas, la Commission prendra contact avec le pays concerné afin d'essayer de mettre fin à l'infraction sans qu'il y ait un procès. Si cette démarche de la Commission n'aboutit pas, la Commission engage une procédure devant la Cour de justice. Autrement dit, Zorgnet Vlaanderen n'est pas en mesure d'introduire un appel contre cet arrêté auprès de la Cour de justice. Au cas où Zorgnet Vlaanderen réussirait à déclencher une telle procédure, le GBS et l'union professionnelle des médecins en biologie clinique se concerteront sur la manière dont ils peuvent à nouveau intervenir dans cette procédure aux côtés de l'Etat belge.

Une procédure devant la Cour européenne de justice implique des frais de procédure et d'avocat importants. Une estimation grossière arrive à un montant de 200.000 € (à 20.000 près). Si Zorgnet Vlaanderen est disposé à engager une telle somme dans une procédure, cela signifie qu'il estime qu'après coup, il sera en mesure de récupérer largement cette somme sur le dos des (pharmaciens) biologistes cliniques. Si Peter DEGADT, administrateur délégué de Zorgnet Vlaanderen, y ajoute sa proposition¹⁹⁶ d'attribuer des numéros INAMI aux seuls médecins qui assurent la continuité des soins dans les hôpitaux afin d'augmenter l'attractivité des hôpitaux et d'empêcher la 'nine to five' médecine de luxe (*note de la rédaction : y compris la biologie clinique extra-murale*), son organisation jouera sur du velours. Il ne s'est pas exprimé concernant les généralistes dans cet article.

6. A VOL D'OISEAU

6.1. Réduction de la durée des études de médecine et numerus clausus

La loi du 12.05.2011¹⁹⁷ réduisant la durée des études de médecine stipule en son article 5 que : *"La présente loi entre en vigueur lors de la rentrée académique 2012-2013. Elle s'applique pour la première fois aux étudiants inscrits dans la première année du baccalauréat lors de l'année académique 2012-2013"*.

Lors de l'examen à la Chambre, il a été indiqué qu'en Flandre, les doyens des universités ont rappelé qu'ils n'ont donné leur accord à une réduction de la durée des études qu'à la condition que le contingentement soit maintenu¹⁹⁸. En Belgique francophone, le ministre Jean-Claude MARCOURT (PS) profite de l'occasion pour

¹⁹⁶ "Le numéro d'Inami bientôt réservé aux médecins hospitaliers?" Les spécialistes 04.10.2011

¹⁹⁷ M.B. du 08.06.2011, éd. 1.

¹⁹⁸ Chambre des représentants de Belgique, DOC 53 1085/002, 10.03.2011.

mettre en place une forme alternative de numerus clausus à partir de septembre 2012. Afin d'augmenter le taux de réussite puisque 60 à 70 % des débutants échouent à l'heure actuelle, son plan consiste à ce que les ± 3.200 jeunes qui auront débuté des études de médecine dans les universités francophones soient soumis à un test de connaissances obligatoire au milieu de l'année académique, en janvier¹⁹⁹. En cas d'échec de l'étudiant, il est prévu une formation préparatoire complémentaire ou une réorientation. Les étudiants s'opposent à ce volte-face qu'ils jugent inacceptable²⁰⁰. Le ministre MARCOURT estime qu'un examen d'entrée, sur le modèle de ce qui se passe en Flandre, est plus facile à organiser pour les universités francophones mais est socialement injuste à l'égard des étudiants²⁰¹.

A l'été 2011, 974 (21,1 %) des 4.627 candidats ont réussi l'examen d'entrée en médecine en Flandre. Le nombre de participants progresse d'année en année tandis que le nombre de candidats baisse d'année en année. Au début de l'année académique 2011-2012, 3.689 étudiants (3.162 en 2010, soit + 16,7 %) ont commencé leurs études de médecine dans les universités francophones : UCL : 1.123 (905 en 2010, soit + 24,1 %), Université de Mons : 346 (315 en 2010, soit + 9,8 %), ULB : 694 (655 en 2010, soit + 6,0 %), Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix de Namur : 770 (595 en 2010, soit + 29,4 %) et Université de Liège : 759 (692 en 2010, soit + 9,2 %)²⁰².

6.2. Conséquences de la loi fixant la durée du travail²⁰³

La loi est entrée en vigueur le 01.02.2011 et des inspections ont déjà eu lieu dans différents hôpitaux en Flandre pour contrôler sa bonne application. Il s'agissait d'actions éducatives mais qui ont malgré tout donné lieu à de sérieuses mises en garde quand des écarts étaient constatés. Pendant ce temps, la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux s'est penchée à plusieurs reprises sur la problématique de la rémunération correcte des heures d' "opting-out" prestées par les médecins spécialistes en formation dans le cadre de la loi du 12 décembre 2010²⁰⁴. La discussion sur une éventuelle convention collective dite généralement contraignante n'a pas pu totalement aboutir, notamment en raison du fait qu'en 2011, le gouvernement était un gouvernement en affaires courantes.

6.3. Pédiatrie

Avec l'A.R. du 26.10.2011²⁰⁵, la ministre Laurette ONKELINX a donné suite à la demande de Zorgnet Vlaanderen et a postposé jusqu'au 01.01.2014 l'obligation de disposer de quatre pédiatres au 01.01.2012 pour conserver l'agrément comme "programmes de soins pour enfants". Tous les pédiatres ne sont pas heureux de cet A.R., surtout que cela ne constitue pas une solution pour leurs services de garde lourds. Le Dr Yves LOUIS, pédiatre ainsi que président du VAS (Vlaams Artsensyndicaat), section Flandres orientale et occidentale, et secrétaire général de l'ABSyM, estime qu'un report est préférable à une mauvaise décision²⁰⁶. Le Dr Hilde VAN HAUTHEM, membre du GBS et présidente de la Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde, n'est pas franchement heureuse de ce report²⁰⁷. Il y a eu quelques frictions avec les médecins généralistes dans la presse médicale concernant l'afflux d'enfants dans les services de garde des hôpitaux²⁰⁸. Le Dr Michel

¹⁹⁹ "Un jury impose l'avenir de l'étudiant qui a moins de 8/20". Le Journal du médecin, 10.01.2012.

²⁰⁰ "Test contraignant en janvier 1^{ère} médecine. Les étudiants parlent de volte-face". Le Journal du médecin, 13.01.2012.

²⁰¹ "Université / Réforme des études. Médecine : fronde étudiante". Le Soir, 07-08.01.2012.

²⁰² "Inscriptions en BA1: pas d'ouragan mais forte pluie". Journal du médecin, 04.10.2011.

²⁰³ Loi du 12.12.2010 fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants-stagiaires se préparant à ces professions. M.B. du 22.12.2010.

²⁰⁴ "Art. 7. § 1^{er}. Sans préjudice de l'article 5, §§ 2 et 3, un temps de travail additionnel de maximum 12 heures par semaine, au-delà des limites prévues à l'article 5, § 1er, pourra être presté afin d'assurer notamment tout type de service de garde sur le lieu de travail, sur base d'un accord individuel du travailleur."

²⁰⁵ Arrêté royal du 26.10.2011 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 30.11.2011, éd. 1.

²⁰⁶ "Kinderartsen positief, maar 'wachtendienst is de hel'." Artsenkrant, 06.09.2011.

²⁰⁷ "Equipe van drie kinderartsen is onaanvaardbaar". Artsenkrant, 08.11.2011.

²⁰⁸ "Afflux aux urgences pédiatriques : comment y remédier?". Les Spécialistes, 15.11.2011.

PLETINCX, président de l'Association professionnelle belge des pédiatres, a aplani les difficultés par la diplomatie²⁰⁹.

Une discussion sur l'hyperspécialisation en pédiatrie a aussi été engagée officiellement. Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a rendu un avis concernant la demande d'un agrément "qualifications professionnelles particulières en pédiatrie" le 08.09.2011. Avec l'évolution de la médecine interne générale à l'esprit, il y a eu une nouvelle mise en garde contre les risques d'une telle spécialisation. Nombre d'hôpitaux sont actuellement confrontés à un besoin important d'internistes généraux qui sont quasiment introuvables. En effet, il y a surtout des "spécialistes d'organe". Le soussigné a plus d'une fois mis en garde les pédiatres contre une possible évolution analogue en pédiatrie. J'encourage encore et toujours à rester très vigilant en vue d'une organisation efficiente et médicalement réfléchie des services de garde pédiatriques.

Cette même remarque a été formulée par mes soins à plusieurs occasions au sein du groupe de travail "programmes de soins pour enfants" dirigé par le Dr Rob VAN DEN OEVER (MC) du Conseil national des établissements hospitaliers, qui travaille à l'élaboration de nouveaux critères d'agrément. Le groupe de travail projette de finaliser son avis pour le 28.02.2012.

6.4. Psychiatrie

Les projets thérapeutiques²¹⁰ développés dans le cadre de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux connaissent un lancement laborieux. J'ai parlé de cette nouvelle approche des soins psychiatriques pour la première fois dans mon rapport 2008²¹¹. Le Comité de l'assurance de l'INAMI a depuis approuvé un certain nombre de "projets article 107" prévoyant le développement de circuits de soins et de réseaux sur une base expérimentale. Le volet financier de l'affaire – et plus particulièrement la rémunération du psychiatre qui voit fondre ses honoraires par journée d'hospitalisation sans qu'ils ne soient remplacés par un autre revenu – engendre des doutes et des retards pour la mise en œuvre de pareille initiative. Pourtant, des moyens sont prévus dans le budget des soins de santé tant en 2011 qu'en 2012²¹². En 2011, 10 projets ont obtenu le droit au financement maximum de 725.000 euros (le budget prévu étant ainsi totalement utilisé) et 2 projets ont reçu une promesse de lancement en 2012 pour autant que des moyens soient disponibles dans le budget.

7 autres projets conservent le financement pour le coordinateur de réseau de sorte que leur projet peut être développé plus avant.

Au Parlement, le "*groupe de travail parlementaire en vue de réglementer l'exercice de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie clinique et en vue de réglementer le titre professionnel particulier de psychothérapeute*"²¹³ a trouvé un nouveau souffle par l'action de Mme Nathalie MUYLLE (CD&V) qui entend ainsi poursuivre le travail de l'ancien parlementaire CD&V Luc GOUTRY. Cette discussion dure depuis de nombreuses années. Elle a été évoquée pour la dernière fois dans le cadre de mon rapport annuel 2006²¹⁴ où je mentionnais un congrès auquel le Prof. Dr Geert DOM avait participé au nom du GBS comme seul médecin face à toute une série de non-médecins qui entendaient et entendent toujours s'approprier la psychiatrie²¹⁵.

La Flandre a une vision tout autre de la situation que la Belgique francophone. Le combat pour la reconnaissance du psychothérapeute dure maintenant depuis déjà 15 ans. La journaliste du quotidien

²⁰⁹ "Les pédiatres prêts au dialogue". Le Journal du médecin, 25.11.2011.

²¹⁰ Arrêté royal du 22.10.2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, par. 2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale (M.B. du 06.11.2006; éd. 1).

²¹¹ "Rien ne va plus". Dr M. Moens. Rapport annuel 2008 du GBS, 07.02.2009. Point III.3.5. "*Projets thérapeutiques et psychiatrie*".

²¹² INAMI, note CSS 2011/279, 12 juillet 2011. Budget 2012. Détermination par les commissions de conventions et d'accords des moyens financiers qu'elles estiment indispensables pour le financement de leur secteur. Partie 2.

²¹³ Chambre des représentants de Belgique, 16.06.2011. Proposition de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé en vue de la réglementation de l'exercice de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie clinique. Doc. 531598/001

²¹⁴ "Réglementer jusqu'à ce que mort s'ensuive". Dr M. Moens. Rapport annuel 2006 du GBS. Point VIII.2.

²¹⁵ "La santé mentale : un secteur fondamental qui doit être reconnu." Albert Hall Complex, 1040 Bruxelles. 26.04.2006.

De Standaard Veerle BEEL a utilisé la formule : “Het BHV van de gezondheidszorg”²¹⁶ (nous traduisons : le BHV des soins de santé).

6.5. Chirurgie plastique et pratiques médicales à risque

La publicité relative aux actes de chirurgie plastique est interdite à partir du 15 août 2011²¹⁷. Selon les termes de la loi, il s'agit de tout acte posé par un praticien de l'art médical visant à modifier l'apparence corporelle d'une personne, à sa demande, pour des raisons esthétiques, sans but thérapeutique ni reconstructeur. Les injections ainsi que les traitements aux lasers classe IV et à l'IPL sont également concernés. C'était réclamé principalement par les chirurgiens plastiques et par les dermatologues. L'interdiction est devenue réalité grâce à l'initiative de la député MR Dominique TILMANS qui a débouché sur la proposition de loi TILMANS et ensuite sur la loi du 06.07.2011. Herman NYS, professeur de droit médical à la K.U.Leuven, estime quant à lui qu'il ne s'agit pas d'une bonne loi dans la mesure où, d'une part, il n'y a pas de contrôle et où, d'autre part, la procédure relative à la fixation des infractions et des amendes n'est pas encore définie²¹⁸.

Durant la semaine précédant la publication de la loi, les chirurgiens plastiques ont fait l'objet d'une attaque frontale du magazine des consommateurs Test Santé de Test-Achats²¹⁹. La Société Royale Belge de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (SRBCP) a déploré la méthodologie utilisée dans l'enquête de Test-Achats et a réagi en conséquence dans les médias²²⁰. Malheureusement, plus tard dans l'année, a éclaté le scandale des prothèses mammaires PIP fabriquées par un escroc français. Il est clair qu'un meilleur contrôle des implants ainsi qu'un cadastre sûr sont nécessaires²²¹.

6.6. Chirurgie

La chirurgie de l'obésité ou chirurgie bariatrique continue de progresser avec une augmentation de 13,6 % entre 2010 et 2011 si l'on compare les neuf premiers mois de 2010 aux neuf premiers mois de 2011²²². C'est principalement le résultat de l'assouplissement des critères de remboursement²²³. Le terme "morbide" a été supprimé de l'intitulé "Traitement de l'obésité morbide". Si nous extrapolons à partir des données des trois premiers trimestres de l'année 2011, nous en déduisons qu'en 2011, approximativement 11.000 patients obèses ont subi une chirurgie. Une éventuelle taxe sur les graisses (cf. point 3.4.1.5.) ne changera probablement pas grand-chose à cette évolution.

L'entente entre les gastro-entérologues et les chirurgiens a été quelque peu mise à mal à la suite de la publication d'un arrêté royal modifiant considérablement les règles de connexité²²⁴. Il a été mis fin au principe de connexité générale dans l'article 20 de la nomenclature (médecine interne). Cet arrêté a été publié 19 mois avant son entrée en vigueur le 01.01.2012 et le GBS a attiré l'attention sur cet A.R. à plusieurs occasions. Cette suppression pose un problème non seulement à certains médecins spécialistes agréés dans une des sous-disciplines de la médecine interne mais également à un certain nombre de chirurgiens réalisant des endoscopies dans le cadre de leurs procédures de routine. Une solution a été recherchée et trouvée pour ces chirurgiens même si elle n'avait pas encore été officialisée à la conclusion du présent rapport annuel. Le Collegium Chirurgicum Belgicum a été associé au processus, ce qui n'a pas été apprécié par un certain nombre

²¹⁶ “De wereld op zijn kop”. Veerle Beel dans De Standaard, 20.12.2011.

²¹⁷ Loi du 06.07.2011 interdisant la publicité et réglementant l'information relatives aux actes d'esthétique médicale (M.B. du 05.08.2011).

²¹⁸ “Weg met de symboolwetgeving”. De Standaard 12.01.2012.

²¹⁹ “Wat chirurgien liever verzwijgen” (cover). “Plastische chirurgie: patiënten vaak weinig geïnformeerd”. Test Gezondheid, n° 104, août 2011.

²²⁰ “Onderzoek Test-Aankoop naar borstvergrotingen deugt niet”. Het Laatste Nieuws, 28.07.2011.

²²¹ “Prothèses : ‘Le contrôle doit être reformé’.” Le Soir, 05.01.2012.

²²² “Aantal maagverkleiningen breekt records”. De Morgen, 27.01.2012.

²²³ Arrêté royal du 13.06.2010 modifiant l'article 14, d), 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 29.07.2010).

²²⁴ Arrêté royal du 18.04.2010 modifiant l'article 20, par. 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (M.B. du 12.05.2010)

de gastro-entérologues. En réaction, les chirurgiens ont fait savoir que l'endoscopie ne figure pas dans les critères d'agrément des gastro-entérologues²²⁵ alors qu'elle figure bien dans les critères d'agrément de la chirurgie²²⁶. Pas à proprement parler une discussion académique en aparté mais une discussion avec des conséquences importantes en termes d'utilisation de la nomenclature.

6.7. Cardiologie

Le Centre d'expertise a publié, en 2008, un premier rapport sur l'implantation de valve aortique par voie percutanée (TAVI)²²⁷ en recommandant de ne pas encore rembourser la technologie. Cette recommandation a donné lieu à des polémiques passionnées allant jusqu'à l'étalage de récits héroïques et dramatiques dans les médias (dixit le KCE). Le KCE, collaborant avec le groupe de travail belge TAVI, a établi le lien entre des résultats récemment publiés d'un grand essai et les données de coûts des hôpitaux belges. Cette fois également, le résultat de la nouvelle étude TAVI²²⁸ n'a pas été apprécié par les cardiologues. Le KCE propose de limiter fortement l'indication de la TAVI et de n'autoriser que deux centres en Belgique. Il n'est pas nécessaire de faire un dessin pour comprendre que, avec une telle recommandation du KCE, l'INAMI ne remboursera pas facilement une TAVI compte tenu du contexte économique difficile actuel.

Une mesure d'économie figurant dans l'accord médico-mutualiste du 13.12.2010 est entrée en vigueur (tardivement) le 01.01.2012²²⁹. Il s'agit de la mesure "11/14 Cardiologie : Insérer des honoraires forfaitaires annuels pour les contrôles de suivi des stimulateurs cardiaques et défibrillateurs cardiaques implantés" avec comme conséquence une réduction des recettes de 3,395 millions d'euros pour les cardiologues. Les honoraires des codes de nomenclature touchés baissent de pratiquement 30 %.

6.8. Principe des honoraires libres, également en cas de forfaitarisation

Le 3 juin 2011, la Cour de cassation de Belgique a rendu un arrêt dans une affaire individuelle où un supplément a été porté en compte pour des prestations de biologie clinique à un patient ayant séjourné dans une chambre individuelle. La Cour a statué : (nous traduisons) "*Il résulte de ces dispositions²³⁰ que l'interdiction de porter en compte des suppléments d'honoraires vaut pour les prestations de biologie clinique, et ce que l'intervention soit payée totalement ou partiellement sur une base forfaitaire*".

Le 08.08.2011, le Collège intermutualiste national a envoyé une lettre aux hôpitaux, avec l'arrêt annexé et avec la communication que les mutuelles allaient, d'une part, appeler leurs membres à ne plus payer ces suppléments et, d'autre part, menaçaient de réclamer le remboursement dans les cas individuels déjà enregistrés. Le GBS et l'ABSyM ont combattu vigoureusement ce point de vue et l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en biopathologie médicale du GBS a recommandé aux confrères qui demandaient des suppléments de continuer à le faire et de ne pas tenir compte de l'arrêt de la Cour de cassation.

Le 6 septembre 2011, l'assureur privé DKV a envoyé une lettre à toutes les directions des hôpitaux belges pour leur annoncer qu'à compter du 1^{er} octobre 2011, la compagnie DKV ne rembourserait plus à ses membres les suppléments d'honoraires pour des prestations de biologie clinique et d'imagerie médicale pour des patients hospitalisés. DKV appuyait sa décision sur l'arrêt de la Cour de cassation du 3 juin 2011 ainsi très

²²⁵ Arrêté ministériel du 09.03.1979 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la médecine interne, de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de la cardiologie et de la rhumatologie (M.B. du 15.03.1979).

²²⁶ Arrêté ministériel du 12.12.2002, art. 2, 4°.

²²⁷ "Implantation percutanée des valvules cardiaques dans le cas de maladies valvulaires congénitales et dégénératives: A rapid Health Technology Assessment". KCE Reports 95, 18.12.2008.

²²⁸ L'implantation percutanée de valves aortiques (TAVI): évaluation actualisée de la technologie. KCE Report 163, 22 septembre 2011.

²²⁹ Arrêté royal du 17.10.2011 modifiant l'article 20, par. 1^{er}, 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 16.11.2011).

²³⁰ La Cassation se réfère à l'article (entre-temps modifié) 138 (maintenant 152) §7 de la loi sur les hôpitaux et à l'article 57 §§ 1 et 6 de la loi S.S.I.

probablement sur la lettre du 08.08.2011 du Collège intermutualiste national. DKV n'avait toutefois pas le moindre argument pour étendre immédiatement cette interdiction à l'imagerie médicale.

Le 29.09.2011, le GBS a, conjointement avec l'ABSyM, adressé un courrier à DKV dans lequel nous lui soumettions une demande pressante et motivée pour que DKV reconsidère sa position. Nous avons préalablement examiné cette affaire sur le fond avec les hauts dirigeants de l'INAMI et même Maître Filip DEWALLENS²³¹ partageait notre point de vue. Le 05.10.2011, le Dr Piet Calcoen, médecin-juriste et directeur médical de DKV, nous a fait savoir que DKV continuerait malgré tout de rembourser les suppléments d'honoraires pour la biologie clinique et pour l'imagerie médicale en cas d'hospitalisation.

Il n'est pas certain que les responsables (locaux) des mutuelles accepteront aussi de reconnaître leur erreur. La discussion avec le soussigné sur cette question dure du reste depuis plus de 24 ans, à savoir depuis l'insertion de l'actuel article 57 § 6 comme article 34 octies dans la loi de l'époque du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité via la loi du 7 novembre 1987 (M.B. du 17.11.1987). Nous n'en sommes pas à un an près de prises de bec. C'est en tout cas la énième preuve que les mutuelles, et plus particulièrement l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes présidée par Monsieur Marc JUSTAERT, se sentent appelées à jouer le rôle de gendarme du système. La moindre des choses serait alors qu'ils soient sûrs de leur affaire sur le plan juridique, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

7. CONCLUSION

La formule "Si tous les dégoûtés s'en vont, il n'y a que les dégoûtants qui restent"²³² ou une variante de celle-ci est volontiers utilisée par les socialistes, comme Yves DESMET, commentateur politique pour le quotidien De Morgen ou le ministre d'Etat Louis TOBBACK²³³. Il n'est pas impossible que DI RUPO l'ait aussi pensé pendant son long cheminement vers un gouvernement.

Le gouvernement DI RUPO I n'est en place que depuis 2 mois mais, à l'occasion du débat concernant la loi sur les médicaments qui a eu lieu au Parlement cette semaine, on a clairement pu voir qu'il ne fait pas grand cas de la liberté diagnostique et thérapeutique.

La récession économique, qui est reconnue officiellement depuis le 02.02.2012 et qui annonce une récession imminente dans l'ensemble de la zone euro²³⁴, est une excuse bien terne pour prendre des mesures dogmatiques et idéologiques qui porteront directement atteinte à la qualité des soins de santé en Belgique.

L'économie de 11,3 milliards d'euros, dont 2,3 milliards d'euros dans le secteur des soins de santé, ne suffira pas pour ramener le déficit budgétaire à 2,8 % du produit intérieur brut. Si la nouvelle règle d'or européenne, à savoir ramener le déficit à 0,5 % du PIB, entre en vigueur, des mesures plus drastiques seront nécessaires. A l'occasion du 10^e anniversaire de la loi relative à l'euthanasie, le législateur pourrait peut-être "assouplir" la loi relative à l'euthanasie²³⁵ en réponse à la situation économique difficile. En attendant, une économie supplémentaire de ± 1,36 milliard d'euros est aujourd'hui souhaitée en raison de la croissance économique en recul ou plutôt de la croissance négative.

L'Union européenne dicte. Le titre de mon rapport annuel 2011 s'inspire de cette réalité : "*EU : to live and let die*"²³⁶. Cela peut concerner aussi bien des pays que des patients. Si les gouvernements nationaux n'ont plus grand-chose à dire, il appartient aux groupes d'intérêts de prendre la défense du citoyen. Ils sont de tout poil, politiques ou apolitiques, de gauche ou de droite.

²³¹ Filip Dewallens est avocat et managing partner chez Dewallens & partners, Leuven.

²³² "Apolitiek". De Morgen, 04.05.2010.

²³³ "Tobback, Eyskens, De Croo. Een politieke geschiedenis van België, 1933-2011. Linda De Win. Borgerhoff & Lamberigts, 2011, p. 253. Over de CD&V: "*Want: 'si tous les dégoûtés s'en vont, il ne reste que les dégoûtants'.*"

²³⁴ "Belgische economie formeel in recessie". De Standaard, 02.02.2012.

²³⁵ Loi du 28.05.2002 relative à l'euthanasie (M.B. du 22.06.2002)

²³⁶ Une aventure de James Bond publiée par Ian Fleming en 1954 et filmée en 1973 avec Roger Moore dans le rôle de James Bond.

Les patients et les organisations de médecins doivent aussi faire entendre leur voix. En tant que médecins, nous y veillons tant au niveau européen, via l'UEMS et le CPME²³⁷, qu'au niveau national via nos unions professionnelles, le GBS et l'ABSyM.

Ayant à l'esprit la devise néerlandaise de 1815, je conclus par ces mots "*Je maintiendrai*" où le "je" désigne l'ABSyM-BVAS et le GBS-VBS ainsi que les milliers de membres et sympathisants.

Je vous remercie pour votre attention.

Dr Marc Moens,
04.02.2012

²³⁷ Comité permanent des médecins européens