

**RAPPORT ANNUEL 2012 du GBS
Dr Marc Moens
Secrétaire général**

Une pilule mutualiste empoisonnée

**Bruxelles
02.02.2013**

TABLE DES MATIERES

1.	RAPPORT D'ACTIVITES	1
1.1.	Réunions internes et publications	1
1.2.	Les symposiums du GBS.....	1
1.3.	Le site internet du GBS	3
2.	REPRESENTATION DU GBS	3
2.1.	Représentation en Belgique.....	3
2.1.1.	MedicaNorm	3
2.1.2.	Médicaments et soins chroniques	4
2.1.3.	Mdeon.....	6
2.1.4.	AFMPS – Traçabilité des implants	7
2.1.5.	Communauté flamande.....	8
2.1.5.1.	Introduction	8
2.1.5.2.	Concertation structurelle	8
2.1.5.3.	Réunions à thème.....	9
2.1.5.4.	Cadre de référence pour les services de psychiatrie	10
2.1.5.5.	Réforme de l'inspection des hôpitaux et cadre d'exigences	11
2.1.5.6.	Colloque sur l'ajustement de l'offre de médecins en Flandre.....	13
2.1.6.	Master après master	14
2.1.7.	Contacts du GBS avec l'Ordre des médecins.....	15
2.1.8.	Contacts entre le GBS, l'ABSyM et les sections de l'ABSyM.....	15
2.1.9.	Contacts du GBS avec une délégation de l'AMSF	16
2.1.10.	Confocus	16
2.2.	Représentation à l'étranger	17
2.2.1.	MS-7	17
2.2.2.	UEMS	17
2.2.3.	FEMS.....	19
2.2.4.	CPME - AMM - EFMA	20
3.	RENOUVELLEMENT DE LA COMPOSITION DES COMMISSIONS D'AGREMENT ET DU CONSEIL SUPERIEUR DES MEDECINS SPECIALISTES ET DES MEDECINS GENERALISTES	20
4.	POLITIQUE	22
4.1.	Introduction	22
4.2.	Elections communales, politique de parti et conséquences pour les soins de santé.....	23
4.3.	Les médecins et leur perception de la politique.....	26
4.4.	Le débat sur l'euthanasie	28
4.5.	Les médecines non conventionnelles.....	29
5.	ACCORD MEDICO-MUT DU 21.12.2011	30
5.1.	Suivi de l'accord du 21.12.2011	30
5.2.	Conclusion de l'accord 2013-2014	32
5.2.1.	Les mutuelles harcelantes envoient nos patients, leurs membres, au tribunal du travail	32
5.2.2.	La médico-mut part en guerre des médicaments contre la ministre ONKELINX...	34
5.2.3.	On économise mieux ce qu'on économise soi-même.....	35
5.2.4.	Le conflit de l'ABSyM avec le législateur conduit à un blocage des activités de la médico-mut	38
5.2.5.	Mieux vaut tard que jamais	39
5.3.	L'accréditation.....	40

6.	PROCEDURES JURIDIQUES	43
6.1.	Recours introduits en 2012	43
6.1.1.	L'A.R. du 28.06.2011 modifiant l'A.R. du 21.04.1983 et l'A.M. du 09.09.2011	43
6.1.2.	Décret portant notification obligatoire des pratiques médicales à risques.....	44
7.	A VOL D'OISEAU.....	47
7.1.	Chirurgie plastique	47
7.2.	Radiothérapie-oncologie	48
7.3.	Médecine nucléaire.....	48
7.4.	Et bien d'autres encore... ..	49
8.	CONCLUSION.....	49

1. RAPPORT D'ACTIVITES

1.1. Réunions internes et publications

Depuis l'assemblée générale du 04.02.2012, le Comité exécutif s'est réuni trente fois le lundi midi dans les locaux au n° 20 de l'avenue de la Couronne, à 1050 Bruxelles. Chacune des réunions a fait l'objet d'un rapport.

Après avoir participé activement 36 années durant aux activités du GBS, successivement en qualité de trésorier de l'association professionnelle des pédiatres à partir de 1976, en qualité de président du GBS de 1987 à 2000, comme membre effectif du Comité directeur et comme membre du Comité exécutif à partir de 2001, le Dr Jacques MERCKEN a décidé, en raison de son âge, de ne plus être candidat à l'assemblée générale de février 2012. Un hommage lui a été rendu dans le cadre de la réunion du Comité directeur du 22 mars 2012. Le Prof. Jacques Gruwez a, à cette occasion, retracé succinctement la carrière du Dr Jacques MERCKEN en faisant preuve de sa virtuosité linguistique habituelle¹.

Le Comité directeur s'est réuni à six occasions depuis l'assemblée générale de 2012 avec un nombre de participants fluctuant.

En 2012, le GBS a publié 5 numéros classiques et 4 numéros spéciaux de notre bulletin "Le Médecin Spécialiste" en version papier. Dans le même temps, il a envoyé 69 numéros de son "e-spécialiste". Ces lettres d'information électroniques sont envoyées aux membres d'unions professionnelles spécifiques en fonction de leur contenu.

1.2. Les symposiums du GBS

Depuis la célébration du 50^e anniversaire du GBS en 2004, l'assemblée générale annuelle est couplée à un symposium. Le thème du symposium est toujours en rapport direct avec un des dossiers brûlants du moment. Le symposium annuel du 4 février 2012, "*L'autonomie professionnelle du médecin spécialiste et ses limites...*", a réuni pas moins de 274 participants malgré des conditions climatiques très rudes. Nous avons quand même tremblé quelque peu lorsqu'un des orateurs nous a téléphoné le matin même pour nous avertir qu'il arriverait avec un peu de retard, son train ayant été annulé en raison des chutes de neige.

Pour la deuxième année consécutive, le GBS a organisé le 10 mars 2012 un symposium spécialement destiné aux candidats spécialistes et intitulé "Aide à l'orientation professionnelle du candidat spécialiste". La maxime "C'est en forgeant qu'on devient forgeron" s'est vérifiée. Cette deuxième édition a connu incontestablement un succès plus grand encore que la première édition expérimentale de 2011. En 2012, les participants étaient jeunes et, pour la plupart, des étudiants en quatrième année de master, des candidats spécialistes en formation et des médecins spécialistes récemment agréés. Alors qu'en 2011, il y avait eu une session distincte respectivement pour les candidats spécialistes néerlandophones et pour les candidats spécialistes francophones, on y a renoncé en 2012. Même après la 6^e réforme de l'Etat, la majeure partie des soins de santé spécialisés reste fédérale. Le Comité directeur a dès lors décidé d'inviter simultanément les candidats spécialistes francophones et néerlandophones. Ce genre de symposium constitue une occasion idéale pour faire plus ample connaissance avec ses consœurs et ses confrères. Nous préparons actuellement la prochaine édition pour les candidats spécialistes du 9 mars 2013. Le titre choisi est "*Bondir des starting-blocks comme médecin spécialiste*". A l'instar de

¹ L'allocution prononcée par le Prof. Jacques Gruwez à l'occasion de l'hommage rendu au Dr Jacques Mercken a été publiée dans le Médecin Spécialiste, n° 3, de mai 2012.

l'édition du 10 mars 2012, cette édition se tiendra également dans la salle Jacques Brel du Brussels 44 Center au Passage 44.

Le GBS n'est pas uniquement axé sur les candidats spécialistes et les médecins spécialistes en début de carrière mais vient naturellement également en aide aux médecins spécialistes qui ont été membres de leur union professionnelle pendant leur carrière concernant leurs questions et leurs problèmes spécifiques. Certainement en partie en raison des mesures fiscales décidées par le gouvernement Di Rupo, le GBS reçoit depuis quelques mois de plus en plus souvent des questions ayant trait à la fin de la carrière professionnelle. Quelle utilité la société professionnelle peut-elle encore avoir après le départ à la retraite? Comment évalue-t-on la patientèle constituée en cas de cession de la pratique médicale à un jeune confrère? Que convient-il de faire des archives si la pratique privée n'est pas cédée à un jeune confrère? Dans quelle mesure et de quelle manière est-il encore possible de maintenir une activité professionnelle après 65 ans? Le GBS prépare un symposium intitulé "A l'approche du terme de votre activité professionnelle" qui se tiendra le 25 mai 2013 pour répondre à ces questions.

Tant en 2011 qu'en 2012, le GBS aura été l'organisateur par excellence de symposiums sur le thème de la "radioprotection". Le GBS a organisé, chacune de ces années, deux réunions sur ce sujet en collaboration avec l'AFCN². Au total, pas moins de 1.600 participants ont assisté à l'une ou l'autre de ces quatre réunions. Lors des trois premières sessions, les inscriptions ont dû être clôturées prématurément dès que la capacité maximale de la salle avait été atteinte. C'est un fait que le besoin de formation permanente en radioprotection était énorme parmi les médecins connexistes. Un grand nombre de consœurs et confrères avaient obtenu il y a une dizaine d'années leur autorisation leur permettant d'utiliser des rayonnements ionisants dans leur pratique médicale.

Bien que la législation soit extrêmement vague concernant le nombre d'heures et le contenu de cette formation permanente, les médecins utilisant des rayonnements ionisants doivent pouvoir apporter la preuve qu'ils ont suivi une formation permanente de niveau universitaire. Cela ne posait pas de problème pour les médecins pour lesquels l'utilisation des rayonnements ionisants constitue une partie intrinsèque de leur spécialité, mais bien pour les médecins connexistes. Comme ce fut le cas en 2011, le Dr Bart DEHAES, membre du Comité directeur du GBS en qualité de délégué de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en médecine nucléaire, a, en 2012 également, collaboré activement à la composition du programme et à l'organisation. La session du 13 octobre 2012 a été orchestrée autour de plusieurs nouveaux thèmes suggérés par l'AFCN en 2012. Il a été décidé, au terme d'un débriefing avec l'AFCN le 13 novembre 2012, de ne plus organiser de nouvelles sessions de portée générale sur la radioprotection, tout au moins pendant quelques années.

Entre-temps, la plupart des consœurs et confrères ont été informés par l'AFCN que leur autorisation était prolongée. L'objectif dans le futur est d'organiser surtout des réunions axées spécifiquement sur certaines spécialités en collaboration avec l'AFCN et avec les unions professionnelles. Depuis 2011, l'Association professionnelle belge des urologues participe à la mise sur pied de sessions spécifiques de radioprotection en urologie dans le cadre de la BAU³. Le dossier de la radioprotection constitue un des thèmes centraux traités par un des groupes de travail permanents. L'Association professionnelle des cardiologues belges envisage d'organiser, en 2013, une session spécifique qui serait centrée sur les mesures de sécurité à respecter au cath-lab.

Les dispositions légales actuelles en matière de formation permanente en radioprotection qu'il faut pouvoir prouver sont extrêmement vagues. L'AFCN travaille actuellement à une

² Agence fédérale de contrôle nucléaire

³ BAU – Belgian Association of Urology

nouvelle réglementation plus concrète, et ce en concertation avec les différents groupes professionnels.

1.3. Le site internet du GBS

Le site internet du GBS constitue une source d'information importante pour les médecins spécialistes mais le Comité directeur a constaté qu'au fil des ans, le site s'est transformé en un fouillis qui ne répond plus aux standards actuels. Il n'est pas toujours facile de retrouver les informations souhaitées en raison d'un manque de cohésion résultant de la construction chronologique, pas à pas, du site. Cela se ressent en termes de souplesse d'utilisation. Conformément à ce qui est prévu dans le contrat conclu avec le webmaster Geolens, nous avons mis fin au contrat avec un délai de préavis de 6 mois avant le 30 juin 2012. La société unipersonnelle Geolens qui assurait la gestion du site internet du GBS depuis de nombreuses années n'a pas évolué avec les standards les plus récents sur le plan technique. C'est ce qui est apparu très rapidement lorsque, en 2011, nous avons confié un projet expérimental à des étudiants en master d'informatique appliquée de la HUB⁴. Même si ce projet expérimental n'a pas pu se concrétiser au bout du compte, il aura été le point de départ d'une remise en question approfondie de notre site et nos attentes concernant un nouveau site ont été définies en 2012.

Plusieurs sociétés web ont été contactées en juin et juillet 2012 et ont soumis leur projet. Un contrat a été signé en septembre avec la société Trynisis⁵. Notre ambition était que le nouveau site internet puisse être présenté à l'occasion de l'assemblée générale d'aujourd'hui, le 2 février 2013. Il est malheureusement apparu que l'élaboration de l'arbre de contenu du site par l'équipe du GBS est une tâche nettement plus difficile et chronophage que prévu initialement. Geolens a accepté d'assurer la gestion du site du GBS pendant quelques mois supplémentaires. Dans un avenir pas très lointain, les services internes du GBS auront la possibilité d'envoyer eux-mêmes les messages électroniques aux membres sans devoir passer par le webmaster. Quant aux unions professionnelles, elles disposeront chacune d'un espace réservé pour communiquer avec leurs membres sur ce nouveau site

2. REPRESENTATION DU GBS

2.1. Représentation en Belgique

2.1.1. MedicaNorm

En 2011, MedicaNorm avait consacré plusieurs réunions de son steering committee à la mise au point des statuts d'une asbl qui hébergerait ses activités. MedicaNorm a pour objet de dispenser une formation aux visiteurs médicaux. Cette formation couvre les aspects suivants : le management hospitalier, la pharmacologie, la pharmacovigilance, les médicaments et la sécurité sociale en Belgique, l'Evidence Based Medicine et le Medical Environment.

Au départ, il était prévu de mettre la touche finale aux statuts de l'asbl en janvier 2012. Au début du mois de janvier 2012, Pharma.be a cependant fait savoir qu'elle ne souhaitait plus prendre part à ce projet. Le 14 février 2012, le Prof. Dr Leo NEELS, directeur général de Pharma.be, a expliqué plus en détail cette décision au cours d'un entretien qu'il a eu avec le Dr Jean-Luc DEMEERE et Madame Fanny VANDAMME dans les locaux du GBS. Les raisons invoquées pour mettre fin à sa participation étaient essentiellement d'ordre financier. Pharma.be a décidé d'organiser de son côté une formation analogue, à des conditions

⁴ Hogeschool-Universiteit Brussel

⁵ Trynisis, avenue Louise 137, 1000 Bruxelles

financières plus intéressantes pour les participants, notamment par un recours plus systématique à l'e-learning. Certains volets de la formation MedicaNorm ont été jugés superflus par Pharma.be dans la mesure où les sociétés mères internationales imposent déjà aux entités belges d'organiser les aspects de la pharmacovigilance et de la pharmacologie en interne. Par conséquent, ces deux volets de la formation MedicaNorm font en fait double emploi. Il a été convenu que Pharma.be informerait le GBS des éventuels nouveaux développements mais il n'y a plus eu aucune communication à ce sujet depuis lors. Compte tenu du retrait de Pharma.be, le projet de constituer une structure d'asbl indépendante pour MedicaNorm a été abandonné provisoirement.

Au cours de l'année 2012, le steering committee a consacré l'attention nécessaire à l'élaboration d'un code de bonne conduite et trois sessions de formation, auxquelles quelque 200 participants ont pris part, ont été organisées. Une de ces sessions était accessible aux différentes sociétés pharmaceutiques. Les sessions de juin et août ont été organisées spécialement sur mesure pour les sociétés Lundbeck et Takeda. Le Dr Jean-Luc DEMEERE donne un cours sur le volet management hospitalier au nom du GBS.

2.1.2. Médicaments et soins chroniques

Le Prof. Francis HELLER reste, au niveau du GBS, l'expert dans le domaine des médicaments. Nous nous y sommes intéressés de manière approfondie dans le cadre de notre précédent rapport annuel⁶. En 2012, il est resté actif au sein du Bureau de contrôle de la communication écrite sous les auspices de Pharma.be. Quelque 60 nouveaux dossiers ont été examinés.

Le Prof. HELLER a également participé assidûment aux réunions du Conseil d'administration de l'IPhEB⁷. Cette organisation rencontre des difficultés pour développer de nouvelles activités. Un certain nombre de clients traditionnels ne sont plus intéressés par les données récoltées par l'IPhEB sur les médicaments délivrés dans les pharmacies publiques et se sont retirés.

A la mi-2012, le Dr Paul VAN DURME s'est vu contraint, pour des raisons d'ordre professionnel, de remettre à disposition sa fonction de membre du Comité d'évaluation de la pratique médicale en matière de médicaments institué auprès de l'INAMI. Avant même que la candidature du Prof. HELLER n'ait été introduite, celui-ci a participé activement, en qualité de vice-président, à la réunion de consensus du 10 mai 2012 sur la *"Prise en charge médicamenteuse efficiente en prévention et en traitement des pathologies cérébrovasculaires en première ligne de soins"*.

Le CPME⁸ a été invité à formuler un commentaire sur une note intitulée *"Use of Unlicensed and Off-label medicines"* qui lui a été soumise par l' "European Alliance for Access to Safe Medicines"⁹. Dans le cadre de cette étude, un avis était demandé concernant la collecte d'informations sur les effets secondaires des médicaments prescrits "off-label". Le CPME a consulté le Prof. Francis HELLER sur cette question et a formulé les commentaires de ce dernier. Dans ce cadre, le Prof. Francis HELLER a souligné entre autres choses que les instances réglementaires pour le remboursement des médicaments ont bien évidemment pour tâche de définir l'efficacité et la sécurité d'un médicament mais qu'elles ne peuvent pas se mêler de la définition de l'expertise ou du titre professionnel dont les médecins devraient disposer pour prescrire le médicament en question. C'est un job pour des conseillers professionnels et scientifiques indépendants.

⁶ "EU : to live and let die" Rapport annuel 2011 du GBS, 04.02.2012, point 2.2."Médicaments"

⁷ IPhEB – L'Institut pharmaco-épidémiologique belge asbl, rue Archimède 11 à 1000 Bruxelles

⁸ Comité Permanent des Médecins Européens

⁹ En abrégé : EAASM

Malheureusement, au sein de la Commission de remboursement des médicaments (CRM), c'est une méthode qui est souvent utilisée de manière abusive comme levier pour limiter les volumes de prescription. En 2012, les conditions auxquelles le Gilenya®, un médicament pour le traitement de la sclérose en plaques, peut être prescrit ont fait tout un raffut. Les conditions de remboursement ont été formulées de telle sorte que seuls les neurologues travaillant dans les centres universitaires peuvent prescrire le Gilenya®. En agissant ainsi, l'INAMI outrepassé ses compétences légales. La CRM s'engage en effet dans le domaine de compétence du SPF Santé publique où le Conseil supérieur fixe les critères d'agrément des différentes spécialités.

Au sein de la CRM, les médecins n'ont cependant qu'une position minoritaire sur le plan numérique. C'est pourquoi le Prof. Francis HELLER plaide depuis 2011 en faveur d'une modernisation du fonctionnement de la CRM. Les mutuelles, et plus particulièrement l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes qui y tient le haut du pavé depuis de nombreuses années, sont opposées à cette nouvelle approche demandée par les médecins.

En septembre 2008, dans le prolongement de son plan contre le cancer, Laurette Onkelinx a lancé le programme "Priorité aux malades chroniques". En 2012, le "Comité consultatif des maladies chroniques" a été transformé en un "Observatoire des maladies chroniques". Le président de cet observatoire est le Prof. Dr Jean-Pierre BAEYENS, secrétaire de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en gériatrie. Celui-ci a exposé sa vision sur la nouvelle approche des maladies chroniques dans le cadre de notre symposium du 02.02.2013 qui a précédé l'assemblée générale statutaire du GBS.

Le comité scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques, dont le Prof. Francis HELLER fait partie, a été invité à formuler un avis concernant un mémoire rédigé par le KCE relatif aux maladies chroniques¹⁰. Dans cette étude, le KCE a souligné la nécessité toujours accrue d'un système pour le traitement global des maladies chroniques. On s'oriente de plus en plus vers le traitement non plus en termes de maladies mais en termes de besoins du patient à différents niveaux : biologique, psychologique, social, spirituel et médical. La philosophie a été adaptée. On ne traite plus une maladie mais on traite un besoin. L'accent est mis sur un travail en équipe des prestataires de soins dans le but de rendre le patient plus autonome et plus responsable. Le KCE a formulé 20 recommandations et 50 points d'action. Le comité scientifique de l'Observatoire a été invité à formuler un avis concernant ce qui est nécessaire ou utile. Il doit également définir un ordre des priorités.

Le Prof. Francis HELLER a attiré plus particulièrement l'attention sur la quatrième recommandation du KCE qui stipule que le patient devra à l'avenir accepter de renoncer au libre choix de son médecin. Une équipe soignante est substituée à ce libre choix. Le patient entre en contact avec une équipe. Il faut cependant se poser la question dans quelle mesure cette recommandation est conciliable avec l'article 5 des droits des patients¹¹? Au centre du système se trouve le généraliste à qui est confiée une tâche essentiellement de gestionnaire. Le médecin spécialiste n'intervient que dans des situations aiguës. Le rapport du KCE recommande que l'hospitalisation du patient soit évitée dans toute la mesure du possible. Cette recommandation sert-elle les droits du patient ou faut-il y voir une "Economy Based Medicine" sous-jacente?

Dans ce contexte élargi, le Prof. Francis HELLER a représenté le GBS au Colloque "Les 10 ans de la loi 'droits du patient' - Etat des lieux et perspectives" organisé le 26 octobre 2012 par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement en collaboration avec la Commission fédérale "Droits du patient".

¹⁰ KCE Reports 190C "Position paper : organisation of care for chronic patients in Belgium". 10.12.2011

¹¹ Loi du 22.08.2002 relative aux droits du patient (M.B. du 26.09.2002)

Avec la présence du Prof. HELLER ainsi que du Dr Johan BOCKAERT et du soussigné, ce dernier siégeant dans le panel de discussion en sa qualité de président du groupe de direction de l'accréditation, le Comité directeur du GBS était également bien représenté au symposium "10 ans du CNPQ : Bilan et perspectives" organisé par l'INAMI le 6 décembre 2012 à l'Auditorium Pacheco à 1000 Bruxelles.

2.1.3. Mdeon

L'année 2012 a débuté sous des auspices favorables. Le Dr Bernard Maillet et le Prof. Francis Heller ont participé à l'assemblée générale de Mdeon le 14 février 2012 en qualité de représentants du GBS. Tous deux ont noté avec satisfaction un assouplissement de la position de Mdeon à l'égard d'un certain nombre de dossiers qui avaient donné lieu à de vives discussions à sa création. Il s'agit notamment de dossiers se rapportant à la prolongation du séjour de sa propre initiative et au soutien qui peut être apporté par des sociétés pharmaceutiques pour l'organisation du séjour sur place.

Le 17 juillet 2012, le soussigné a été invité par Mdeon à expliquer plus en détail la position du GBS et de l'ABSyM concernant l'extension des membres de Mdeon. La Fédération Belge des Podologues – Federatie van de Belgische Podologen (FBP) a été accueillie à l'unanimité comme membre à l'occasion de l'assemblée générale du 14 février 2012. Les associations d'hôpitaux ne font pas partie de Mdeon pour le moment. Richard VAN DEN BROECK, directeur d'Unamec¹² et premier vice-président de Mdeon, souhaitait également que les représentants d'hôpitaux soient associés activement à Mdeon. Il entendait ainsi éviter que des sociétés continuent de faire l'objet de pressions (certaines sociétés affiliées à Unamec ont même utilisé le terme de chantage) pour accorder des réductions importantes ou pour sponsoriser sous la contrainte toutes sortes d'événements au sein des hôpitaux ou des regroupements d'hôpitaux. Le GBS et l'ABSyM ne croient pas en une telle stratégie et s'opposent à ce que les associations d'hôpitaux soient intégrées à Mdeon. Du reste, les hôpitaux ne sont aucunement désireux d'adhérer à Mdeon. Pourquoi le devraient-ils?

En septembre 2012, Mdeon a lancé une campagne de presse¹³ avec un "cartoon" montrant deux skieurs dévalant une piste. Dans les phylactères, l'un dit : "*Il est bien ce congrès (Tof congres)*" et l'autre de demander : "*On doit prescrire quoi encore (Wat moeten we ook weer voorschrijven)?*" En dessous figure le slogan : "*Mdeon, do the right thing*".

Avec ce "cartoon", Mdeon véhicule une nouvelle fois l'image des médecins qui ne participeraient à un congrès que si celui-ci est couplé à un voyage d'agrément payé par une société pharmaceutique et qui seraient prêts à prescrire n'importe quoi en contrepartie. Ce "cartoon" de Kroll a maintenant six ans et c'est incompréhensible que Mdeon continue de véhiculer l'image du médecin mercantile, profiteur et prescrivait énormément. On peut être déçu que, six ans après le lancement de cette initiative d'autorégulation, Mdeon conserve une telle perception négative du corps médical. Si ces pratiques devaient se développer, on serait en droit de se poser des questions quant à l'utilité de Mdeon.

Il est regrettable que les représentants des organisations de médecins et de l'industrie pharmaceutique siégeant au sein du Conseil d'administration de Mdeon aient pu donner leur accord à cette campagne faisant preuve d'un mauvais goût intolérable. Si les médecins sont décrits comme des profiteurs, cela n'est possible qu'à la condition que les sociétés pharmaceutiques soient disposées à distribuer leurs richesses à tout-va.

¹² Unamec : the Belgian Association for producers and/or distributors of medical devices.

¹³ Un premier article sur la campagne lancée sous la forme d'une carte postale avec le fameux "cartoon" a été publié dans le bimensuel "Le Spécialiste", 12-9 du 07.11.2012.

Le GBS a fait part de son indignation concernant cette campagne à Mdeon. Une copie de cette lettre a également été transmise à la presse médicale. La réponse de Mdeon est décevante. Selon le Dr Thomas ORBAN et Mme Stephanie BRILLON, respectivement président et directeur de Mdeon, le GBS n'aurait pas compris le message caché derrière ce "cartoon". De plus, il est dit dans leur lettre que les deux skieurs ne sont pas nécessairement des médecins. Il pourrait également s'agir de dentistes ou de vétérinaires dans la mesure où ces catégories professionnelles prescrivent également des médicaments. Comme si, si on demandait au Belge moyen qui prescrit des médicaments, celui-ci répondrait spontanément "le vétérinaire" ou "le dentiste"!

La réglementation plus stricte, la crise économique et les mesures d'économie qui se répètent et se renforcent dans le secteur des médicaments ont entraîné un net recul du sponsoring de réunions scientifiques par les sociétés pharmaceutiques, ce qui a un impact direct sur le chiffre d'affaires de Mdeon. Afin de compenser cette diminution de ses revenus, Mdeon tente de jeter son dévolu sur les manifestations non soumises à un visa.

Lors de la prochaine assemblée générale de Mdeon, le GBS et l'ABSyM proposeront de refuser le budget pour les campagnes de presse hostiles aux médecins. Nous demandons également à nos représentants de consulter leur base avant de prendre une décision en cas de doute concernant une campagne.

2.1.4. AFMPS¹⁴ – Traçabilité des implants

Une table ronde sur la traçabilité des dispositifs médicaux implantables a été organisée par l'AFMPS le 3 décembre 2012. Le GBS y était représenté par le Prof. René VERDONK et par le Dr Jacques THIERY pour l'union professionnelle d'orthopédie, par le Prof. Frank VERMASSEN et par le Dr Koen DELOOSE pour l'union professionnelle de chirurgie et par le Dr Ludo GEERTS pour l'union professionnelle d'ophtalmologie. Les représentants du GBS ont été quelque peu déçus par le déroulement de la réunion dans la mesure où celle-ci s'est essentiellement limitée à une simple présentation de l'organisation dans le futur. L'AFMPS a des projets ambitieux en matière de soutien via les technologies de l'informatique. Plusieurs unions professionnelles, parmi lesquelles l'union professionnelle d'orthopédie, oeuvrent depuis plus de 20 ans à la mise en place d'un système efficace de traçabilité des implants. Pendant toute cette période, cette initiative a été traitée plutôt en parent pauvre. Les unions professionnelles ont promis à la ministre L. ONKELINX d'apporter leur concours à l'élaboration d'un système de traçabilité dans les meilleurs délais. Aucune date n'a toutefois encore été fixée pour une réunion de suivi.

A l'occasion du scandale des prothèses PIP¹⁵ qui a éclaté avec une violence extrême début janvier 2012¹⁶, la ministre ONKELINX avait déjà convoqué un groupe de travail ad hoc dès février. Quand, pratiquement à la même époque^{17,18} et ensuite en juillet 2012¹⁹, des problèmes avec des hanches artificielles avaient attiré l'attention des médias également en Belgique, le champ d'action a été étendu à la totalité des dispositifs médicaux implantables. Il est naturellement très regrettable que, malgré les demandes répétées notamment des

¹⁴ AFMPS : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé

¹⁵ PIP : la marque française Poly Implant Prothèse qui a fraudé en utilisant de la silicone industrielle pour ses prothèses mammaires avec comme conséquences notamment des déchirures et des fuites.

¹⁶ "RTL-TVI/ 'Reporters' aborde le scandale des prothèses PIP. Au nom de tous les seins." Le Soir, 03.02.2012.

¹⁷ "Na PIP implantaten nu ook problemen met kunstheupen". Het Nieuwsblad, 31.01.2012.

¹⁸ Dès 2010, la société américaine DePuy a retiré du marché plusieurs hanches artificielles en raison de risque d'inflammation et d'intoxication au cobalt et au chrome.

¹⁹ "Weer een slecht implantaat, weer weinig informatie". De Standaard, 05.07.2012 à propos de la marque de hanches artificielles de Smith & Nephew.

orthopédistes pour que les implants puissent être suivis à long terme par le biais d'un enregistrement électronique, les autorités ne se réveillent que quand la catastrophe a eu lieu.

2.1.5. Communauté flamande

2.1.5.1. Introduction

Le volet réforme de l'Etat de l'accord papillon, conclu le 11 octobre 2011, prévoit un glissement des compétences du niveau fédéral vers celui des communautés. M. Peter HANNES, collaborateur du cabinet du secrétaire d'Etat à la Réforme de l'Etat et à la Régie des bâtiments Servais VERHERSTRAETEN, a apporté des éclaircissements concernant le volet des soins de santé pendant le symposium "Quelle médecine anno 2013?" qui a précédé l'assemblée générale du GBS du 02.02.2013.

2.1.5.2. Concertation structurelle

Les contacts traditionnels avec le ministre Jo VANDEURZEN, ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, dans le cadre de la concertation structurelle avec les organisations de médecins ont eu lieu les 20 mars, 12 septembre et 20 décembre 2012. Depuis mars 2012, ces réunions se tiennent dans le bâtiment Ellips, le nouvel endroit de Jo VANDEURZEN, situé Boulevard du Roi Albert II à Bruxelles, à deux pas des cabinets des autres excellences flamandes.

Le Dr Johan BOCKAERT, le Prof. Jacques GRUWEZ, le soussigné et Mme Fanny VANDAMME, ou une combinaison de ces personnes, ont assisté à ces réunions de concertation en fonction des disponibilités de chacun. Les dossiers traités ces dernières années avaient trait essentiellement à la problématique de la première ligne, de laquelle les médecins spécialistes sont explicitement exclus²⁰, à la médecine préventive et aux études de population. Un revirement a toutefois été observé au cours de ces derniers mois et on s'intéresse aux nouvelles compétences qui seront transférées à la Communauté flamande.

Dans un premier temps, ces dossiers étaient abordés en des termes relativement vagues. En effet, personne au cabinet du ministre VANDEURZEN ne sait quel contenu devait être donné à ces nouvelles compétences. Outre la définition du cadre de qualité – la compétence d'agrément et de contrôle qui relève d'ores et déjà des communautés – c'est maintenant la compétence normative qui est transférée aux communautés dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat. La programmation et la compétence de financement restent toutefois fédérales. Il ne fait pas de doute que cela donnera encore lieu à des débats animés au cours des prochaines années. Pour les médecins hospitaliers flamands, c'est cependant annonciateur d'une période particulièrement sombre. Quand on sait que les soins de santé fédéraux fonctionnent dans les limites d'un budget fermé, on a l'impression que les médecins sont devenus des proies à abattre. Les hôpitaux qui doivent déjà régler un problème de sous-financement structurel dirigeront plus que jamais leurs tirs sur les honoraires des médecins.

Cela sera perceptible plus rapidement et plus durement en Flandre que dans les hôpitaux francophones car, comme avant-goût de cette joute financière, il a été clairement dit aux participants à la concertation du 20 mars 2012 que la Communauté flamande a l'intention de sous-traiter l'accréditation des hôpitaux à des organes d'accréditation privés, tels que le NIAZ²¹ ou la commission américaine JCI²². Ces organisations seraient chargées d'effectuer

²⁰ Décret du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins; M.B. du 20.04.2004.

²¹ NIAZ : Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

un audit de l'organisation fonctionnelle des hôpitaux. Le Prof. J. GRUWEZ a déclaré à ce propos que cela coûterait pas mal d'argent aux hôpitaux qui sont déjà confrontés à un sous-financement structurel.

2.1.5.3. Réunions à thème

En plus de ces moments de concertation traditionnels, le GBS a également participé à un certain nombre de réunions à thème spécifiques.

Le Dr Hilde VAN HAUTHEM, pédiatre, a participé, au nom du GBS, à la réunion du 8 février 2012, au cours de laquelle le texte conceptuel sur **l'organisation du soutien préventif à la famille a été examiné**. Le but recherché est une organisation, une centralisation plus efficace ainsi qu'une meilleure harmonisation du soutien préventif aux familles avec enfants. Tant les médecins généralistes que les pédiatres seront associés à ce projet. Les médecins généralistes qui doivent remplir des critères stricts en termes de formation seront désignés par les cercles de médecins généralistes. Le mode de sélection des pédiatres n'est pas encore clairement défini. Cette réunion n'a malheureusement eu aucune suite.

Le Prof. Jacques GRUWEZ a pris part à la réunion de concertation sur l'assurance hospitalisation flamande le 10.02.2012. L'autorité flamande a pour but de garantir l'accessibilité financière des soins, conformément à ce qui est inscrit dans l'accord de gouvernement flamand 2009-2014. Afin de garder la maîtrise des dépenses, l'autorité flamande entend conclure les accords nécessaires avec les acteurs de la santé sur le terrain. Cette assurance hospitalisation flamande doit apporter une réponse aux besoins des patients hospitalisés, plus précisément en chambre à deux lits, ou des patients récemment sortis de l'hôpital. Gardant à l'esprit ce point de l'accord de gouvernement flamand, les partis politiques flamands ont très certainement apporté avec beaucoup d'enthousiasme leur soutien à Laurette Onkelinx et à sa loi du 27 décembre 2012²³ relative à l'accessibilité aux soins de santé.

Le jeudi 17 janvier 2013, l'autorité flamande a organisé une première réunion de concertation générale en vue de réaliser une analyse d'impact intégrée concernant la mise en œuvre des transferts de compétences à la suite de la sixième réforme de l'Etat. Cela prendra la forme d'un livre vert dans lequel seront détaillés plusieurs scénarios possibles pour l'intégration et la gestion de ces nouvelles compétences flamandes²⁴. Le gouvernement flamand a l'intention d'utiliser ses nouvelles compétences au maximum. La compétence normative sera maximisée tandis que les implications financières de cette compétence normative seront minimisées (quand elles ne seront pas tout simplement niées). L'autorité flamande laisse à l'autorité fédérale le soin d'apporter la preuve que les nouvelles normes ne sont pas financièrement neutres en arguant que la compétence du financement est pour l'instant toujours une matière fédérale.

Le 21 janvier 2013, le Dr Michel Vandembroucke, président de l'union professionnelle de gériatrie, a participé à la réunion de concertation autour du thème de la **politique des personnes âgées**.

Mme F. Vandamme s'est déjà portée candidate pour participer au groupe de travail **agrément des médecins**. A l'occasion de la réunion du 17 janvier 2013, le Dr Dirk DEWOLF, chef de cabinet adjoint du ministre Jo VANDEURZEN, a déjà indiqué en passant

²² JCI : Joint Commission International

²³ Loi du 27.12.2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 31.12.2012.

²⁴ Cf. l'invitation du ministre Jo Vandeurzen à la réunion de concertation du 17 décembre 2012.

à propos de cette toute nouvelle compétence des communautés qu'ils se sont renseignés sur ce sujet auprès d'un expert en la matière, à savoir le Prof. Wilfried DEBACKER de l'Universiteit Antwerpen. Si la Communauté flamande va exclusivement chercher son inspiration auprès de professeurs d'université, on peut craindre le pire pour les représentants des unions professionnelles et pour les futurs candidats spécialistes. Compte tenu de l'antagonisme entre les universités et la profession en matière de formation, on peut parfaitement prédire qu'on assistera à une promotion d'une vision universitaire unilatérale. Le Prof. Wilfried DEBACKER est d'avis que la spécialisation est identique à un master après master théorique et que la formation professionnelle de médecin spécialiste est assimilable à des études universitaires pures et est du ressort de Pascal SMET (SP-A), ministre flamand de l'Enseignement, de la Jeunesse, de l'Égalité des chances et des Affaires bruxelloises dans le gouvernement flamand Peeters II.

2.1.5.4. Cadre de référence pour les services de psychiatrie

Dans le cadre de la réunion de concertation du 20 mars 2012, le ministre Jo VANDEURZEN a été interpellé concernant l'utilisation de la notion de "temps psychiatrique" à l'occasion d'un audit d'un hôpital psychiatrique réalisé par la Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

A l'occasion de cette interpellation, une première réunion de concertation a été organisée le 28 juin 2012 avec les acteurs du terrain, parmi lesquels le GBS, l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en psychiatrie, représentée par le Dr Marc HERMANS, le VAS²⁵, la VVP²⁶, représentée par le Prof. Dr Geert DOM, et la VVAPZ²⁷. Le GBS et le VAS étaient accompagnés respectivement par les Drs André VERECKEN et Luc RENIER. Le cadre de référence utilisé par la Zorginspectie est totalement inconnu des prestataires de soins sur le terrain. Et pourtant des réunions de contact avaient déjà été organisées à ce sujet dès 2009.

Les conséquences de cet audit pour les hôpitaux contrôlés n'étaient pas négligeables. Ils risquaient de perdre leur agrément si une solution n'était pas trouvée à la "non-conformité" constatée au niveau du "temps psychiatrique" par patient dans le délai imparti. La position de départ de la Communauté flamande était carrément cynique. Sur la base du cadre d'exigences créé par l'autorité flamande, elle impose aux hôpitaux psychiatriques des exigences complémentaires lourdes pour lesquelles aucun financement n'est prévu. Et l'administration flamande argumente que, via ce cadre d'exigences flamand, elle offre aux psychiatres et à leurs hôpitaux un instrument pour obtenir un financement supplémentaire auprès de l'autorité fédérale. Est-ce là une compétence usurpatrice²⁸ ou s'agit-il tout simplement pour l'autorité flamande de refiler la facture à l'autorité fédérale? Mais c'est en fait un pléonasme.

Compte tenu de la situation économique, il serait utopique de croire que l'autorité fédérale pourrait libérer des moyens supplémentaires à cet effet. La non-conformité constatée qui ne repose sur aucune norme publiée au niveau flamand ou fédéral a été requalifiée provisoirement de défaillance sous l'influence du GBS et du VAS.

²⁵ VAS : Vlaams Artsensyndicaat

²⁶ VVP : Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie

²⁷ VVAPZ : Vereniging van de Vertegenwoordigers van Artsen verbonden aan de Psychiatrische Ziekenhuizen.

²⁸ Qualifiées généralement de "compétences fantômes" par les médias flamands depuis 2012. Dans le cadre de la réforme de l'Etat, des compétences ont été transférées du niveau fédéral vers les régions et vers les communautés mais le financement se situe encore souvent au niveau fédéral. Si, dans un souci d'économies, le gouvernement fédéral venait à supprimer ce financement, il placerait les gouvernements des entités fédérées (les gouvernements flamand, wallon, bruxellois, de la Communauté française et/ou de la Communauté germanophone) devant un dilemme administratif, à moins qu'ils n'obtiennent une compensation financière, auquel cas aucune économie n'est réalisée.

Une deuxième réunion de concertation a eu lieu le 15 janvier 2013. Il a été convenu que le terrain ébauchera un cadre de qualité global qui portera non seulement sur les tâches du psychiatre mais également sur celles des autres acteurs de la santé. Une nouvelle réunion est prévue le 17 septembre 2013. Les critères définis au niveau fédéral serviront de critères de qualité minimums pendant cette période transitoire. Il n'est en effet pas réaliste de développer un cadre de qualité alors que les moyens financiers font défaut sur le terrain.

2.1.5.5. Réforme de l'inspection des hôpitaux et cadre d'exigences

L'inspection flamande des hôpitaux contrôle les normes d'agrément et de fonctionnement. Ces normes partent des textes de loi fédéraux, comme l'A.R. du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre et la loi sur les hôpitaux (A.R. du 10 juillet 2008, Ch. III), mais aussi des normes définissant les agréments pour des pratiques particulières comme la chirurgie cardiaque et la chirurgie pédiatrique. A l'origine, l'inspection des hôpitaux n'avait pas pour mission de contrôler la qualité de la médecine hospitalière mais simplement le respect des textes de loi.

En Flandre, il existe un décret qualité²⁹ depuis 2003. Le gouvernement flamand organise le contrôle du respect des dispositions de ce décret et de ses arrêtés d'exécution. Des processus qualité peuvent encore être initiés sur base de projets volontaires qui doivent être définis.

Sous l'impulsion de Jo VANDEURZEN, ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, l'agence flamande VAZG (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid) encourage les hôpitaux flamands à se faire accréditer soit par la JCI américaine (Joint Commission International), soit par la commission néerlandaise NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). La VAZG de l'autorité flamande a pris l'initiative, en 2012, de coordonner et de structurer l'ensemble des textes de loi ou réglementaires dans un cadre fonctionnel. A partir de 2013, la VAZG adoptera un nouveau modèle d'inspection pour les hôpitaux flamands. Les visites seront remplacées par un "contrôle du respect" et par un "contrôle du système".

A partir du 1^{er} mars 2013, des contrôles du respect auront lieu à l'improviste sur base de critères prédéfinis au niveau de la structure, des processus et des résultats.

La VAZG lancera en 2013 le trajet de soins du patient chirurgical. Une série d'autres trajets de soins suivront ultérieurement : mère et enfant (avec indicateurs en matière de césariennes, d'allaitement maternel et de politique en cas de maltraitance d'enfants); orthopédie (avec indicateurs notamment en matière de degré de transfusion et ponctualité des soins); cardiologie (avec indicateurs notamment en matière de prévention secondaire et mortalité); oncologie (avec indicateurs notamment en matière de cancer du sein) ainsi que des indicateurs à l'échelle de l'hôpital concernant le nombre de réhospitalisations, d'expériences du patient, d'hygiène des mains, etc.

A partir de 2014, un contrôle systémique sera également lancé. Celui-ci sera annoncé et contrôlera à l'échelle de l'hôpital la mise en œuvre des mesures de garantie de qualité (stratégie, politique, gestion de la sécurité, structures, processus, contrôles internes,...). Un hôpital est dispensé de ce contrôle systémique s'il est en cours de procédure d'accréditation ou s'il est accrédité.

²⁹ Décret du 17.10.2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale (M.B. du 10.11.2003; éd. 1)

En principe, le choix de la participation ou non à un processus d'accréditation est libre mais il est clair que l'hôpital flamand qui n'opte pas pour l'accréditation se discrédite. L'enthousiasme flamand est quelque peu surprenant dans la mesure où une étude du KCE a montré en 2008 qu'il n'y a pas de gain net pour les patients³⁰.

Le service "Zorg en Inspectie" (Z.I.) inspectera les hôpitaux et les pratiques médicales à partir des critères objectifs et en toute transparence.

Pour écrire ce cadre d'exigences, la VAZG a fait appel à ses juristes, à son administration et à des experts de la KUL et de l'UG. Le document rédigé a été soumis ensuite à un comité de pilotage constitué de directeurs d'hôpitaux, de représentants du monde professionnel des médecins (GBS) et des infirmières (VVOV³¹), de professeurs d'université et de représentants de sociétés scientifiques. Le comité a rédigé ensuite le texte définitif. Ce texte est un tableau avec 5 colonnes intitulées respectivement *Norm*verduidelijkte norm*, *nuancering norm*, *bijkomende eis*, *streefwaarde/nulmeting*, *bronvermelding*. On peut lire *nuancering norm* : ces normes sont l'application fonctionnelle des normes. Par exemple, la norme dit que chaque patient a un dossier et que le dispensateur de soins compétent doit pouvoir le consulter. L'application fonctionnelle en fait que le dossier doit être accessible dans le service hospitalier où le patient se trouve.

A côté de ces normes, le comité de pilotage a reconnu des exigences particulières, par exemple pour l'hygiène et pour les soins. Parmi ces exigences particulières se retrouvent également des guidelines de la profession comme le Safety First des anesthésistes ou des recommandations pratiques. Ces *bijkomende eisen* ("exigences complémentaires") font partie de l'application du décret qualité de 2003. La *Streefwaarde* ("l'objectif") est la mesure qui devrait être atteinte dans le cadre de ce décret qualité. On peut parler de compliance. Par contre, pour les normes soulignées, la compliance doit être de 100 % et il y a une tolérance zéro puisque ces normes sont des exigences légales.

Zorg & Inspectie viendra contrôler à l'improviste afin de s'assurer du suivi du cadre d'exigences. Un rapport sera rédigé pour chaque contrôle, lequel rapport pourra être contesté par l'hôpital dans un délai défini, et ensuite un rapport définitif sera établi. Le modèle du rapport et les items sont standardisés, ce qui garantit une transparence et une certaine objectivité. Une seconde inspection permettra de voir si les mesures correctrices ont été prises. A défaut, une troisième inspection et des sanctions pourront suivre. Une innovation également est la transparence. Les rapports paraîtront en ligne et seront donc publics. Dans le cadre d'exigences quartier opératoire, l'agence a inscrit les *bijkomende eisen* concernant la SSCL (Safe Surgery Check List).

Le SPF Santé, de son côté, en 2012, a une plateforme SSCL pour mettre en oeuvre cette SSCL au sein des hôpitaux belges. Le SPF propose un contrat avec les hôpitaux (Contract 2013 Safe Surgery : "Autoévaluation sur le thème Safe Surgery"). Ce projet s'inscrit dans le cadre du contrat qualité et sécurité des patients 2013, avec un plan pluriannuel 2013-17. Cette plateforme SSCL, comme les comités de pilotage, se compose de représentants des organisations scientifiques et professionnelles de médecins (GBS) et d'infirmières (VVOV et AFISO³²). Elle est sous la direction de M. Christiaan DECOSTER³³.

Le principe de base est un processus qualité (non pas le décret) qui est validé soit par une accréditation de l'hôpital, soit sur le modèle proposé par le SPF Santé, modèle basé sur le

³⁰ Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe, KCE reports 70B, 2008.

³¹ VVOV : Vereniging van Vlaamse Operatie Verpleegkundigen

³² AFISO : Association francophone des infirmières de salle d'opération de Belgique.

³³ Christiaan Decoster est directeur général de la Direction générale Organisation des établissements de soins, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

modèle européen EFQM³⁴ ou tout autre modèle. Dans ce processus qualité, chaque hôpital sera invité à faire une autoévaluation basée sur un questionnaire. *"Cette autoévaluation permettra de donner un aperçu des améliorations réalisées et de chercher des goulots d'étranglement"* (rapport de septembre 2012). Le modèle EFQM du thème Safe Surgery comprend des domaines et, par domaine, des items. Les domaines retenus sont : l'importance stratégique du thème; parties internes et externes concernées par le thème; connaissance, compétences et expertise professionnelle en ce qui concerne le thème; impact du thème sur la structure de management et le système de management de l'hôpital et sur la qualité des soins; gestion efficace des moyens; implémentation; mesure de l'effectivité. Ce questionnaire d'autoévaluation devra permettre de voir les goulots d'étranglement et de mettre en route les mesures correctrices. On attend au minimum trois mesures correctrices après l'autoévaluation. Le but stratégique est une optimisation de la SSCL pour 2017.

Ainsi, le cadre d'exigences, d'une part, et le contrat qualité (financé) du SPF, d'autre part, travaillent le même terrain. On est en droit de se demander de quelle façon on pourra harmoniser tout cela. Mais c'est un fait que l'accord papillon du 11.10.2011 prévoit une régionalisation ou communautarisation des compétences. Les cadres d'exigences sont une synthèse des textes, une définition objective des normes, un contrôle méthodique, offrent une transparence totale et sont une démarche qualité permettant de corriger les déficiences. Ils existent déjà dans le trajet de soins du patient chirurgical, mais on y travaille pour la psychiatrie et pour les trajets mères-enfants. Le SPF Santé crée un plan pluriannuel qui est une invitation à faire un contrat pour initier le projet qualité et cela dans chaque hôpital.

Ce modèle est applicable aux deux communautés. On constate donc une différence culturelle entre le nord et le sud mais également des différences dans le processus, les structures, la stratégie et le résultat. La médecine d'avant l'accord papillon et sans transfert des compétences sera-t-elle encore plus différente après les transferts de compétences? On peut se poser la question.

Etant donné la contribution appréciée apportée par le GBS dans le cadre du nouveau modèle d'inspection comme le cadre d'exigences pour le patient chirurgical, le GBS est désormais également invité pour le trajet de soins qui sera mis en place pour le patient interne et les services critiques. Ce trajet comprend les composantes suivantes : section pour la médecine interne et l'hôpital de jour non chirurgical, urgences et SMUR, soins intensifs, stérilisation des instruments endoscopiques et officine hospitalière. La première réunion de concertation est prévue pour le 6 février 2013.

2.1.5.6. Colloque sur l'ajustement de l'offre de médecins en Flandre

Le ministre Jo VANDEURZEN a organisé un symposium sur l'ajustement de l'offre de médecins en Flandre le 29 novembre 2012. Les professeurs de la KUL Rob VAN DEN OEVER, Bernard HIMPE et Jan DE LEPELEIRE ont dirigé les débats. Il n'y a pas eu d'annonces spectaculaires.

Le Dr Luc DECLERCQ, secrétaire de l'Association des médecins rhumatologues de Belgique affiliée au GBS et, depuis le 25 septembre 2012, président de la Section du VAS Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant, et Mme F. VANDAMME ont participé au groupe de travail mobilité internationale. Le ministre Jo VANDEURZEN était également présent dans ce groupe de travail qui était mené par le Prof. ém. Walter MICHIELSEN de l'Universiteit Gent, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins et également membre actif du VLIR³⁵. Il y est le président de la commission interuniversitaire "Equivalence des diplômes de

³⁴ EFQM : European Foundation for Quality Management.

³⁵ VLIR: Vlaamse Inter Universitaire Raad.

médecin". Le VLIR trouve extrêmement gênant que, dans le cadre de l'évaluation de l'équivalence du diplôme de médecin, il ne soit pas possible de faire passer un examen linguistique en néerlandais à des citoyens de l'UE.

Le ministre Jo VANDEURZEN était stupéfait que l'accès aux études de médecine en Flandre repose sur le principe d'un examen et non pas sur un "concours" où seuls les participants les mieux classés pourraient entamer des études de médecine. Tout vaut pourtant mieux que l'anarchie qui règne en Communauté française où l'accès aux études de médecine n'est pas restreint de sorte que le nombre d'étudiants qui obtiennent le diplôme de médecin est supérieur au nombre de numéros INAMI disponibles dans le cadre du numerus clausus.

Le ministre Jo VANDEURZEN ignorait que des étudiants flamands (et belges) se voient interdire l'accès à la profession de médecin en raison des quotas fixés par la loi alors que ces quotas ne s'appliquent pas aux médecins de l'UE immigrant en Belgique, qui s'y spécialisent et s'y installent par la suite. En Communauté flamande, on va tenter de trouver une solution pour limiter quelque peu cette immigration. Dans le cadre du décret sur la qualité, la Communauté flamande tentera de voir s'il est possible d'imposer des exigences linguistiques aux médecins souhaitant exercer en Flandre. En effet, pour pouvoir pratiquer une médecine de qualité, il semble plus que normal à l'autorité flamande que le médecin maîtrise le néerlandais.

2.1.6. Master après master³⁶

Dans le cadre de sa réunion du 29.03.2012, le président du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, le Dr Dirk CUYPERS, a constitué, avec l'accord de l'assemblée, un groupe de travail paritaire restreint afin de sortir de la galère du Master après master qui dure depuis des années. Le groupe de travail était constitué de trois représentants des universités et de trois représentants des unions professionnelles, à répartir librement en interne entre les rôles linguistiques.

Les réunions ont eu lieu en soirée en mai sur trois jours, à savoir les 2, 14 et 30 mai 2012, sous la présidence du Dr Dirk CUYPERS, dans les locaux du SPF Santé publique. Y ont pris part, du côté universitaire, le Prof. Georges RORIVE (Université de Liège), le Prof. Patrick DECOSTER (directeur général du CHU UCL Mont-Godinne-Dinant) et le Prof. Wilfried DE BACKER (UZ Antwerpen) (remplacé le 14.05.2012 par le Prof. Brigitte VELKENIERS, VUB) et, du côté des unions professionnelles, pour l'ABSyM, le Prof. Francis HELLER (remplacé le 30.05.2012 par le Dr Guy BERGIERS) et le soussigné et, pour l'ASGB, le Dr Luc DIRIX.

Trois volets ont été développés : la définition, la pratique et l'évaluation de la formation. Le rapport final a été soumis au Conseil supérieur le 05.07.2012 et approuvé à l'unanimité moins une voix contre, moyennant une petite remarque technique.

Du côté flamand, nous entendons que le Master après master n'est pas un succès jusqu'à présent. A la suite d'une cotation (provisoirement) insuffisante lors de la visitation par la NVAO (Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie) obtenue par le MaNaMa médecine spécialisée à l'université de Gand, le Dr Martine DE VOS, professeur de gastro-entérologie, a remis sa démission du poste de président de la commission de formation de la formation de master médecine spécialisée le 21.12.2012. Comme c'est également ressorti de nos contacts sur le MaNaMa en 2009³⁷ au niveau du VLIR³⁸ et, en 2010-2011, avec la CHAB³⁹,

³⁶ En néerlandais abrégé en MaNaMa (Master Na Master)

³⁷ Cf. notamment point 5.2.2. "Master après Master" dans "La quadrature du cercle". Rapport annuel 2009 du GBS, 06.02.2010.

³⁸ VLIR : Vlaamse Interuniversitaire Raad

le Prof. Martine DE VOS était un des "convaincus" de la première heure. La portée de ce type de système est cependant encore insuffisante. Du reste, les Flamands ne sont pas des Néerlandais. Les médecins flamands (ainsi que les enseignants, car le même virus les touche également obstinément) continuent de préférer consacrer leur temps aux soins et à un enseignement de qualité plutôt que dans des systèmes de contrôle interminables et des répétitions de pseudoconnaissances qui n'ont pas grand-chose à voir avec la "profession".

Les "Can-Meds", empruntés au Royal College canadien, qui ont rencontré un certain succès depuis le début des années 1990 et qui ont servi d'inspiration en Europe, ont déjà perdu une bonne partie de leur attrait un quart de siècle plus tard. Il est probablement apparu que le médecin spécialiste/généraliste en formation parfait n'existe pas et qu'il n'est pas non plus un objectif atteignable. Viser la perfection est un bel idéal qui est toutefois impossible à concrétiser. D'ici ± 5 ans, le ministre flamand VANDEURZEN et ses équipes d'inspection de la Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid constateront que la rage qui sévit actuellement en faveur de l'accréditation des hôpitaux ne permet pas non plus de fournir des hôpitaux parfaits. En attendant, cela coûtera incroyablement beaucoup de temps, d'efforts et d'argent (un coût financier à assumer par les médecins). Il n'empêche que nous restons convaincus que tous les modes réalistes possibles de soutien de la qualité doivent être mis en œuvre. Mais nul ne peut encore dire pour l'instant si l'accréditation est un moyen d'y parvenir (cf. point 2.1.5.5.).

2.1.7. Contacts du GBS avec l'Ordre des médecins

Au cours de l'année écoulée, le GBS a sollicité à plusieurs occasions un avis à l'Ordre des médecins pour des matières de déontologie.

Le "Second-O" était une initiative de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes organisée conjointement avec la KULeuven⁴⁰. Les patients ayant une assurance hospitalisation des MC se voient proposer comme service complémentaire de pouvoir demander un second avis à un expert de la KULeuven. Moyennant une somme minime destinée à couvrir les frais administratifs, les coûts du second avis sont pris en charge par l'assurance hospitalisation des MC. Avec cette initiative, les MC, en fait une compagnie d'assurances comme les autres, met en avant un hôpital en particulier en le présentant comme un centre d'excellence qui détient la sagesse médicale, avec tout le respect dû aux confrères universitaires. C'est discriminatoire à l'égard des autres hôpitaux. C'était également la teneur de la réponse de l'Ordre des médecins.⁴¹

Le GBS a également contacté l'Ordre concernant la réquisition des médecins dans le cadre des contrôles d'alcoolémie. Nous avons aussi interrogé l'Ordre concernant les demandes de transfert entre les services d'urgences agréés mais nous n'avons pas encore reçu de réaction à ce sujet.

2.1.8. Contacts entre le GBS, l'ABSyM et les sections de l'ABSyM

Vis-à-vis de l'extérieur, la collaboration entre le GBS et l'ABSyM s'exprime le mieux en la personne du soussigné. J'effectue en effet un troisième mandat statutaire de trois ans en qualité de président de l'ABSyM (du 29.03.1998 au 10.03.2001, du 28.03.2004 au 08.05.2010 et enfin du 08.05.2010 au 04.05.2013) et je suis également secrétaire général du GBS sans interruption depuis le 03.02.1990. Bien d'autres médecins que moi sont également actifs dans les deux organisations. Plus discrète sans pour autant être moins importante, il y a la fonction de "liaison officer" du Dr Eddy MAES, ophtalmologue et vice-président du GBS.

³⁹ CHAB : Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique

⁴⁰ "CM verdedigt tweede-opinie-samenwerking met UZ Leuven". Artsenkrant 17.01.2012

⁴¹ Conseil national de l'Ordre des médecins – Bulletin 138 du 07.04.2012 (Doc : a138004).

Il participe activement aux réunions du comité directeur de l'ABSyM. Le Dr Jean-Pol LEONARD, membre du Conseil d'administration de la section bruxelloise de l'ABSyM et membre de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en médecine nucléaire, est "liaison officer" de l'ABSyM dans le Comité exécutif du GBS.

Les juristes néerlandophones du GBS (Fanny VANDAMME) et des sections du VAS Oost- en West-Vlaanderen (Mme Martine BOGAERT) et Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant (Mme Ingrid DREEZEN) entretiennent de bons contacts depuis de nombreuses années. Des dossiers sont examinés et des positions sont formulées à l'occasion de contacts informels. Il y a également eu des contacts avec la Chambre syndicale de Bruxelles. Ainsi, Mme Fanny VANDAMME, directeur du GBS, a été invitée à participer à la partie informative de l'assemblée générale du 19 avril 2012 consacrée aux conséquences de la sixième réforme de l'Etat sur les soins de santé à Bruxelles. Le 20 novembre 2012, Mme Fanny VANDAMME a également participé au symposium particulièrement intéressant sur "Le médecin et la TVA" qui était organisé par la Chambre de Bruxelles.

2.1.9. Contacts du GBS avec une délégation de l'AMSF ⁴²

Le 13 mars 2012, le Dr Jean-Luc DEMEERE, le Prof. Jacques GRUWEZ, le Dr Yo BAETEN et Mme F. VANDAMME ont rencontré une délégation de l'Association des médecins spécialistes en formation. Cette association a été créée à l'occasion de la réunion organisée par le président du Conseil supérieur, le Dr Dirk CUYPERS, sur l'actualisation des critères d'agrément. Un certain nombre de médecins spécialistes en formation ont été invités à cette réunion. Ces participants ont pris l'initiative de créer une association représentant tous les médecins spécialistes en formation de toutes les universités belges. L'AMSF a pour mission de promouvoir une formation de qualité qui réserve une place importante au respect de la loi sur le temps de travail.

Les propos tenus par les invités, d'une part, et par les hôtes, d'autre part, ont clairement laissé apparaître un fossé des générations. Certains assistants sont plus positifs à l'encontre du Master Na Master que le laissent penser les plaintes et lamentations qui parviennent au GBS. La question est de savoir si ces assistants se rendent bien compte des conséquences d'une académisation totale de la formation. Le GBS doit attirer leur attention sur le fait que la formation ne peut pas être réalisée exclusivement en milieu universitaire et que le risque du MaNaMa est en fait que la théorie prenne le pas sur la pratique (cf. point 2.1.6.). Le GBS espère pouvoir lancer dans le futur un groupe de réflexion permanente de manière à pouvoir, conjointement avec les médecins spécialistes en formation et les médecins spécialistes récemment agréés, mieux répondre à leurs attentes en ce qui concerne une défense professionnelle efficiente sur mesure.

2.1.10. Confocus

Le soussigné, en sa qualité de membre du Conseil d'administration du Vlaams Artsensyndicaat, afdeling Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant, et le Dr Jean-Luc DEMEERE, en tant que président du GBS, ont participé comme orateurs à une conférence organisée par Confocus respectivement le 24 avril 2012 à Berchem pour les néerlandophones et le 24 mai 2012 à Louvain-la-Neuve pour les francophones. Le thème central du débat était la responsabilité médicale. Le dossier médical et le secret médical ont été traités par des juristes. L'informatisation du dossier médical, le partage des données et le respect de la vie privée ont été longuement développés.

Autre sujet abordé lors de cette conférence : la loi sur les droits du patient et l'information des patients. L'information transmise aux patients a été standardisée en urologie sous

⁴² AMSF - Association des Médecins Spécialistes en Formation asbl

l'impulsion donnée par le BAU⁴³ et par le Dr Lieven GOEMAN. Le Dr Jean-Luc DEMEERE a présenté la liberté du médecin dans la gestion des soins à l'hôpital. La liberté est hautement surveillée par le gestionnaire, par le patient, par les payeurs. L'administration et la gestion financière interfèrent de plus en plus dans les décisions thérapeutiques.

2.2. Représentation à l'étranger

2.2.1. MS-7

Depuis 2004, une rencontre internationale en langue française sur le thème de la médecine spécialisée était organisée chaque année par des représentants de médecins du Québec, de France, de Belgique, des Pays-Bas, d'Italie, de Suisse et de Roumanie (Médecine Spécialisée 7). Cette rencontre annuelle était l'occasion d'échanger des idées sur les différents systèmes de soins de santé existants et les participants étaient informés des évolutions les plus significatives intervenues au cours de l'année écoulée. Le GBS s'est chargé de l'organisation de cette rencontre en 2006 et en 2010, l'année durant laquelle la Belgique a assuré la présidence de l'Union européenne. En 2010, le GBS a couplé cette rencontre internationale à un symposium intitulé "*Implémentation, évaluation, mesure, financement et contrôle des procédures de qualité dans la médecine spécialisée*".

La rencontre de 2011 a été organisée par nos confrères français de l'UMESPE⁴⁴. Dans le cadre de cette réunion, le Dr Jean-Luc DEMEERE a, au nom du GBS, posé explicitement la question de l'utilité pratique de cette réunion. Le représentant roumain, qui aurait dû organiser la réunion en 2012, a été contraint de se retirer en raison du résultat inattendu des élections médicales locales qui a débouché sur une modification des rapports de force. Du fait de la situation économique en berne et des mesures d'économies imposées par les autorités, l'organisation des médecins suisses participante a dû renoncer à sa participation. Il y a fort à craindre que la réunion qui s'est tenue à Paris du 18 au 20 novembre 2011 aura été le chant du cygne de cette initiative.

2.2.2. UEMS

Le Management Council de l'UEMS s'est réuni 2 fois en 2012. Selon une tradition bien établie, la réunion de printemps a eu lieu à Bruxelles. La réunion d'automne s'est tenue, à l'invitation de l'organisation membre cyprite grecque de l'UEMS, à Larnaca les 18 et 19 octobre 2012. Il a fallu constater avec une certaine déception que les sections ont brillé par leur absence à cette réunion. Pourtant, celles-ci avaient déploré si longtemps de n'avoir que peu de contacts avec le Management Council et de ne pouvoir dès lors jouer qu'un rôle mineur dans l'organisation et les prises de décision.

La rencontre annuelle des délégués belges auprès des Sections et Divisions de l'UEMS a eu lieu le 29 novembre 2012. L'UEMS encourage les organisations membres nationales à informer tous les ans les représentants auprès des sections des activités développées par l'UEMS. Le Prof. J. GRUWEZ, chef de la délégation belge auprès de l'UEMS, regrette que nos représentants auprès des Sections ne se montrent pas plus intéressés par cette activité. Seuls huit confrères ont participé à la réunion.

En 2011, l'UEMS a acquis un immeuble rue de l'Industrie à Bruxelles afin d'y installer une Domus Medica Europea. Plusieurs organisations européennes ont déjà montré leur intérêt pour ces locaux. Des problèmes d'urbanisme retardent fort la perspective de commencer des travaux envisagés. L'exigence urbanistique d'une destination mixte, de bureau et d'habitation, semble avoir été abandonnée. Cette exigence est en effet irréaliste dans le

⁴³ BAU - Belgian Association of Urology asbl

⁴⁴ Union nationale des médecins spécialistes confédérés, 79 rue de Tocqueville, 75017 Paris

quartier européen composé essentiellement de bureaux. Il faut s'attendre à ce que l'UEMS continue d'occuper ses locaux dans le bâtiment du GBS encore un certain temps également en 2013.

Les activités de l'EACCME⁴⁵ et plus particulièrement le nouveau système LEE⁴⁶ ont constitué le principal thème de discussion en 2012. La délégation belge a fait part de ses réserves concernant la complexité de la nouvelle procédure mais n'a pas été suivie. La raison de cette complexité serait le souhait de se conformer aux procédures américaines.

Les activités déployées au sein de l'EACCME contribuent dans une large mesure au financement de l'immeuble acquis. On peut toutefois se demander si cette activité n'enregistrera pas un recul dans le futur. Les nouvelles obligations administratives pour obtenir l'accréditation sont de plus en plus complexes. Le parrainage d'activités scientifiques internationales par des sociétés pharmaceutiques est soumis à des règles strictes et diminue d'ailleurs en raison de la crise économique mondiale. Le GBS a fait parvenir plusieurs notes à l'UEMS dans lesquelles des critiques sans équivoque sont formulées à l'encontre des nouveaux critères. Une trentaine de critères doivent être rencontrés. Le Prof. Jacques GRUWEZ craint que seuls quelques participants ont eu le courage de lire attentivement ces documents volumineux et de formuler des critiques. Par ailleurs, il y a aussi le fait qu'il faut toujours engager la discussion dans une autre langue que sa langue maternelle. Il n'est pas donné à tout le monde de pouvoir croiser le fer en anglais avec le Dr *E. BORMAN*, secrétaire général de l'UEMS et qui, en tant que citoyen britannique, est très rompu à la maîtrise de sa propre langue. L'utilisation de la langue française a été totalement abandonnée au sein de l'UEMS. Le Prof. Jacques GRUWEZ regrette que, en plus de l'usage généralisé de l'anglais comme langue véhiculaire, la culture et la réglementation anglo-saxonnes aient aussi fait leur entrée à l'UEMS.

L'Advisory Council on Continuing Medical Education a tenu sa réunion annuelle le 1^{er} décembre 2012. Le GBS était représenté par le Dr Bernard MAILLET. Les nouvelles règles pour les LEE prévoient des règles très strictes et complexes inapplicables dans la pratique. L'UEMS propose maintenant de trouver une solution pragmatique. Il est cependant absurde de commencer par adopter des règles très strictes pour ensuite ne pas les appliquer. On procédera à une évaluation des nouvelles règles dans six mois.

On est en droit de se demander si l'UEMS s'engage sur la bonne voie en misant quasiment exclusivement sur l'accréditation. Depuis quelques années, l'UEMS investit trop peu dans le lobbying pour défendre la position du médecin spécialiste.

L'UEMS doit faire attention à ce que, au niveau européen, les non-médecins n'obtiennent pas des compétences plus importantes dans des domaines purement médicaux. A l'initiative de l'association professionnelle autrichienne de chirurgie plastique, le CEN⁴⁷ s'est permis de publier un projet de normes pour la chirurgie esthétique. Il n'est pas acceptable qu'une organisation non médicale définisse des normes pour des disciplines médicales. Si c'est toléré pour la chirurgie esthétique, il ne faudra pas attendre longtemps pour que des initiatives semblables soient prises dans d'autres disciplines de la médecine. L'UEMS a protesté avec force auprès du CEN contre la référence non autorisée à des documents de l'UEMS où le CEN donne en quelque sorte à penser que l'UEMS soutiendrait cette initiative. Le Comité directeur du GBS a décidé de soutenir la lettre ouverte de l'UEMS contre cette initiative du CEN.

⁴⁵ European Accreditation Council for Continuing Medical Education

⁴⁶ LEE - Live Educational Events

⁴⁷ Comité européen de normalisation

Un position paper a été soumis au Management Council de l'UEMS concernant la réforme de la directive relative à l'agrément des différentes spécialités. Le Prof. Jacques GRUWEZ a exprimé son mécontentement parce que le Management Council a été pratiquement obligé de formuler ses remarques en séance. Le Prof. Gruwez a suggéré de rayer les termes diplôme et université dans le position paper.

Il y a eu un plaidoyer visant à permettre aux candidats spécialistes d'effectuer une partie de leur formation à l'étranger et d'allouer les moyens nécessaires à cette fin. Le Prof. Jacques GRUWEZ a fait remarquer qu'en Belgique, cela fait déjà 50 ans que les candidats spécialistes ont la possibilité d'inclure une année de formation à l'étranger. Le candidat spécialiste est payé par son maître de stage étranger. Par conséquent, il n'est pas utile de rechercher des fonds supplémentaires pour ce genre d'initiative.

2.2.3. FEMS

Le GBS est représenté au sein de la FEMS⁴⁸ par le Dr Eddy MAES, vice-président du GBS.

Pour la première fois de leur histoire, la FEMS et l'AEMH⁴⁹ ont uni leurs forces et, excepté pour la partie purement administrative, ont organisé conjointement leur assemblée générale semestrielle les 18 et 19 mai 2012 à Varna, en Bulgarie. Cela n'a pas été une mince affaire dans la mesure où les deux organisations ont une structure de membres différente. Cette collaboration correspond toutefois à une tendance actuelle visant à optimiser les efforts à fournir. Les deux organisations traitent souvent les mêmes dossiers. Ceux-ci sont examinés par des groupes de travail constitués de membres affiliés aussi bien à la FEMS qu'à l'AEMH. Les débats en commun permettent de ne pas perdre de temps inutilement.

Le Dr Eddy MAES a pris part au groupe de travail qui se penche sur les qualifications professionnelles. Ce dossier se trouve actuellement sur la table de la Commission européenne. Le dossier relatif à la durée des études de médecine a donné lieu à des débats animés. Initialement, il avait été question que chaque Etat membre soit libre de déterminer séparément la durée des études de médecine. Le Dr Eddy MAES s'est opposé à cette proposition dans la mesure où cela va à l'opposé des efforts consentis depuis de nombreuses années en vue d'une harmonisation des législations nationales au niveau européen.

Préalablement à l'assemblée générale de la FEMS, le Dr Eddy MAES a également participé, le 17 mai 2012, à un symposium sur les conditions de travail dans les hôpitaux.

La deuxième assemblée générale semestrielle des 12 et 13 octobre 2012 s'est tenue à Strasbourg (France) en présence de représentants de l'UEMS, de l'AEMH et du CPME⁵⁰ dans le cadre d'une amélioration de la collaboration entre les différentes organisations médicales européennes. Les principaux points inscrits à l'ordre du jour étaient : la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, la directive européenne sur le temps de travail, le projet d'étude pour la comparaison des rémunérations des médecins européens, l'inventaire des acteurs de la santé au sens large à la lumière d'une augmentation de la demande de soins en raison du nombre croissant de personnes âgées et simultanément d'une spécialisation de plus en plus diversifiée et d'un recul de l'offre de soins dans un certain nombre de pays ou de régions. Pour finir, des élections ont été organisées en vue de la constitution d'une nouvelle direction pour la période 2012-2015 et le Dr Enrico REGINATO (Italie) a obtenu le poste de président.

⁴⁸ FEMS : Fédération européenne des médecins salariés

⁴⁹ AEMH : Association européenne des médecins des hôpitaux

⁵⁰ CPME : Comité permanent des médecins européens

2.2.4. CPME - AMM⁵¹ - EFMA⁵²

Des années durant, le Dr Roland LEMYE a représenté avec passion et conviction l'ABSyM au sein du CPME, de l'AMM et de l'EFMA. L'ABSyM est l'association nationale belge membre auprès de ces organisations. Début 2012, le Dr LEMYE a mis fin à son activité de médecin généraliste et a exprimé le souhait de ne plus assurer la représentation au sein de ces organisations internationales. Au niveau du CPME, le Dr LEMYE occupait la fonction de vice-président. Pendant des années, les Drs Roland LEMYE et Bernard MAILLET (qui a été le secrétaire général de l'UEMS pendant neuf ans) se sont rencontrés à intervalles réguliers dans le cadre de réunions européennes de toutes sortes. Tout en procédant à des échanges de vues sur un grand nombre de dossiers, les deux ont appris à s'apprécier au fil des ans. Un nouveau président devait être élu à l'occasion de l'assemblée générale du CPME des 4 et 5 mai 2012. Au terme d'une concertation entre l'ABSyM et le GBS, il a été décidé de proposer le Dr Bernard MAILLET au nom de l'ABSyM comme candidat président. Celui-ci a finalement échoué de peu contre un candidat islandais qui occupait depuis des années un poste officiel en tant que trésorier du CPME.

Suite à la présentation de cette candidature, il a été conclu un accord en vertu duquel le GBS intervient pour 10 % des cotisations à ces organisations internationales. En contrepartie, le GBS a accès à toute la documentation et le Dr Bernard MAILLET, qui est également trésorier du GBS, pourra informer le GBS des évolutions internationales avec des données de première main.

3. RENOUELEMENT DE LA COMPOSITION DES COMMISSIONS D'AGREMENT ET DU CONSEIL SUPERIEUR DES MEDECINS SPECIALISTES ET DES MEDECINS GENERALISTES

En 2012, c'était à nouveau le moment pour cet exercice qui se répète tous les six ans. Les arrêtés de nomination des commissions d'agrément actuellement en place ont été publiés pour la plupart en septembre 2006. En vue du renouvellement des commissions d'agrément, les organisations de médecins ont été invitées en mars et en avril 2012 à soumettre une double liste de candidats à Madame la ministre en apportant le soin nécessaire pour arriver à une composition équilibrée hommes-femmes. La règle veut qu'il ne peut jamais y avoir plus de deux tiers de membres du même sexe. Lorsque le rapport 2/3-1/3 était impossible à réaliser, il fallait apporter une justification.

Depuis la moitié des années 1990, le GBS et l'ABSyM soumettent, après concertation, ces listes de candidats conjointement pour les médecins spécialistes. Les lettres de soumission des candidatures sont signées par les présidents des deux organisations.

L'administration du SPF Santé publique avait accordé en moyenne un délai d'un à deux mois au GBS et à l'ABSyM pour soumettre les listes de candidats pour chacune des spécialités. Il s'agit là d'un délai totalement irréaliste pour peu que l'on s'efforce de proposer des candidats réellement intéressés pour remplir cette fonction de manière active. Dans un premier temps, les présidents et secrétaires des unions professionnelles sont contactés, tout comme les membres siégeant dans la commission d'agrément concernée au nom du GBS et de l'ABSyM et ils leur est demandé s'ils souhaitent prolonger leur mandat dans la commission d'agrément. Certains confrères ne sont pas en faveur d'une prolongation de leur mandat, soit pour des raisons liées à l'âge, soit parce que les réunions des commissions d'agrément n'ont pas toujours lieu à un moment facilement conciliable avec une activité professionnelle. Le

⁵¹ AMM : Association médicale mondiale

⁵² EFMA : Forum européen des associations de médecins

scénario idéal serait que le secrétariat central du GBS reçoive, dans le délai imparti, de chaque union professionnelle affiliée, une liste finalisée comportant le nombre demandé de candidats, en liste double, avec un équilibre entre les candidatures hommes et femmes, et ce tant pour la chambre francophone que pour la chambre néerlandophone. Mais ce scénario idéal est plutôt l'exception que la règle.

Au cours de ces derniers mois, de nombreux candidats dont le nom avait été proposé par leur union professionnelle ont été contactés personnellement par Madame Fanny VANDAMME pour vérifier dans quelle mesure ils sont disposés à assurer un mandat actif au sein des commissions d'agrément. Les candidats dont le nom figurait sur la première liste ont confirmé explicitement leur intérêt pour cette fonction. De nombreux candidats sur la seconde liste (obligatoire car la ministre compétente en la matière doit pouvoir choisir) sont certes disposés à "prêter" leur nom pour une candidature à leur commission d'agrément mais, en raison de l'incompatibilité d'un mandat effectif avec leurs activités professionnelles ou en raison de leur âge avancé, ils préfèrent ne pas être nommés. Il s'agit ici souvent de médecins ayant un état de service important dans la composition précédente de leurs commissions d'agrément ou au sein de l'union professionnelle du GBS et/ou de l'ABSyM qui entendent ainsi apporter leur aide à la composition de la liste.

Le 21 septembre 2012, le GBS et l'ABSyM ont reçu un courrier avec un aperçu des listes de candidatures reçues par le SPF Santé publique. Plusieurs des listes d'agrément introduites ont été déclarées irrecevables pour des motifs incompréhensibles. Afin d'éclaircir un certain nombre de problèmes, Madame Fanny VANDAMME a eu, le 5 octobre 2012, une réunion constructive avec M. Thijs LAMMERTYN et une de ses collaboratrices. Cette réunion s'est révélée très utile. Plusieurs malentendus ont pu être dissipés immédiatement, par exemple concernant les listes des candidatures pour la commission d'agrément de médecine nucléaire. Celles-ci avaient été déclarées irrecevables au motif que parmi les candidats proposés ne figurait aucun médecin porteur de la compétence professionnelle particulière "et en médecine nucléaire in vitro". Cette compétence professionnelle particulière ne peut toutefois être obtenue que par les médecins spécialistes en biologie clinique. Les listes introduites pour la commission d'agrément de biologie clinique prenaient ce fait en compte. Problème résolu.

En raison d'un roulement de personnel élevé au sein du SPF Santé publique, le personnel n'acquiert pas suffisamment d'expérience pour être toujours informé des nombreuses subtilités dans les dispositions légales applicables.

Outre la commission d'agrément, le Conseil supérieur des médecins spécialistes devait également être renouvelé. Avant même de commencer à rechercher des candidats désireux de siéger au sein du Conseil supérieur, le soussigné et le président du Conseil supérieur, le Dr Dirk CUYPERS, ont eu une discussion très soutenue. Pendant des années, une fonction de membre de la commission d'agrément était jugée inconciliable avec une fonction au sein du Conseil supérieur. Mais, à ce niveau également, le juriste du SPF Xavier VAN CAUTER s'est fait remarquer. Il soutient qu'il n'existe pas le moindre argument juridique pour maintenir cette incompatibilité pourvu que, lorsqu'un membre d'une commission d'agrément (première évaluation) également membre du Conseil supérieur siégeant en appel est appelé à traiter un même dossier d'un candidat spécialiste, le membre du Conseil supérieur se retire au moment de l'examen dudit dossier lors du traitement du dossier en appel. Il a immédiatement joint le geste à la parole et a donné un avis favorable à la candidature du Prof. Edith COLLARD, membre de la commission d'agrément d'anesthésie, comme membre du Conseil supérieur⁵³. Ni le GBS ni l'ABSyM n'estiment qu'il s'agit là d'une situation saine. Il n'est pas possible d'être à la fois juge et partie dans un même dossier. Les confrères intéressés par un mandat tant dans leur propre commission d'agrément qu'au sein du Conseil supérieur se sont abstenus d'eux-mêmes d'introduire leur candidature pour le Conseil supérieur. Le GBS

⁵³ Nomination publiée au Moniteur belge du 21.10.2009.

a été agréablement surpris d'apprendre entre autres choses le 1er octobre 2012 que, malgré ce qu'il avait soutenu précédemment, le SPF Santé publique s'était manifestement rallié de lui-même à la position du GBS et de l'ABSyM sur le sujet de l'incompatibilité. A cette date, le GBS a effectivement reçu une lettre signée par Michel VAN HOEGAERDEN, directeur général de la Direction générale Soins de santé de base et Gestion de crise (DG2) du SPF Santé publique, et contenant toute une série de remarques concernant la liste de candidatures introduite pour le Conseil supérieur avec la mention en italique suivante : *“Ik vestig uitdrukkelijk uw aandacht op het feit dat een mandaat van een lid van een erkenningscommissie onverenigbaar is met het mandaat van een lid van de Hoge Raad voor Geneesheren-specialisten en Huisartsen”*. (nous traduisons : J'attire expressément votre attention sur le fait qu'un mandat de membre dans une commission d'agrément est inconciliable avec le mandat de membre du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.)

Mais le GBS a d'abord été sommé de communiquer ses candidats médecins généralistes pour le Conseil supérieur. Dans la mesure où le GBS, de par ses statuts, ne représente que les médecins spécialistes, nous avons gentiment fait remarquer que nous n'étions pas en mesure de répondre à cette demande.

Le GBS a également été tenu de justifier pour quelle raison aucune femme ne figurait parmi les candidats membres pour le Conseil supérieur sur le banc des médecins spécialistes. Si les femmes candidates proposées s'étaient prénommées Claude ou Dominique, la confusion aurait encore été compréhensible. Mais les candidates proposées étaient Yolande BAETEN, Hilde VAN HAUTHEM et Line HEYLEN. Le tout était signé au-dessus du nom imprimé Michel VAN HOEGAERDEN. Pour le Dr Marc MOONS, ce courrier n'est pas à proprement parler un exemple de bonne administration.

4. POLITIQUE

4.1. Introduction

Nous avons à nouveau un record à signaler. Il ne s'agit pas cette fois du record mondial absolu toujours détenu par la Belgique pour la durée de la formation d'un gouvernement mais d'un record du nombre de pages publiées au Moniteur belge : 89.084 pages pour être précis. L'ancien pseudorecord de 2004, qui s'élevait à 87.430 pages, est tout simplement pulvérisé. En fait, à l'époque, il n'y avait eu "que" ± 67.500 pages véritables dans la mesure où, en raison d'une erreur dans la ratification de la législation européenne, il avait fallu publier quelque 20.000 pages supplémentaires⁵⁴.

Peut-être est-ce là une cause insoupçonnée de la progression de l'obésité dans la population belge puisque chaque Belge est censé lire en moyenne 244 pages de Moniteur belge par jour, et ce 365 jours par an. Or voilà bien une activité qui ne peut pas se faire sur un vélo ou pendant un jogging. Le surplus est particulièrement indigeste à la veille des fêtes de fin d'année : devoir lire et digérer 554 pages d'une littérature intéressante pour l'Etat le 31.12.2012 ne peut pas être bon pour la santé⁵⁵. Par ailleurs, pour la plupart des médecins, l'information tapie au milieu de toute cette littérature fastidieuse était impossible à digérer : l'obligation (dont l'introduction est fort heureusement reportée) du régime du tiers payant social et la limitation des suppléments (cf. point 4.2.).

⁵⁴ “Belgisch Staatsblad dikker dan ooit”. De Standaard, 26.12.2012.

⁵⁵ Le Moniteur belge du 31.12.2012 comprend deux éditions. L'édition 1 compte 326 pages, dont notamment la loi du 27.12.2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé et l'édition 2 compte 228 pages, dont notamment la loi-programme du 27.12.2012 prolongeant les tarifs 2012 des médecins jusqu'en début 2013.

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
2012	89.084	+ 8,7	411,8

Source : Moniteur belge, http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm tableau 1

4.2. Elections communales, politique de parti et conséquences pour les soins de santé

Au début de l'année 2012, la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette ONKELINX, a clairement indiqué au pays qui elle était : *"Elio is de premier, ik ben de PS"*⁵⁶ (Elio est le premier ministre et je suis le PS) si tant est qu'il y ait encore eu un doute à ce sujet. Elle est ainsi à la tête du plus grand cabinet de tous les ministres belges : 78 collaborateurs, ce qui est nettement plus que la moyenne de 43,5 collaborateurs pour chacun des 19 ministres ou secrétaires d'Etat⁵⁷. En Flandre, elle a été désignée comme la femme la plus puissante de Flandre tant en 2007 par Trends⁵⁸ qu'en 2008⁵⁹ et 2009⁶⁰ par Knack. Depuis lors, il semble que l'éditeur flamand Roularta ne se risque plus à organiser des sondages de popularité de ce genre. Roularta ne publie plus que l'élection du magazine américain Forbes⁶¹ de la femme la plus puissante du monde, une élection que la chancelière allemande Angela MERKEL⁶² a gagné cinq fois en l'espace de six ans. En Belgique, les résultats électoraux de Laurette ONKELINX à Schaerbeek l'ont fait buter sur les limites de son ambition : ce n'est pas elle mais bien le bourgmestre sortant Bernard CLERFAYT (FDF)

⁵⁶ "Laurette Onkelinx, de Grande Dame van de Franstalige socialisten". De Standaard, 18.02.2012.

⁵⁷ " 827 collaborateurs pour nos ministres. Laurette a le plus grand cabinet." La Capitale, 10.01.2012.

⁵⁸ "Onkelinx en Milquet machtigste vrouwen in Vlaanderen". Trends 07.11.2007.

⁵⁹ "Onkelinx en Milquet machtigste vrouwen in Vlaanderen". Knack 05.11.2008.

⁶⁰ "Laurette Onkelinx blijft machtigste vrouw in Vlaanderen". Knack 05.11.2009.

⁶¹ Forbes est un magazine d'affaires bihebdomadaire américain sur les finances, l'industrie, les investissements, les stratégies de marché et les sujets connexes, basé à New York.

⁶² "Angela Merkel is opnieuw de machtigste vrouw". Knack, 22.08.2012.

qui a décroché l'écharpe mayorale le 04.10.2012⁶³. L'histoire populiste de la "pilule gratuite" pour les moins de 21 ans, avec un coût de 9,313 millions d'euros pour l'INAMI, alors que, cinq ans après le lancement, aucun effet n'a (encore) pu être enregistré sur le nombre d'interruptions volontaires de grossesse dans cette tranche d'âge, n'a pas amené ce groupe ou leurs mères à voter pour le PS au niveau local. Cela n'empêchera pas Laurette ONKELINX de devenir présidente de la section bruxelloise du PS à partir de mai 2013. Avant une couverture de Forbes en 2013?

Les transferts de compétences définis dans l'accord papillon du 11.10.2011 sur la sixième réforme de l'Etat désespèrent fortement les fonctionnaires, ministres et responsables politiques. La tâche est d'une telle ampleur que personne ne sait par où commencer et comme la cerner. En Flandre, le CD&V surtout se fait du souci concernant la vitesse ou plutôt la lenteur à laquelle cette réforme de l'Etat sera réalisée⁶⁴. La Belgique francophone est aussi traversée de doutes, d'hésitations et de disputes intestines, notamment concernant l'approche régionalisée des maisons de repos et de soins⁶⁵ d'ici le 01.01.2015 où il existe des différences entre les méthodes de travail et les modes de financement pour les Bruxellois et les Wallons. On n'entend plus grand-chose du transfert de compétence à la Flandre dans le domaine des soins aux personnes âgées. Par contre, quand il s'agit du secteur de la santé dans son ensemble pour les francophones, il y a une poussée d'adrénaline.

La ministre wallonne de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances Eliane TILLIEUX (PS) est favorable à une régionalisation des soins de santé pour des raisons de cohérence et d'autonomie fiscale⁶⁶. Au printemps 2012, le président du CDH Benoît LUTGEN a présenté une tout autre vision, répétée par le ministre bruxellois CDH Benoît CEREXHE, qui balaie catégoriquement la position du PS. Le CDH entend éviter que les Bruxellois et les Wallons bénéficient d'un système de soins de santé différent⁶⁷. En ce qui concerne les mutuelles, Jean-Pascal LABILLE, secrétaire général francophone de l'Union nationale des mutualités socialistes, s'est empoigné avec d'autres hauts dirigeants de mutuelles le 16.11.2012 car il souhaite aller beaucoup plus loin qu'eux dans le domaine de la régionalisation. Ce Liégeois qui est également vice-président du conseil d'administration du Centre hospitalier universitaire de Liège souhaitait une régionalisation beaucoup plus approfondie de la politique hospitalière que Jean HERMESSE, secrétaire général de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, président du Centre d'étude du CDH mais surtout également administrateur de l'Hôpital universitaire Saint-Luc de l'UCL, et que Xavier BRENEZ, directeur général de l'Union nationale des mutualités libres⁶⁸. Les médecins des hôpitaux universitaires francophones de l'UCL, de Saint-Luc à Woluwe et du CHU Mont-Godinne, se sont également exprimés contre la régionalisation proposée par le PS⁶⁹.

Jean-Pascal LABILLE a pris congé des mutualités socialistes de manière inattendue le 18.01.2013 pour pouvoir remplacer Paul MAGNETTE dans le gouvernement fédéral au poste de ministre des Entreprises publiques et de la Coopération au développement. Autrement dit, nous ne vivons heureusement pas la même situation qu'avec feu Edmond LEBURTON, qui était devenu président des Mutualités socialistes en 1959 et avait cumulé cette fonction sans la moindre gêne avec celle de ministre de la Prévoyance sociale à partir de 1961. Paul MAGNETTE est en effet devenu bourgmestre de Charleroi à la suite des élections communales du 14.10.2012. Il est quelque peu surprenant de donner un poste de

⁶³ "Milquet, Onkelinx, Payfa et Draps écartés." La Libre Belgique, 15.10.2012.

⁶⁴ "Politici dreigen verstrikt te raken in de staatshervorming". De Morgen, 16.08.2012.

⁶⁵ "Cacophonie sur les transferts". Le Soir, 17.11.2012.

⁶⁶ "Eliane Tillieux veut régionaliser les soins de santé." Le Soir, 12.12.2012.

⁶⁷ "Le CDH dit 'non' à Eliane Tillieux." Le Soir, 12.12.2012.

⁶⁸ "Régionalisation. Et si on modernisait le système ?" Le Journal du Médecin, 23.11.2012.

⁶⁹ "La médecine universitaire redoute le carcan sous-régionaliste." Le Soir, 12.12.2012.

ministre fédéral à un régionaliste tel que Jean-Pascal LABILLE mais le premier ministre Elio DI RUPO a décrit LABILLE comme étant un des plus compétents de sa génération, qui a beaucoup travaillé, qui connaît les chiffres et qui a travaillé dans des organismes importants⁷⁰.

Jean-Pascal LABILLE a été désigné membre du Conseil général et du Comité de l'assurance de l'INAMI en remplacement de son prédécesseur Bernard DE BACKER à partir du 01.01.2010 par arrêté royal⁷¹. Il a été nommé vice-président du Comité de l'assurance par A.R. du 13.06.2010⁷². Je n'ai pas encore été en mesure d'évaluer ses connaissances linguistiques par rapport à celles de l'ex-ministre MAGNETTE dans la mesure où, sur les 62 réunions du Comité de l'assurance depuis sa nomination par le Roi – dont 54 en qualité de vice-président – il a été présent à seulement 2 réunions (tout en figurant une fois en même temps aussi parmi les excusés), absent 6 fois et excusé 54 fois. Le Conseil général de l'INAMI a obtenu davantage d'attention : 9 présences sur 24 réunions, excusé 8 fois et 7 absences. Est-ce par manque d'intérêt dans les affaires fédérales ou en raison de la multitude de ses mandats?

Au début de l'été 2012, le Conseil général de l'INAMI a rendu public son rapport sur la consommation médicale sous l'angle géographique⁷³. Cela n'a pas déclenché dans les médias beaucoup plus qu'une ondulation sur un étang lisse^{74,75}, alors que, jusqu'il y a quelques années, les différences régionales – dans le cas présent entre la Flandre et la Belgique francophone – dans la consommation médicale donnaient lieu à des discussions politiques nord-sud enflammées. En 2012, la progression de la misère se retrouve davantage sur le devant de la scène, dans le cadre d'un climat économique général qui se détériore, illustré dramatiquement par le démantèlement de Ford Genk et d'Arcelor Mittal à Liège. Frank VANDENBROUCKE, professeur de politique sociale de la KU Leuven et ancien ministre sp.a des Affaires sociales, et sa collègue le Prof. Bea CANTILLON, Universiteit Antwerpen, sont d'avis que les dépenses sociales ne sont pas suffisamment utilisées pour la population la plus pauvre⁷⁶.

Plus encore que l'agitation politique à l'occasion des élections communales et provinciales du 14.10.2012, la situation économique défavorable est à l'origine de l'élaboration tardive du budget global belge de sorte que le budget partiel des soins de santé n'a pu être rendu public que par le conseil des ministres du 30.11.2012. Avec comme conséquence que le Conseil général de l'INAMI, pour la deuxième fois consécutive, n'était plus compétent aux termes de la loi pour arrêter le budget. Il est en effet stipulé dans la loi S.S.I. que le Conseil général doit agir *"au plus tard le troisième lundi d'octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire"*⁷⁷. Une remarque d'un des membres ayant droit de vote durant la réunion du Conseil général du 03.12.2012 à propos de ces retards répétés a eu comme réponse guère rassurante de M. Bernard LANGE, commissaire du gouvernement de la ministre ONKELINX, que c'était malgré tout déjà une semaine plus tôt qu'en 2011. Autrement dit, il ne faut pas se plaindre : en 2011, le budget n'avait effectivement été arrêté par le gouvernement que le jour

⁷⁰ "Jean-Pascal Labille neemt verlof uit 3 mandaten en neemt ontslag uit alle andere". De Standaard, 18.01.2013.

⁷¹ A.R. du 10 novembre 2009, M.B. du 26.11.2009, éd. 1.

⁷² A.R. du 13.06.2010, M.B. du 28.06.2010

⁷³ INAMI, Note CGSS 2012/061, du 11.07.2012 : La consommation médicale sous l'angle géographique – Variations dans les dépenses de l'assurance soins de santé en Belgique – Rapport sur les données 2009 et rapport longitudinal 2006-2010.

⁷⁴ "De Waalse patiënt is nu goedkoper dan de snel vergrijzende Vlaamse patiënt". De Morgen, 11.09.2012.

⁷⁵ "Le patient flamand dépense davantage". Le Soir, 08.09.2012.

⁷⁶ Knack, 07.11.2012.

⁷⁷ Article 40 §1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

de la Saint-Nicolas, le 06.12.2011, du fait des difficultés considérables rencontrées pour la formation du gouvernement.

Très probablement pour se placer au-dessus de la mêlée de la politique de parti et de la politique linguistique, nous constatons que l'anglais progresse de plus en plus dans notre pays comptant 11,08 millions d'habitants et trois langues officielles reconnues par la loi (sans parler de toutes les autres langues également en usage en Belgique), et ce non seulement dans les organisations scientifiques mais également dans les institutions bénéficiant de subsides fédéraux. A titre d'illustration, citons le rapport particulièrement instructif sur les chances de survie après un cancer de la Fondation Registre du Cancer : "Cancer survival in Belgium" fournissant des chiffres sur les chances de survie à 5 ans après un cancer en Belgique, dans la Région de Bruxelles-Capitale et en Région wallonne entre 2004 et 2008 ainsi que les chiffres sur les chances de survie à 10 ans entre 1999 et 2008 pour la Région flamande⁷⁸.

4.3. Les médecins et leur perception de la politique

En matière de réceptions de Nouvel An, je dois – par manque de temps tous les ans à cette même période et plus encore en ce début d'année 2013 en raison de l'impossibilité de conclure un accord médico-mut pour 2013-2014 à la fin du mois de décembre 2012 – me limiter strictement chaque année à deux réceptions, à savoir celle de mon propre hôpital (le 12.01.2013) et celle de l'INAMI (le 25.01.2013). La première est importante pour pouvoir sonder les médecins généralistes et les médecins spécialistes au niveau local. Je m'efforce de transposer ces informations au niveau fédéral dans le cadre de mes contacts et fonctions en dehors de l'hôpital en qualité de président de l'ABSyM et de secrétaire général du GBS.

La deuxième réception est toujours passionnante car elle est l'occasion d'écouter l'éloquence – dans le cas de certains enrichie de littérature et d'art – des hauts dirigeants de l'INAMI. Un de ces orateurs, Jo DE COCK, a été félicité unanimement par ses collègues, notamment parce qu'il a réussi à obtenir un accord médico-mut précisément le jour de son 58^e anniversaire, le 23.01.2013. Le Dr Yolande AVONTROODT, présidente du Comité général de gestion et ancienne députée pour l'Open VLD, a qualifié Jo DE COCK d' "homme d'Etat". Elle a tiré ces termes d'une intervention prononcée le jour même à midi par Jean HERMESSE, secrétaire général des MC, au cours de la réunion du Comité général de gestion. L'inspiration a été puisée par Eduard DESCAMPS, président du Conseil général de l'INAMI, dans un article de La Libre Belgique⁷⁹. Gabriel PERL, président du Comité de l'assurance et prédécesseur de Jo DE COCK dans sa fonction de président de la médico-mut, s'est également exprimé en des termes élogieux sur le travail de l'administrateur général de l'INAMI. Interrogé en avril sur sa collaboration avec sa ministre de tutelle Laurette ONKELINX, Jo DE COCK a répondu que cette relation était bonne et que son administration a toujours pu apporter sa contribution⁸⁰.

Ce que je retire de la première réception, c'est que la jalousie pouvant exister entre certains médecins généralistes et certains médecins spécialistes s'estompe. Du fait de la réorientation de l'organisation de la médecine générale, les médecins généralistes rencontrent des problèmes en termes de financement et de collaboration analogues à ceux que l'on rencontre depuis un certain temps en milieu hospitalier. Mais bien plus haut dans la liste des plaintes figure constamment le fait que les médecins sont traités comme une "quantité négligeable" par les responsables politiques. Au cours de ces derniers mois, nos

⁷⁸ "Cancer survival in Belgium". Belgian Cancer Registry, december 2012 : document unilingue en anglais.

⁷⁹ "La personnalité. Jo De Cock. Patron de l'INAMI et président de la 'médico-mut'." La Libre Belgique, 24.01.2013.

⁸⁰ "Riziv topman Jo De Cock: 'Ik ben niet de waakhond van Onkelinx'." Trends, 06.04.2012.

collaborateurs et moi-même avons frappé à de nombreuses portes à la rue de la Loi et dans les environs, surtout à propos du financement des soins de santé, de la généralisation – souhaitée par pratiquement aucun médecin – du régime du tiers payant dans le secteur ambulatoire et, dans le secteur hospitalier, de la contribution des médecins spécialistes dans la gestion hospitalière et de l'interdiction purement idéologique des suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits et dans les salles communes.

Les réactions ont été de polies mais irrecevables à des réponses agressives et négatives. Nous nous sommes sentis les bienvenus au Mouvement Réformateur et à la N-VA. L'entretien le plus constructif et le plus averti qui m'est resté au moment de l'élaboration des lois qui ont compliqué la conclusion de l'accord médico-mut 2013-2014 est l'entretien privé que j'ai eu le 06.11.2012 avec l'ancien médecin généraliste Maggie DE BLOCK (Open VLD), 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. Une approche pragmatique, réaliste, même si c'est déplaisant. Son élection, le 08.12.2012, au poste de vice-président de l'Open VLD avec 10.366 voix, soit 1.100 voix de plus que le président sortant Alexander DE CROO et quasiment 2.000 voix de plus que la ministre de la Justice Annemie TURTELBOOM, n'a donc pas été une surprise pour le soussigné.

J'y apprends, comme on pouvait s'y attendre, que le renoncement répété à une partie de l'indexation, même si la profession de médecin est au départ une profession indépendante et libérale, est ressenti comme une discrimination difficile à accepter par rapport à tous les autres groupes de la population. Pour couronner le tout, il apparaît maintenant que les jeunes ministres des Pensions Open VLD, tout d'abord Vincent VAN QUICKENBORNE et ensuite, après l'OPA hostile de celui-ci, le 15.10.2012, sur l'écharpe mayorale courtraisienne du CD&V Stefaan DE CLERCK, depuis le 22.10.2012 Alexander DE CROO, ont oublié les médecins ayant une activité indépendante dans la révision du régime des pensions. Depuis toujours, il était quasiment impossible pour les médecins de comptabiliser 42 ans pour pouvoir avoir une pension complète. Maintenant qu'il est prévu que le citoyen lambda peut gagner un salaire d'appoint sans limite après son 65^e anniversaire sans retenue ou perte de sa pension, cette mesure ne vaut pas pour les médecins. La condition est en effet qu'il faut pouvoir prouver une carrière professionnelle de 42 ans au moins. Les années "rachetées" de formation de médecin spécialiste ou de médecin généraliste n'entrent pas en ligne de compte dans le calcul. Roger BLANPAIN, prof. ém. en droit du travail à la KULeuven, qualifie ce fiasco tout bonnement de discrimination anticonstitutionnelle⁸¹.

Pas de pension et pas d'indexation comme pour les autres citoyens! Faut-il encore s'étonner dès lors du mécontentement des médecins? Les brimades à l'encontre des médecins doivent s'arrêter, pense également le Dr Catherine FONCK, députée et vice-présidente du CDH chez laquelle nous nous sommes rendus le 08.11.2012⁸², tout en ajoutant dans le cadre de la même interview, dans la ligne de Jean HERMESSE, président du service d'étude du CDH, que les suppléments dans les chambres privées doivent être limités, et ce sans qu'elle ne prévoie de moyens financiers supplémentaires, ni pour les hôpitaux ni pour les honoraires médicaux. "La grogne" sévit également en Flandre! Un passage sur le "burn-out" dans l'accord médico-mutualiste du 23.01.2013⁸³ ne suffira pas pour dissiper ce sentiment. Les médecins demandent que leurs problèmes spécifiques soient traités d'une manière non discriminante et avec réalisme par les responsables politiques.

⁸¹ "Prof. Roger Blanpain over pensioenhervorming: 'Dit is ongrondwettelijke discriminatie'." Artsenkrant 25.01.2013.

⁸² "Fonck : 'Onkelinx doit cesser de taper sur les médecins'." Journal du Médecin, 14.12.2012.

⁸³ Point 5.9. Burn-out : La CNMM élaborera des propositions concernant les recommandations qui ont été formulées dans le rapport du KCE 165B relatif au burn-out chez les médecins généralistes. Un groupe de travail examinera pour fin 2013 dans quelle mesure une intervention peut être prévue pour l'ensemble des médecins concernés.

Au mois de mars 2012, le ministre des Pensions Vincent VAN QUICKENBORNE (Open VLD) expliquait dans une interview : *"In 2010 gingen Europeanen gemiddeld op 59,1 jaar met pensioen, terwijl dat in 1973 op 64 jaar gebeurde. Door de hervormingen zullen we op 61 of 62 jaar met pensioen gaan. Ook na 2014 zal de uitdaging er in bestaan om de kloof tussen 61 en 65 jaar te verkleinen. Daarbij moet vooral het aantal loopbaan jaren doorwegen en niet zozeer de wettelijke pensioenleeftijd."*⁸⁴ (nous traduisons : En 2010, les Européens sont partis à la retraite en moyenne à 59,1 ans alors qu'ils le faisaient à 64 ans en 1973. Du fait des réformes, nous partirons à la retraite à 61 ou à 62 ans. Même au-delà de 2014, le défi consistera à rétrécir le fossé entre 61 et 65 ans. Pour ce faire, c'est surtout le nombre d'années de carrière qui devra jouer un rôle et non pas tant l'âge légal de la pension.) La plupart des médecins travaillent maintenant déjà jusqu'à 65 ans. Nombreux sont ceux à travailler au-delà de cet âge. Voilà qu'ils sont maintenant en plus pénalisés s'ils voulaient travailler plus après leur 65^e anniversaire. Un sujet de réflexion politique important pour 2013.

4.4. Le débat sur l'euthanasie

Entendra-t-on bientôt un ministre belge... flamand, wallon, germanophone ou bruxellois reprendre l'appel lancé par Taro ASO, ministre japonais des Finances? De l'avis de ce ministre japonais, le quart des 128 millions de Japonais qui ont dépassé l'âge de 60 ans coûtent trop cher⁸⁵. Il n'existe pas encore de loi sur l'euthanasie dans ce pays. Dans un courrier de lecteur daté du 24.11.1988 que l'ancien journaliste du journal De Standaard et également écrivain Hugo DE RIDDER a adressé à son ancien journal, il a déclaré que le fait que l'euthanasie ait été évoquée dans le cadre d'une table ronde sur l'assainissement de l'assurance maladie organisée par l'ancien ministre PS des Affaires sociales Philippe BUSQUIN l'a incité à la réflexion. A la lecture de l'article de journal sur le Japon, je n'ai pu que penser à Hugo DE RIDDER. A l'époque où sa lettre a été imprimée, ni la loi relative à l'euthanasie⁸⁶, ni la loi relative aux soins palliatifs⁸⁷, ni la loi relative aux droits du patient⁸⁸ n'existaient encore. Les esprits sont-ils mûrs un quart de siècle plus tard? Ou la combinaison de toutes ces lois difficiles est-elle d'une telle complexité que, 10 ans après leur entrée en vigueur, on souhaite tout simplement faire table rase? Le PS, réticent des années durant, entend soudainement, à la grande surprise de tous, autoriser l'euthanasie pour les mineurs⁸⁹. Du côté flamand, il n'y aurait plus guère que le CD&V qui hésiterait encore à étendre l'euthanasie aux personnes incapables de discernement. Du côté francophone, le CDH est clairement contre tandis qu'au sein du MR, il y a deux courants : le président Charles MICHEL est plutôt contre tandis que la sénatrice MR Christine DEFRAIGNE avait déjà introduit en 2010 un projet de loi visant à étendre, sous certaines conditions strictes, le droit à l'euthanasie aux mineurs à partir de 15 ans⁹⁰.

Pour nombre de personnes, la différence avec le suicide assisté n'est plus si grande quand, à la fin du mois de décembre 2012, deux frères jumeaux monozygotes sourds ont été euthanasiés en même temps et dans le respect strict de la loi au motif qu'ils étaient également en train de perdre la vue. Les frères de 45 ans qui envisageaient le suicide n'étaient pas à un stade terminal et leurs parents étaient opposés à leur décision. Le professeur Wim DISTELMANS, qui a créé la première "clinique de fin de vie" en Belgique en

⁸⁴ "De moed om te durven". Interview avec l'(ancien) ministre des Pensions Vincent Van Quickenborne dans De Zelfstandige, 12.03.2012.

⁸⁵ "Japanse minister choqueert. 'Oudjes haasten zich maar beter om te sterven'". De Standaard 23.01.2013.

⁸⁶ Loi du 28.05.2002 relative à l'euthanasie (M.B. du 22.06.2002)

⁸⁷ Loi du 14.06.2002 relative aux soins palliatifs (M.B. du 26.10.2002)

⁸⁸ Loi du 22.08.2002 relative aux droits du patient (M.B. du 26.09.2002)

⁸⁹ "Le PS ouvre l'euthanasie aux mineurs." Le Soir, 18.12.2012.

⁹⁰ "Als huisarts ben je hier nooit helemaal op voorbereid". Artsenkrant, 18.01.2013.

décembre 2011 et est professeur en soins palliatifs à la VUB, a accompagné leur médecin généraliste durant la procédure⁹¹.

En Belgique, tant le débat que la législation concernant la fin de vie sont loin d'être terminés, comme cela a été montré par Maître Evelien DELBEKE⁹² avec sa thèse de doctorat qui fait près de 1.250 pages et est intitulée "Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde"⁹³ (nous traduisons : Les aspects juridiques des soins en fin de vie) pour laquelle elle a remporté le 07.06.2012 le prix bisannuel André PRIMIS 2010-2011 décerné par la Vlaamse Vereniging voor het Gezondheidsrecht. Le soussigné a également participé, de la salle, au débat public sur le sujet tenu pour l'occasion au Parlement avec les sénateurs Rik TORFS (CD&V), Marleen TEMMERMAN (Sp.a), Elke SLEURS (N-VA) et Bart TOMMELEIN (Open VLD). Madame VANDAMME était présente pour le GBS.

4.5. Les médecines non conventionnelles

En tant que jeune secrétaire général du GBS, je m'opposais déjà à ce que l'on appelait à l'époque encore les "médecines alternatives". Lorsque, dans son numéro de septembre 1991, Test-Achats avait fait de la propagande pour l'homéopathie, j'avais trempé ma plume dans le vitriol pour écrire un article critique⁹⁴. En dépassant quelque peu la dose puisqu'il m'a valu un droit de réponse. Mon seul à ce jour. Aujourd'hui, 21 ans après mon éditorial et 217 ans après le dogme homéopathique de Samuel HAHNEMANN de 1796, je reste convaincu que l'homéopathie *peut* avoir un effet placebo mais pas davantage. Entre-temps, le ministre de l'époque Marcel COLLA est parvenu à obtenir la publication de la loi relative aux pratiques non conventionnelles⁹⁵.

Compte tenu du caractère littéralement insensé de cette loi, les arrêtés d'exécution ont vu le jour très péniblement. Du fait de l'aversion marquée de pratiquement tous les médecins en 1999, il a été inscrit dans la loi du 19.04.1999 que le Parlement devait ratifier tous les arrêtés d'exécution dans les six mois suivant la publication sous peine de nullité. La ministre ONKELINX n'en a eu cure à plus d'une occasion mais les A.R. sont néanmoins restés en vigueur. Le 30.01.2013, le Parlement s'est mis hors jeu car ONKELINX a demandé que ce passage contraignant (mais très démocratique) soit supprimé de la loi dans un but de "simplification". Autrement dit encore moins de contrôle parlementaire de l'homéopathie, de l'acupuncture, de la chiropraxie et de l'ostéopathie⁹⁶.

Les libéraux francophones, menés par le chef du groupe parlementaire MR, le Dr Daniel BACQUELAINE, se sont – à juste titre – distanciés avec force du projet de la ministre ONKELINX.

Les rapports du KCE écrits à la demande de la ministre étaient très négatifs concernant les pratiques non conventionnelles^{97, 98, 99}. Ces analyses sont totalement ignorées. La population veut être trompée, cela rapporte des voix et, par conséquent, des actes sans aucune valeur et parfois dangereux donnent lieu à une loi. Que le Parlement reste sur ses gardes sinon tout

⁹¹ "Euthanasie de jumeaux sourds. Un cas sans précédent." Le Journal du Médecin, 18.01.2013.

⁹² Faculté de droit de l'Universiteit Antwerpen et cabinet d'avocats Monard-D'Hulst.

⁹³ "Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde". Intersentia, 2012, ISBN 978-94-000-0288-3.

⁹⁴ "Pas de médecine illégale, mais bien une union alternative de consommateurs". Le Médecin Spécialiste, n° 8, octobre 1991.

⁹⁵ Loi du 29.04.1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales (M.B. du 24.06.1999).

⁹⁶ "Parlement zichzelf buitenspel", MediQuality, 30.01.2013

⁹⁷ "Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique". KCE Reports 148B, 31.03.2011.

⁹⁸ "Etat de lieux de l'acupuncture en Belgique". KCE Reports 153B, 27.04.2011.

⁹⁹ "Etat des lieux de l'homéopathie en Belgique". KCE Reports 154B, 24.05.2011.

ce bidule sera remboursé juste avant les élections très importantes de 2014 par l'INAMI, au besoin en imposant des économies encore plus insensées dans le secteur des vraies médecines.

Les étudiants en médecine se sont déjà fait entendre¹⁰⁰ et les doyens des facultés de médecine ont également exprimé publiquement leurs inquiétudes concernant la sécurité du patient et l'utilisation correcte des moyens financiers publics¹⁰¹. Ils ont en outre ajouté qu'ils n'avaient aucunement l'intention de dispenser un enseignement pour des pratiques dont l'efficacité n'aurait pas été prouvée scientifiquement. L'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM) demande au monde politique de jeter la loi COLLA une bonne fois pour toutes à la poubelle. *"Il est plus que temps d'arrêter l'exercice illégal de la médecine"*¹⁰². La tolérance à l'égard de pseudomédecines et l'encouragement des pseudomédecines ont uniquement conduit en Belgique au développement et à l'expansion de pratiques dangereuses et sectaires.

Le Dr Louis IDE, sénateur N-VA, a publié un rapport particulièrement intéressant à lire et très complet sur le sujet¹⁰³. J'ai appris que la N-VA souhaite entreprendre un travail législatif pour obtenir l'annulation de la loi COLLA. Le Dr Louis IDE a raison de mettre ce dossier sur le web pour le rendre accessible à tout un chacun car les patients ont droit à des soins de qualité et à une information correcte^{104, 105}.

5. ACCORD MEDICO-MUT DU 21.12.2011

5.1. Suivi de l'accord du 21.12.2011

L'accord pour l'année 2012, conclu le 21.12.2011, a été accepté, toutes disciplines confondues, par 82,9 % des médecins, ce qui est légèrement inférieur au taux d'adhésion à l'accord du 13.12.2010 pour l'année 2011, à savoir 83,1 % (cf. tableau 2, page suivante).

¹⁰⁰ "Erkenning osteopathie. Kaakslag voor studenten geneeskunde". Artsenkrant, 21.12.2012.

¹⁰¹ "Decanen faculteiten geneeskunde unaniem over niet-conventionele praktijken". MediQuality 25.01.2013.

¹⁰² "Veuillez enfin arrêter l'exercice illégal de la médecine". Communiqué de presse ABSyM, 29.01.2013.

¹⁰³ "Alternatieve geneeswijzen, gewikt en gewogen". Louis Ide, namens de Palfijngroep, 01.11.2012

¹⁰⁴ "Patiënten hebben recht op de best mogelijke zorg". N-VA senator Louis Ide heeft een uitvoerig dossier klaar over de alternatieve geneeswijzen". De Standaard, 10.01.2013.

¹⁰⁵ <http://www.vlaamsegezondheidszorg.com/alternatievegeneeswijzen>

Evolution des taux de déconventionnement 1993-2011 par discipline

	21.12.2011	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 Médecins spécialistes en formation	0,26	0,39	0,27	0,32	0,08	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63	1,48	0,45
2 Médecine aiguë et médecine d'urgence	2,53	2,74											2,64
3 Gériatrie	2,75	2,56											2,66
4 Biologie clinique	2,87	3,19	2,56	2,27	2,68	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	2,25
5 Oncologie médicale	4,48	3,11											3,80
6 Radiothérapie	5,56	3,81	4,57	3,74	3,89	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,54
7 Médecine interne + endocrino diabét.	5,64	5,71	7,48	6,31	6,92	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	7,76
8 Médecine nucléaire	6,46	6,71	4,39	3,79	4,36	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,80
9 Anatomie pathologique	6,82	6,33	6,62	3,81	4,85	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,51
10 Pneumologie	7,65	6,87	6,68	5,91	5,16	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,53
11 Autres spécialités	9,80	7,89											8,85
12 Pédiatrie + neurologie péd.	11,00	10,62	11,21	9,96	9,70	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	12,53
13 Psychiatrie	11,78	12,18	13,58	11,92	13,20	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,76
14 Médecins généralistes	12,11	12,32	13,01	12,49	13,59	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	14,20
15 Anesthésiologie	12,41	12,10	12,55	13,60	15,27	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	14,32
16 Neurologie	12,82	9,94	7,74	4,42	4,81	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	6,36
17 Neuropsychiatrie	13,93	14,91	14,59	12,50	12,85	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	15,47
18 Gastroentérologie	16,74	17,55	16,61	14,50	14,83	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	14,76
19 Cardiologie	20,82	20,23	21,25	19,24	21,00	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,64
20 Chirurgie	22,02	21,46	19,78	16,46	18,28	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	18,38
21 Rhumatologie	26,05	24,15	24,60	16,93	19,53	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	20,56
22 Neurochirurgie	26,37	25,39	24,35	20,74	22,03	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	23,21
23 Méd. physique et physiothérapie	26,28	24,41	25,10	20,73	20,25	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	21,33
24 O.R.L.	32,40	31,09	29,68	27,12	27,84	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	28,50
25 Urologie	33,01	32,08	32,31	28,13	27,08	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	27,40
26 Radiologie	34,73	35,42	32,96	29,40	30,95	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	23,74
27 Orthopédie	38,31	36,47	34,91	25,53	26,40	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	27,43
28 Stomatologie	40,73	40,79	39,74	37,70	35,08	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	37,36
29 Gynécologie-obstétrique	51,73	50,70	50,31	40,46	41,60	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	44,63
30 Ophtalmologie	56,95	54,65	53,23	49,39	52,84	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	52,92
31 Chirurgie plastique	61,60	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-vénérologie	68,87	66,35	63,87	59,72	61,57	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	63,00
Total médecins spécialistes + médecins spécialistes en formation	20,25	19,96	20,19	17,62	18,43	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	18,40
TOTAL GENERAL	17,10	16,87	17,22	15,48	16,36	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,64

En comparaison du taux de déconventionnement moyen des douze derniers accords médico-mut entre 1993 en 2010, l'accord pour l'année 2012 a été rejeté à un taux supérieur au taux moyen essentiellement par les radiologues (+10,99 % par rapport au taux moyen), par les chirurgiens orthopédistes (+10,88 %), par les gynécologues (+7,10 %), par les neurologues (+6,46 %), par les dermatologues (+5,87 %), par les urologues (+5,61 %), par les rhumatologues (+5,49 %) et par les médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation (+4,95 %) (cf. tableau 3).

Spécialités ayant un taux de déconventionnement en 2012 supérieur à la moyenne de la période 1994-2012

Spécialité	21.12.2011	moyenne	Δ
Radiologie	34,73	23,74	10,99
Orthopédie	38,31	27,43	10,88
Gynécologie-obstétrique	51,73	44,63	7,10
Neurologie	12,82	6,36	6,46
Dermato-vénérologie	68,87	63,00	5,87
Urologie	33,01	27,40	5,61
Rhumatologie	26,05	20,56	5,49
Médecine physique et physiothérapie	26,28	21,33	4,95
Ophtalmologie	56,95	52,92	4,03
ORL	32,40	28,50	3,90
Chirurgie	22,02	18,38	3,64
Stomatologie	40,73	37,36	3,37
Neurochirurgie	26,37	23,21	3,16
Gastroentérologie	16,74	14,76	1,98
Médecine nucléaire	6,46	4,80	1,66
Anatomie pathologique	6,82	5,51	1,31
Cardiologie	20,82	19,64	1,18
Pneumologie	7,65	6,53	1,12
Radiothérapie	5,56	4,54	1,02
Biologie clinique	2,87	2,25	0,62
Chirurgie plastique	61,60	61,56	0,04

Tableau 3

Quand c'était possible, ces tendances ont été prises en compte dans le cadre des négociations du nouvel accord du 23.01.2013 (qui doit encore être publié au Moniteur belge). Lorsque de moins en moins de médecins d'une certaine spécialité adhèrent à l'accord, cela signifie que les conditions d'exercice de la profession en question sont devenues médiocres. Les mutuelles s'efforcent en permanence d'y remédier en augmentant le statut social payé à partir des frais d'administration de l'INAMI ou par des primes d'attractivité qui sont prélevées sur la masse des honoraires. Un accord médico-mut n'est vraiment acceptable pour les médecins que si les médecins ont le sentiment que leurs honoraires correspondent aux efforts intellectuels, physiques et sociaux qu'ils doivent fournir.

5.2. Conclusion de l'accord 2013-2014

5.2.1. Les mutuelles harcelantes envoient nos patients, leurs membres, au tribunal du travail

Les tracasseries des mutuelles à l'égard des médecins, en mettant fréquemment leurs patients entre le marteau et l'enclume, n'ont pas cessé en 2012. Pour ne pas devoir elles-

mêmes économiser 20 millions d'euros supplémentaires sur leurs frais d'administration, les mutuelles ont décidé, lors de la réunion du Comité de l'assurance de l'INAMI du 17.01.2012, de réaliser cette économie sur le dos de leurs patients. En terrorisant les médecins prescripteurs, elles sont parvenues, par des exigences administratives fantaisistes extravagantes et par des refus de prescriptions, à priver pendant des semaines un grand nombre de patients des médicaments dont ils avaient besoin voire de leur supprimer ces médicaments à titre définitif, d'où moins de dépenses dans la rubrique médicaments de l'INAMI en 2012, comme c'était le souhait des mutuelles.

Emu par tant de récits indignés, le soussigné a déclenché indirectement une campagne dans *Artsenkrant* fin août 2012, avec des témoignages de médecins ayant vécu ces situations de très près¹⁰⁶. La colère des médecins était à ce point importante et leurs réactions spontanées tellement nombreuses que la rédaction a décidé d'en faire une série¹⁰⁷. Le malaise a été repris quelques jours plus tard également dans la presse généraliste^{108, 109}. Un médecin-conseil que le soussigné rencontre très régulièrement dans les cénacles de l'INAMI a expliqué la méthode de sa mutuelle, qui obtient de très bons scores en matière de renvoi au tribunal du travail de patients déments, de patients rhumatologiques, de patients atteints de douleurs ou de toute autre maladie sévère, par l'application de la loi relative aux droits du patient. Cette loi oblige en effet les organismes assureurs à communiquer cette information à leurs membres. Jusqu'à quel point un confrère peut-il dévier de l'essence de la profession médicale? Cette page noire du commerce pur et dur auquel certaines mutuelles se livrent est l'élément le plus perturbant depuis de nombreuses années de "médico-mut"¹¹⁰.

Afin de détourner l'attention de leur attitude scabreuse, les mutuelles se sont concentrées sur les suppléments pendant tout le reste de l'année. Les chirurgiens plastiques fixeraient à tort leurs propres honoraires^{111, 112}. Les hôpitaux factureraient systématiquement trop¹¹³ et commettraient des erreurs¹¹⁴. Le machisme d'un des boys de DEHAENE¹¹⁵ dans l'assurance-maladie, le président des MC Marc JUSTAERT, était irritant au point d'empêcher quasiment la négociation d'un accord médico-mutualiste. La raison de son comportement devrait-elle être cherchée dans le nombre d'affiliés en baisse¹¹⁶, dans la perte de plusieurs procédures juridiques devant les tribunaux¹¹⁷ ou dans la débâcle – annoncée depuis si longtemps – de l'affaire des actions Dexia-ACV-MC^{118?}

Il ne fait aucun doute que les économies que les mutuelles ont dû réaliser au niveau de leurs administrations en 2012¹¹⁹ n'ont pas encore été digérées. Cependant, cet argument vaut tout autant pour les médecins négociateurs, mais objectivement pas pour l'année 2012

¹⁰⁶ "Ziekenfonds stuurt dementen naar Arbeidsrechtbank". *Artsenkrant* p.1, 07.09.2012.

¹⁰⁷ "De Bf oorlog: wat is uw verhaal?" et "Totaal gebrek aan Hippocratische ethiek". *Artsenkrant*, 07.09.2012.

¹⁰⁸ "Artsen laken pestgedrag van de ziekenfondsen". *De Standaard*, 10.09.2012.

¹⁰⁹ "Ziekenfondsen treffen patiënten met besparingen". *De Morgen*, 18.10.2012.

¹¹⁰ "Het verraad van de (christelijke) ziekenfondsen". *De Specialist*, 09.01.2013.

¹¹¹ "Verwerpelijke artsentruc". *De Standaard*, 09.08.2012.

¹¹² "La MC dénonce 'des suppléments d'honoraires injustifiés'." *Le Journal du Médecin*, 10.08.2012.

¹¹³ "CM : meer dan 8.000 foute ziekenhuis-facturen". *De Morgen*, 15.01.2013.

¹¹⁴ "Patients hospitalisés : 8.000 erreurs de factures en 2012." *La Dernière Heure*, 14.01.2013.

¹¹⁵ Jean-Luc Dehaene était ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles de 1981 à 1988 et ensuite premier ministre de 1992 à 1999. Au cours de la première période, Jo De Cock, l'actuel administrateur général de l'INAMI, et Marc Justaert, président des MC, ont travaillé dans son cabinet, tout comme une série d'autres "Dehaene boys" qui ont bien réussi.

¹¹⁶ "The 2012 final CM countdown". Editorial Dr Marc Moens, *Le Spécialiste*, 21.11.2012.

¹¹⁷ "Hasseltse rechtbank vindt klacht ongegrond. Ziekenfondsen lopen blauwtje op". *De Specialist*, 21.11.2012.

¹¹⁸ "Pauli's Pen: Als Dexia zinkt, gaat het ACW mee ten onder". *De Morgen*, 08.10.2008

¹¹⁹ Article 8 de la loi du 17.02.2012 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé (M.B. du 17.02.2012)

(cf. tableau 4). De toute manière, le tenue à jour informatisée des dossiers de patients pour l'assurance-maladie d'un nombre croissant de Belges génère moins de coûts que garantir effectivement des soins de santé adéquats à ces 11,08 millions d'habitants.

Dépenses frais d'administration de toutes les mutuelles vs dépenses INAMI pour les 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	6.955,9	+ 4,47
2012	1.047,527	- 0,47	7.304,0	+ 5,00

* M.B. du 17.02.2012

** 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 : + 201,0 %

Tableau 4

5.2.2. La médico-mut part en guerre des médicaments contre la ministre ONKELINX

Du début 2012 à aujourd'hui, la Commission nationale médico-mutualiste s'est réunie huit fois en plénière valablement, il y a eu deux réunions en groupe de travail, la réunion a été annulée une seule fois (le 10.12.2012) et elle s'est réunie à une seule reprise sans le quorum requis (le 17.12.2012).

Le 11.01.2012, les affaires courantes ont été traitées mais, le 30.01.2012, l'ambiance était à couper au couteau. Le gouvernement avait décidé que la médico-mut avait jusqu'au 31.01.2012 au plus tard pour élaborer des mesures permettant de réaliser une économie de 21,7 millions d'euros par des limitations de volume pour les antibiotiques et les inhibiteurs d'acide gastrique. Au cas où la médico-mut n'y parviendrait pas, la substitution obligatoire

serait imposée par la loi pour les antibiotiques et les antimycosiques dans les soins ambulatoires et une forme de prescription en DCI (Dénomination Commune Internationale) automatique serait introduite avec le médicament le moins onéreux. La date limite a été respectée lors de la réunion du 30.01.2012 et la note a atterri dans les temps sur le bureau de la ministre ONKELINX le 31.01.2012.

Cela n'a pas empêché la ministre de publier sa loi¹²⁰ sans accorder le moindre regard à la note de la médico-mut, de sorte que l'article 11 de l'A.R. 78, interdisant explicitement la substitution des médicaments, permet désormais la substitution à certaines conditions¹²¹. La nouvelle loi a posé bon nombre de problèmes pratiques aux médecins prescripteurs ainsi qu'aux pharmaciens délivrant les médicaments, lesquels problèmes étaient extrêmement préjudiciables pour les patients, et ce tant au niveau qualitatif que sur le plan financier. Les pharmaciens se sont retrouvés en plein chaos¹²², avec des dénominations de médicaments changeant constamment pour la même molécule et des fluctuations de prix intervenant tous les mois. Après un important mouvement de protestation, le médecin a été autorisé à imposer au pharmacien l'interdiction de substitution lorsque la thérapie l'exige. Cette objection thérapeutique doit toutefois être contrôlable dans le dossier médical du patient¹²³. La matière était devenue d'une telle complexité que l'INAMI a dû se résoudre à y consacrer une brochure¹²⁴. La pression en faveur de la prescription de médicaments toujours moins chers et de davantage de médicaments génériques est restée forte toute l'année.

5.2.3. On économise mieux ce qu'on économise soi-même

Fin 2011, le gouvernement a également décidé qu'il faudrait économiser 152 millions d'euros sur base annuelle sur les honoraires médicaux. Il avait imaginé des retenues de 80 millions d'euros sur une série de prestations et souhaitait également raboter en partie l'indexation de 2,99 %. Nous en avons parlé en détail dans notre précédent rapport annuel¹²⁵.

Il a été demandé aux différentes unions professionnelles du GBS de voir si des économies pouvaient être réalisées dans leur nomenclature sans que cela n'affecte la qualité des soins, étant entendu qu'il a été demandé très expressément que chaque groupe se limite à sa propre spécialité. L'herbe est en effet toujours plus verte chez le voisin. La plupart des unions professionnelles ont soumis des propositions concrètes, lesquelles ont été regroupées pour être transmises par l'ABSyM, sous la forme d'une note structurée de 25 pages, à l'INAMI. Les différentes mutuelles et le Cartel se sont tous livrés au même exercice chacun de son côté et, après un tri (tenant compte notamment du réalisme et de l'applicabilité) effectué par les experts du Service des soins de santé, il en a résulté une liste de 52 propositions anonymisées.

Une sélection, débouchant sur 25 fiches, a finalement été réalisée durant les réunions des 07 mai, 21 mai et 25 juin 2012. Dans la mesure où il n'était pas certain que la totalité du montant de l'économie exigée par le gouvernement pourrait être atteinte par des actions au niveau de la nomenclature, il était prévu dans l'accord du 21.12.2011 que la totalité de l'index de 2,99 % ne serait pas accordée et que seules les "prestations intellectuelles" atteindraient

¹²⁰ Article 10 de la loi du 17.02.2012 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé (M.B. du 17.02.2012)

¹²¹ Modification de l'article 11 de l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé par l'article 10 de la loi du 17.02.2012.

¹²² "Apotheker moet vanaf nu goedkoopste antibioticum voorschrijven". Het Laatste Nieuws, 04.02.2012.

¹²³ "Une objection thérapeutique pour édulcorer la substitution." Le Généraliste, 09.02.2012.

¹²⁴ Brochure pour les médecins, dentistes et pharmaciens. Délivrer le médicament le moins cher : Prescrire en DCI [et prescrire des] antibiotiques et antimycosiques (INAMI, avril 2012).

¹²⁵ "EU: to live and let die". Dr Marc Moens. Rapport annuel 2011 du GBS, 04.02.2012 points 4.3 et 4.4.

au plus tard le 01.12.2012 leur niveau normal d'indexation de 2,99 %. Cette "restitution de l'indexation" est finalement intervenue le 01.08.2012. Du fait de cette retenue sur l'index et des économies sélectives sur une série de prestations individuelles, l'économie réalisée a finalement été de ± 12,3 millions d'euros supérieure à ce qui était strictement nécessaire. Sur proposition d'un document de travail de l'ABSyM du 02.07.2012, ce montant a été attribué à des médecins spécialistes qui avaient le plus besoin d'une injection financière. Nous citons la note qui a été approuvée le 09.07.2012 par la médico-mut.

(nous traduisons)

10 juillet 2012 – Corr.

DECISIONS CNMM CONCERNANT LES ECONOMIES AU BUDGET 2012

3c. Décision concernant les revalorisations sélectives

Lors du choix des revalorisations sélectives, la CNMM a accordé une attention particulière à la revalorisation des prestations intellectuelles pour les médecins spécialistes avec une spécialité hospitalière importante ou avec des revenus d'honoraires limités (cf. rapport KCE 178)

Cf. tableau 5 à la page suivante.

Groupe	N° nom	Coefficients	Honoraires actuels	Après indexation au 01/08/2012	A partir du 01/12/2012	Impact financier 000 EUR	
Psychiatrie infanto-juvénile (*) (**) + 270 milliers d'euros pour des mesures de soutien pour l'accueil de crise des enfants						1.230 (**)	
Neurologie		N Q	9,0 %			1.668	
3108	102174	20	41,88	42,49	46,31		
3108	102675	20 0	44,80	45,47	49,55		
Rhumatologie		N Q	9,0 %			1.624	
3104	102152	16	42,52	43,15	47,03		
3104	102653	16 30	45,92	46,60	50,78		
Dermatologie		N Q	3,5 %			1.493	
a) revalorisation 102734 et 102756							
3111	102734		10,1	26,39	26,78		27,71
3111	102756		10,1 30	27,49	27,90		28,88
b) Dépistage mélanomes			1.485				
Psychiatrie et neuropsychiatrie		N Q	2,0 %			1.700	
3108	102196	20	40,27	40,86	41,67		
3108	102211	20	40,27	40,86	41,67		
3108	102690	20 30	43,12	43,76	44,63		
3108	102712	20 30	43,12	43,76	44,63		
3142	109513	30	66,06	67,03	68,37		
3142	109535	20	44,56	45,25	46,15		
3142	109550	10	23,49	23,84	24,32		
3142	109572	10	23,49	23,84	24,32		
3142	109631	30 90	69,30	70,33	71,73		
3142	109653	20 45	46,29	46,97	47,91		
Médecine interne générale		N Q	9,0 %			1.411	
3107	102034	16	32,21	32,68	35,63		
3107	102550	16 30	35,01	35,53	38,72		
3107	102955	40	78,19	79,33	86,47		
3107	102970	40 30	81,28	82,46	89,89		
Surveillance pédiatrie et NIC		C Q	3,8 %			888	
A) pédiatrie							
7724	598220	25 30	75,22	76,33	79,23		
7724	598802	25	71,58	71,58	75,39		
B) NIC		13,0 %					
7724	596326	51 30	139,53	141,59	159,99		
7724	596341	44 30	120,51	122,29	138,18		
7724	596363	21,5 30	59,37	60,24	68,07	796	
				Coût de la revalorisation		12.295	
				Masse disponible		12.295	
				Ecart		0	

Tableau 5

P.-S. de la part de l'INAMI pour le tableau 5 : *"En ce qui concerne les mesures pour la psychiatrie infanto-juvénile, la médico-mut a opté pour une modification de la nomenclature et non pour une adaptation de la valeur de la lettre clé. A défaut, les honoraires de certaines consultations seront adaptés à partir du 1^{er} décembre."*

Certaines économies qui pouvaient être réalisées par une adaptation de la lettre clé sont entrées en vigueur le 01.08.2012. Autrement dit en même temps que le rétablissement de la totalité de l'index pour les prestations "intellectuelles". Les revalorisations via la lettre clé sont intervenues le 01.12.2012. Les arrêtés royaux nécessaires pour certaines économies réalisées via la nomenclature n'ont pas encore été publiés (par exemple le dépistage du cancer du col de l'utérus qui n'est plus remboursé qu'une fois tous les trois ans au lieu d'une fois tous les deux ans). Cela vaut également pour la revalorisation de la psychiatrie infanto-juvénile.

Il convient de noter que la note renvoie au fameux rapport 178 du KCE du 31.05.2012 consacré notamment aux revenus des médecins¹²⁶. Bien que l'étude indique dans une de ses conclusions que le nombre d'hôpitaux participants était trop petit pour pouvoir tirer des conclusions avec certitude¹²⁷, il y est déjà fait référence dans le mois suivant la publication. Il convient également de noter que, de cette façon, il est appliqué une forme implicite de rééquilibrage qui pourra être une source d'inspiration pour les prochains accords.

5.2.4. Le conflit de l'ABSyM avec le législateur conduit à un blocage des activités de la médico-mut

A la reprise des activités de la Commission nationale médico-mutualiste après l'été le 22.10.2012, l'ambiance sur le banc de l'ABSyM était glaciale. Sa délégation était présente pour pouvoir approuver les mesures positives du 9 juillet ayant été converties entre-temps en projet d'arrêtés royaux.

Mais le mécontentement était très profond concernant le projet de loi relative à l'accessibilité aux soins de santé et plus particulièrement au sujet de l'obligation du régime du tiers payant social et de l'interdiction de réclamer des suppléments dans les chambres à deux lits et dans les salles communes par des médecins non conventionnés. Compte tenu de ce malaise, le Conseil d'administration de l'ABSyM a décidé le 07.11.2012 de ne plus accorder de mandat à ses administrateurs pour négocier un nouvel accord médico-mut pour les années 2013-2014. Les raisons de cette décision négative ont été communiquées par écrit à Jo DE COCK, président de la Commission nationale médico-mutualiste.

L'ABSyM a fait savoir au président DE COCK que le régime obligatoire du tiers payant social risque de créer une surcharge administrative pour les médecins puisque les médecins doivent réaliser gratuitement le travail des organismes assureurs. En outre, l'ABSyM estime que ce nouveau régime n'est pas nécessaire pour tous les patients du groupe cible trop élargi et qu'il conduira à d'importantes dépenses supplémentaires à un moment où une rigueur budgétaire stricte est imposée aux dispensateurs de soins.

Le Conseil d'administration de l'ABSyM était également très préoccupé par l'interdiction imposée au dispensateur de soins indépendant de fixer librement ses honoraires, également

¹²⁶ "Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts". KCE Report 178, 31.05.2012, plus particulièrement Appendix 18 "Physician income" (p. 101) et tableau 11 "Average GHIMD per half day, per specialty" (p. 34).

¹²⁷ Manual for cost based pricing of hospital interventions. Page 35, 2.5. Conclusions: *"The figures presented in the table above obviously do not reflect the reality of each physician in each specialty. The variability in the data is large and the number of observations is small. More accurate data would require the participation of more hospitals in an updated study."*

pour les patients admis en chambre à deux lits et en salle commune. Dans la mesure où la loi prévoit déjà toutes sortes de mesures, l'ABSyM était d'avis que le projet ne devrait pas réellement contribuer à améliorer l'accessibilité des soins.

L'ABSyM a fait savoir au président DE COCK et à la ministre ONKELINX qu'il n'y aurait plus de négociations à la médico-mut à moins que des amendements favorables aux médecins soient apportés au projet. On n'est plus revenu sur cette décision, même après la tentative de conciliation de la ministre ONKELINX à son cabinet en début de soirée du lundi 10.12.2012. La réunion de la médico-mut prévue ce même soir à 20 h a été supprimée dans l'après-midi par e-mail. Le mardi 11.12.2012 au matin, les partenaires de la médico-mut – à l'exception de l'ABSyM qui voulait d'abord voir comment allaient se dérouler les débats et le vote au Parlement sur le projet de loi – se sont à nouveau réunis chez la ministre ONKELINX. La ministre leur a remis son "document" qu'elle tenait donc en réserve au cas où il n'y aurait pas d'accord en vue de le soumettre à tous les médecins individuels. Un pari risqué pour la ministre ONKELINX dans la mesure où un de ses prédécesseurs, Philippe MOUREAUX, avait déjà perdu un pari identique au début de l'année 1993¹²⁸.

La commission Santé publique de la Chambre a approuvé le projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé le mercredi 12.12.2012 moyennant plusieurs amendements de la majorité allant dans le sens de ce que l'ABSyM réclamait depuis des mois. Quelques heures après le vote en commission de la Chambre et juste avant la réunion du Conseil d'administration de l'ABSyM, les administrateurs de l'ABSyM ont reçu une lettre du président DE COCK expliquant la nouvelle situation. Le président a notamment écrit ceci dans cette lettre : *"Je souhaiterais poursuivre ce débat et le concrétiser au sein de la CNMM, ouvertement, sans perdre de vue l'intérêt du patient. Il serait, selon moi, déplorable que médecins et mutualités ne soient plus en mesure de mener un dialogue ouvert et fructueux. Cela requiert une confiance mutuelle et un effort de tout un chacun où il convient d'aller au-delà de ses propres intérêts."*

Pour éviter une surprise désagréable, la direction de l'ABSyM a décidé d'attendre la publication de la loi et de charger son président, le soussigné, de faire une déclaration lors de la réunion de la médico-mut convoquée par le président DE COCK le 17.12.2012, demandant que les négociations soient suspendues temporairement pour que l'ABSyM puisse consulter sa base. Le prochain Conseil d'administration de l'ABSyM du 09.01.2013 déciderait en dernier ressort de l'éventuelle poursuite de la participation à la concertation.

5.2.5. Mieux vaut tard que jamais

Le 09.01.2013, le Conseil d'administration de l'ABSyM a donné le feu vert pour le retour à la table des négociations. Le jeudi 10.01.2013, au même moment que la réunion du Comité directeur du GBS pour laquelle j'ai dû me faire excuser à titre exceptionnel comme secrétaire général. S'il faut réaliser une économie de 105 millions d'euros, dont 82,3 millions pour le remboursement du dépassement de l'objectif budgétaire et (encore) 20 millions d'euros supplémentaires en raison d'une réduction de volume estimée en imagerie médicale, ce n'est pas un accord dont on peut être fier. Les 14 et 16 janvier se sont tenues deux réunions techniques pour – comme dans le cadre de l'accord du 21.12.2011 – attribuer sélectivement le montant retenu en trop sur l'index. L'ABSyM a soumis à cet effet une proposition chiffrée qui a été suivie dans les grandes lignes (cf. tableau 6).

¹²⁸ Lors de sa réunion du 03.02.1993, la Commission nationale médico-mutualiste a constaté que le "Document du 18 décembre 1992" a été rejeté par 51,5 % de tous les médecins, par 37,8 % des médecins généralistes et par 63,73 % des médecins spécialistes de sorte que le "Document Moureaux" n'a pas pu entrer en vigueur (procès-verbal 1993/1 de la réunion du 03.02.1993). Le ministre Moureaux a eu la sagesse de ne pas imposer de tarifs pour l'année 1993.

I. Consultations et surveillance	8.537
a) revalorisation neurologues, neurologues pédiatriques, pneumologues, rhumatologues et gériatres (+ 5 %) et dermatologues via accréditation	6.108
b) consultation au chevet du patient (+ 25 %)	2.404
c) alignement honoraires de surveillance neurologues pédiatriques	25
II. Prestations techniques	5.052
a) Echographie gynécologie + 15 %	953
b) ORL et chirurgie plastique : revalorisation otoplastie (retour + indexation précédents honoraires)	516
c) Chirurgie	1.028
d) Chirurgie mammaire reconstructive après opération (lambeau) (après concertation)	882
e) Physio	1.673
Total	13.589

Tableau 6

Les derniers angles ont été arrondis le 23.01.2013. La "prime d'attractivité" que les mutuelles entendaient maintenir à tout prix à 434 euros tandis que l'ABSyM souhaitait l'utiliser en priorité pour toute une série d'autres destinations utiles et le refus des mutuelles d'indexer le statut social pour les médecins partiellement conventionnés. Le président DE COCK a finalement proposé un compromis : le statut social pour les médecins partiellement conventionnés a été indexé de 2,0 %, tout comme les "prestations intellectuelles", tandis que le statut social pour les médecins totalement conventionnés bénéficie d'une indexation pleine de 2,76 %, c'est-à-dire en fait l'indexation normale. Pour équilibrer la "prime d'attractivité" des mutuelles, l'ABSyM a obtenu une récupération partielle de l'index du mois de janvier qui aurait normalement dû être perdu dans la mesure où les nouveaux tarifs indexés n'entreront en vigueur que le 01.02.2013.

L'accord doit maintenant être publié au Moniteur belge, après quoi les médecins ne souhaitant pas adhérer à l'accord disposent de trente jours pour faire connaître leur refus à l'INAMI par lettre recommandée. L'accord entrera en vigueur officiellement au plus tard 45 jours après la publication de l'accord au Moniteur belge. Les nouveaux tarifs sont applicables à partir du 01.02.2013.

L'accord a été conclu en l'absence de Jean-Pascal LABILLE, excusé, qui est entre-temps devenu ministre¹²⁹. Ce n'est pas que cela fait une grande différence dans la mesure où, depuis sa nomination comme membre de la Commission nationale médico-mutualiste le 08.02.2010, il n'a été vu aux réunions que les 08.02.2010, 08.03.2010 et 13.12.2010, en d'autres termes 3 fois sur 31 réunions plénières et 6 réunions de groupe de travail.

5.3. L'accréditation

Dans le cadre de mon dernier rapport annuel, j'avais déjà montré que la revalorisation de 434,20 euros pour les médecins non seulement accrédités mais également totalement conventionnés n'avait eu aucun effet sur le nombre de médecins accrédités¹³⁰. Bien au

¹²⁹ Labille a été nommé ministre des Entreprises publiques et de la Coopération au développement, chargé des Grandes Villes le 17 janvier 2013. Il a succédé dans le gouvernement Di Rupo à Paul Magnette qui est devenu ce même jour bourgmestre de Charleroi.

¹³⁰ "EU: to live and let die". Rapport annuel 2011 du GBS. Dr Marc Moens, 04.02.2012.

contraire. Au début 2011, 55,68 % des médecins enregistrés à l'INAMI étaient accrédités¹³¹. Début 2012, ce taux était descendu à 54,07 %. A peine un an plus tard, après une année entière de mise en oeuvre de cette revalorisation discriminatoire (puisque les médecins non conventionnés et partiellement conventionnés n'y avaient pas droit) de 434,20 euros, le taux est de 54,51 % (cf. tableau 7).

Comparaison du nombre de médecins accrédités 01.02.2012 - 01.02.2013

2 0 1 3		Nombre d'actifs		Nombre d'accrédités		% d'accrédités		% variation 2012-2013
		01.02.2013	01.02.2012	01.02.2013	01.02.2012	01.02.2013	01.02.2012	
	Médecins 000 & 009	1.478	726	0	0	0,00	0,00	0
	Médecins généralistes 001-002	1.630	2.393	0	0	0,00	0,00	0
	Méd. généralistes 003-004-007-008	14.296	14.233	9.970	9.797	69,74	68,88	+ 0,86
	Méd. généralistes en formation 005-006	782	714	0	0	0,00	0,00	0
	TOTAL	18.186	18.066	9.970	9.797	54,82	54,23	0,59
	Médecin spécialiste en formation (MACS)	4.166	3.843	2	0	0,05	0,00	+0,05
1	Oncologie médicale	221	200	182	169	82,35	84,50	- 2,15
2	Gériatrie	277	328	225	238	81,23	72,56	+ 8,67
3	Pneumologie	518	491	413	389	79,73	79,23	- 0,50
4	Ophtalmologie	1.115	1.100	882	854	79,10	77,64	+ 1,46
5	Gastroentérologie	672	652	527	513	78,42	78,68	- 0,26
6	Neurologie	497	475	380	354	76,46	74,53	+ 1,93
7	Dermato-vénérologie	753	740	560	553	74,37	74,73	- 0,36
8	Rhumatologie	243	238	179	178	73,66	74,79	- 1,13
9	Méd. physique et physiothérapie	518	505	376	361	72,59	71,49	+ 1,1
10	Radiologie	1.668	1.651	1.204	1.171	72,18	70,93	+ 1,25
11	Anatomie pathologique	340	338	242	233	71,18	68,93	+ 2,25
12	O.R.L.	685	684	481	464	70,22	67,84	+ 2,38
13	Urologie	422	410	287	278	68,01	67,80	+ 0,21
14	Cardiologie	1.114	1.089	755	722	67,77	66,30	+ 1,47
15	Radiothérapie	212	216	143	144	67,45	66,67	+ 0,78
16	Psychiatrie	1.906	1.841	1.246	1.201	65,37	65,24	+ 0,13
17	Médecine nucléaire	332	327	210	196	63,25	59,94	+ 3,31
18	Gynécologie-obstétrique	1.528	1.510	964	945	63,09	62,58	+ 0,51
19	Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1.678	1.658	1.055	1.021	62,87	61,58	+ 1,29
20	Biologie clinique	657	665	390	385	59,36	57,89	+ 1,47
21	Anesthésie	2.046	2.011	1.213	1.179	59,29	58,63	+ 0,66
22	Méd. aiguë et méd. d'urgence	811	788	480	457	59,19	57,99	+ 1,20
23	Pharmaciens-biologistes	636	621	373	367	58,65	59,10	- 0,45
24	Orthopédie	1.043	1.038	600	588	57,53	56,65	+ 0,88
25	Méd. interne + endocrin.-diabét.	1.550	1.513	841	833	54,26	55,06	- 0,80
26	Neurochirurgie	207	202	100	94	48,31	46,53	+ 1,78
27	Chirurgie	1.534	1.519	712	690	46,41	45,42	+ 0,99
28	Stomatologie	338	329	138	139	40,83	42,25	- 1,42
29	Chirurgie plastique	269	265	83	89	30,86	33,58	- 2,72
30	Neuropsychiatrie	264	286	71	89	26,89	31,12	- 4,23
31	Autres spécialités	97	106	18	20	18,56	18,87	- 0,31
	TOTAL SPECIALISTES	24.151	23.796	15.329	14.914	63,48	62,67	+ 0,81
	TOTAL SPECIALISTES + MACS	28.316	27.639	15.331	14.914	54,14	53,96	+ 0,18
	TOTAL GENERAL	46.502	45.705	25.302	24.711	54,41	54,07	+ 0,34

Source : Groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI 16.01.2013 et rapport annuel du GBS 04.02.2012
Dr M. MOENS

Tableau 7

¹³¹ Ce chiffre comptabilise également les médecins spécialistes et les médecins généralistes en formation qui ne peuvent pas être accrédités par définition.

Le taux le plus élevé de médecins accrédités qu'il m'a été donné de consigner dans mes rapports annuels depuis l'introduction de l'accréditation était de 58,48 % et c'était au début de l'année 1999¹³². Le taux le plus bas a été de 54,01 %, au début de l'année 2003¹³³. La moyenne des 17 taux consignés dans mes rapports annuels est de 55,21 % avec des fluctuations minimales (cf. tableau 8).

**Taux d'accréditation au 1^{er} février
(% de médecins accrédités par rapport au nombre total de médecins enregistrés à l'INAMI)**

Année	%	Année	%
1997	55,60	2006	54,08
1998	54,60	2007	54,94
1999	58,48	2008	55,89
2000	55,15	2009	55,01
2001	55,67	2010	55,51
2002	55,92	2011	55,68
2003	54,01	2012	54,07
2004	54,19	2013	54,41
2005	55,31	Moyenne	55,21

Tableau 8

Le non-financement des GLEM a suscité le mécontentement d'un certain nombre de membres du groupe de direction de l'accréditation qui est présidé par le soussigné. Finalement, après que le secrétaire du groupe de direction de l'accréditation, le docteur en droit Bart DE VOS, a insisté longuement, l'Administration générale de la fiscalité auprès du SPF Finances a fourni une réponse concernant la façon dont il convient de traiter fiscalement le paiement du soutien financier des GLEM versé par l'INAMI au responsable de GLEM. Cela a donné le feu vert administratif de sorte que le projet d'A.R., qui avait été préparé près de deux ans plus tôt, a pu être publié au Moniteur belge le 27 décembre 2012¹³⁴. Le financement était inscrit au point 6.2. de l'accord médico-mutualiste du 13.12.2010 pour l'année 2011¹³⁵.

L'application des dispositions de l'A.R. du 12.12.2012 a suscité de vives protestations car seuls 808 des 1726 GLEM, soit 47 %, remplissaient les conditions exigées¹³⁶ puisque les responsables de GLEM n'ont généralement pas introduit leur déclaration à temps¹³⁷.

Après un débat approfondi lors de la réunion du groupe de direction de l'accréditation du 16.01.2013, il a été décidé de demander à la Commission nationale médico-mut de ne pas

¹³² "Yin budgétaire et yang réglementaire". Rapport annuel 1998 du GBS. Dr Marc Moens, 06.02.1999.

¹³³ "Les soins de santé, un schizomycète pourpre tacheté de points verts". Rapport annuel 2002 du GBS. Dr Marc Moens, 08.02.2003.

¹³⁴ A.R. du 12.12.2012 instituant un financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale (M.B. du 27.12.2012)

¹³⁵ Accord médico-mutualiste du 13.12.2010 point 6.2.: "Afin d'éviter le financement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) par l'industrie pharmaceutique, la Commission nationale médico-mutualiste décide d'affecter un montant de 1.360 millions d'euros au financement public des GLEM. La Commission nationale médico-mutualiste attirera l'attention de l'industrie du médicament, via ses représentants, sur le caractère indésirable de la poursuite d'un financement de sa part."

¹³⁶ DOC. CNMM 2013/5 : lettre Dr Marc Moens, président du groupe de direction de l'accréditation, à Monsieur Jo De Cock, président de la Commission nationale médico-mutualiste du 18.01.2013.

¹³⁷ Cf. Le Médecin Spécialiste, n° 1, janvier 2013 pages 4 à 6.

appliquer cette réglementation stricte pour les années 2011 et 2012. Sur proposition du président de la CNMM Jo De COCK, la médico-mut a donné son accord à l'unanimité le 23.01.2013. Un coup très diplomatique sur le plan tactique de la part du président car le seul point restant à l'ordre du jour de ce fameux jeudi soir était la conclusion d'un accord médico-mutualiste 2013-2014. Il avait en effet été informé que le non-paiement du financement du GLEM irritait considérablement un grand nombre. Il est impossible de dire dans quelle mesure cette intervention octroyée aux médecins responsables de GLEM a contribué à faire avancer les choses mais, quatre heures plus tard, il y avait un accord (cf. point 5.2.5.).

6. PROCEDURES JURIDIQUES

6.1. Recours introduits en 2012

6.1.1. L'A.R. du 28.06.2011 modifiant l'A.R. du 21.04.1983¹³⁸ et l'A.M. du 09.09.2011¹³⁹

L'A.R. du 28 juin 2011 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 apporte une modification fondamentale dans la composition et le fonctionnement des commissions d'agrément.

Cela fait très longtemps que la commission d'agrément d'une spécialité de base rend un avis au ministre concernant l'octroi des compétences professionnelles particulières liées à la spécialité de base. Par exemple, la commission d'agrément de médecine interne rendait un avis concernant l'octroi de la compétence professionnelle particulière en néphrologie ou en endocrinologie. Lorsque l'expertise nécessaire n'était pas présente au sein de la commission d'agrément, cette commission faisait appel à un certain nombre d'experts pour l'assister dans l'évaluation des dossiers qui lui étaient soumis.

Monsieur Xavier VAN CAUTER, juriste auprès du SPF Santé publique mais qui a entre-temps rejoint le cabinet de la ministre Laurette ONKELINX en qualité de conseiller juridique, ne voyait pas l'intérêt de ce système fonctionnant parfaitement à la satisfaction de tous. Xavier VAN CAUTER est l'auteur de cet A.R. du 28 juin 2011. Le système qu'il a lui-même concocté est d'une complexité inutile et, en outre, il passe à côté de son objectif initial, à savoir de garantir que l'expertise nécessaire soit présente au sein de la commission d'agrément au moment où un dossier relatif à une compétence professionnelle particulière doit être évalué.

Un exemple en guise d'illustration. La commission d'agrément de pédiatrie est également compétente pour rendre un avis concernant l'octroi de la qualification professionnelle particulière en neurologie pédiatrique, en néonatalogie ainsi qu'en hématologie et oncologie pédiatriques. La commission d'agrément de pédiatrie qui est composée de 6 membres au minimum (3 siégeant sur le banc des universités et 3 siégeant sur le banc des unions professionnelles) doit à cette occasion être complétée par 6 neurologues pédiatriques agréés, 6 néonatalogistes agréés et 6 hémato-oncologues pédiatriques agréés. Pour pouvoir délibérer valablement, la moitié des membres au moins doit être présente. Dans cet

¹³⁸ Arrêté royal du 28 juin 2011 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes visant la création de commissions d'agrément pour les titres professionnels particuliers réservés aux titulaires d'un master en médecine ou du grade académique de médecin qui sont déjà titulaires d'un titre professionnel particulier, p. 8144 (M.B. du 02.02.2012)

¹³⁹ Arrêté ministériel du 9 septembre 2011 attribuant les missions d'agrément pour des titres professionnels particuliers réservés aux titulaires d'un master en médecine ou du grade académique de médecin qui sont déjà titulaires d'un titre professionnel particulier à des commissions d'agrément pour un titre professionnel particulier conformément à l'article 4bis, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 08.03.2012)

exemple, il faut donc que 12 des 24 membres soient présents. Au cas où ce quorum ne serait pas atteint, une deuxième réunion doit être convoquée avec un ordre du jour identique. La deuxième réunion peut délibérer valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Le nouveau système peut déboucher sur des situations absurdes. Dans le cadre de la première réunion de la commission d'agrément, un avis positif peut être rendu concernant l'octroi d'une qualification professionnelle particulière sans qu'aucun médecin spécialiste porteur de ladite compétence professionnelle ne soit présent. Il suffit en effet que les autres membres soient présents en nombre suffisant. Un avis positif peut ainsi être rendu concernant par exemple l'agrément d'un hémato-oncologue pédiatrique en présence de 6 pédiatres généraux, de 6 néonatalogistes et de 6 neurologues pédiatriques mais en l'absence des hémato-oncologues pédiatriques. La commission d'agrément est alors présente en nombre suffisant pour pouvoir délibérer valablement puisque 18 des 24 membres sont présents. Ce scénario vaut pour une décision prise en première réunion sur cet ordre du jour. Au cas où le quorum de présence ne serait pas atteint, un avis valable peut être rendu en deuxième réunion quel que soit le nombre de membres présents, d'une manière hypothétique même si seul le président était présent.

Dans le mémoire en réponse, l'avocat de l'Autorité a répondu que la partie requérante, à savoir le GBS, n'avait rien compris mais que, pour éviter toute confusion, une disposition interprétative serait publiée dans les plus brefs délais. Nous attendons toujours.

De plus, cet arrêté ne s'inscrit ni dans l'interprétation traditionnelle de la notion d'affaire courante ni dans celle d'affaire urgente. Si l'arrêté a été pris dès le 18 juin 2011, la publication au Moniteur belge n'est intervenue que plus de 7 mois plus tard, à savoir le 2 février 2012. Cela avait à voir avec les 541 jours qu'avait nécessité la formation du gouvernement entre les élections du 13.06.2010 et la prestation de serment d'Elio DI RUPO comme premier ministre le 6 décembre 2011.

Nous signalons également que, dans le cadre de ce dossier de la reconnaissance – qui s'est fait attendre pendant des années – du titre professionnel de pédiatre hémato-oncologue et de la compétence complémentaire "et en oncologie" et à propos de cet absurde A.R. du 28 juin 2011 (M.B. du 02.02.2012), nous avons eu un entretien au cabinet de la ministre ONKELINX le 27.06.2012. Parmi les participants à cette réunion figuraient, outre le Prof. Dr Koenraad VANDEWOUDE, conseiller de la ministre, et l'auteur de l'A.R., Monsieur Xavier VAN CAUTER, une délégation des "spécialistes d'organe" demandeurs depuis des années de l'octroi de la qualification complémentaire en oncologie et les pédiatres hémato-oncologues. Une réception sympathique mais sans aucun résultat.

6.1.2. Décret portant notification obligatoire des pratiques médicales à risques¹⁴⁰

Le dossier de la notification obligatoire des pratiques médicales à risques a été évoqué pour la première fois début 2011¹⁴¹. Depuis lors, il a été inscrit à plusieurs reprises à l'ordre du jour des réunions de concertation structurelles avec les organisations de médecins organisées par Jo VANDEURZEN, ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille. Le décret portant notification obligatoire des pratiques médicales à risques est un exemple type où la sécurité du patient est invoquée comme prétexte pour intervenir par la voie réglementaire mais sans la moindre garantie que l'objectif recherché sera atteint. Les

¹⁴⁰ Décret du 22 juin 2012 portant notification obligatoire des pratiques médicales à risques (M.B. du 20 juillet 2012).

¹⁴¹ Rapport annuel 2011 du GBS Dr M. MOENS – EU : to live and let die – point 2.13.2. – Communautés.

interventions effectuées sous anesthésie locale ne relèvent pas du champ d'application de ce décret alors que ce sont pourtant précisément ces interventions (liposuccions) qui, ayant entraîné plusieurs décès, sont à l'origine de ce décret. Le décret est truffé d'imperfections. La notion de pratiques médicales à risques n'est pas clairement définie. Où se situe par exemple la limite entre sédation profonde et sédation peu profonde? Comment mesure-t-on la sédation? A qui revient-il d'évaluer si une pratique est à risques ou non? Et de quelle manière procède-t-on?

Maître Stefaan CALLENS a mis en pièces, article par article, le décret à l'occasion de l'audition de la commission des Affaires sociales du Parlement flamand le 22.05.2012. Du reste, le Conseil d'Etat l'avait déjà fait avant lui. A l'aide d'une présentation PowerPoint, le soussigné a, au nom du VAS et du GBS, mis en lumière toute une série de déficiences et d'inconséquences médicales fondamentales dans le projet de décret. Malgré toutes ces remarques étayées tant sur le plan juridique que sur le plan médical, il n'aura pas fallu attendre plus de cinq minutes après la fin de l'audition pour que le projet soit approuvé par la commission, et ce sans qu'aucun changement même minime n'y ait été apporté, pour ensuite être transmis sans tarder au Parlement flamand. Le décret a été voté le 20 juin 2012. Au moment de quitter la salle de réunion à l'issue de l'audition, le Dr Dirk DE WOLF, chef de cabinet adjoint du ministre Jo VANDEURZEN, m'a déclaré, non sans un certain aplomb, qu'il n'était pas dans les habitudes de la Communauté flamande de tenir véritablement compte des avis rendus par le Conseil d'Etat en matière d'excès de compétence. Si la Communauté flamande agissait autrement, il n'y aurait jamais aucune réalisation flamande.

Le Prof. Dr Koenraad VANDEWOUDE, conseiller au cabinet de la ministre ONKELINX, a laissé entendre, dans le cadre d'un entretien avec le soussigné, qu'un travail était accompli au niveau fédéral pour mettre en place une alternative pour atteindre le même but.

Le GBS et l'ABSyM ont décidé conjointement d'introduire un recours en annulation contre ce décret flamand devant la Cour constitutionnelle. L'affaire a été confiée à Maître Stefaan CALLENS en raison de sa connaissance du dossier.

Les moyens suivants ont été invoqués dans le recours déposé au début du mois de janvier 2013.

Dans le premier moyen, il est invoqué un excès de compétence. Plusieurs articles du décret ont trait à l'exercice des professions des soins de santé réglementé par l'A.R. n° 78¹⁴². C'est une matière fédérale. Les Communautés ne sont pas compétentes pour intervenir dans l'activité médicale des praticiens professionnels des soins de santé.

Dans le deuxième moyen, il est invoqué l'exercice illégal de la médecine. Le décret prévoit que le devoir de notification des pratiques à risques appartient au responsable de l'établissement. Cela suppose de poser un acte médical tel qu'un diagnostic. Or le responsable de l'établissement n'est pas forcément un dispensateur de soins. La pose d'un diagnostic est réservée aux praticiens de la médecine. Il n'appartient pas à la Communauté flamande de réglementer l'activité médicale de son propre chef.

La violation du secret professionnel est invoquée dans le troisième moyen. En obligeant le responsable de l'établissement, lequel n'est pas nécessairement un dispensateur de soins, à avoir accès au dossier du patient pour ensuite transmettre certaines données de ce dossier à des tiers, sans qu'il ne soit question de prévention, ce décret réglemente une matière fédérale. En outre, ce responsable non-médecin n'est pas tenu au secret professionnel.

¹⁴² Arrêté royal n° 78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Le quatrième moyen invoque la violation de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Dans la mesure où le décret exige l'accès à des données à caractère personnel et la communication de ces données sans définir à quelles fins et sans aucune base légale pour l'accès aux données à caractère personnel et le traitement de ces données, et ce alors que les données à caractère personnel ne peuvent être traitées qu'à des fins bien précises, le décret viole la loi relative à la protection de la vie privée.

Dans le cinquième moyen, il est invoqué la violation du principe de droit général de la sécurité juridique dans la mesure où le décret ne contient aucun critère concret quant à la définition des pratiques médicales à risques alors qu'une différence de traitement entre certaines catégories de personnes requiert que la différence s'appuie sur un critère objectif et que la différence soit raisonnablement justifiée.

A l'occasion de la réunion de concertation structurelle avec les organisations de médecins le 20.12.2012, le cabinet du ministre VANDEURZEN nous a fait savoir qu'à la date du 18 décembre 2012, il y avait 2 notifications terminées et 6 notifications en cours dans l'outil d'enregistrement. Les responsables des pratiques privées ou des cliniques privées avaient jusqu'au 15 janvier 2013 pour faire leur déclaration. L'administration attend cette date pour entreprendre toute nouvelle action. Une sorte de phase de test était initialement prévue avant l'entrée en vigueur de ce décret. On a toutefois renoncé à cette phase de test au tout dernier moment par manque de temps. Le cabinet s'est entre-temps rendu compte que c'était quasiment mission impossible et également extrêmement onéreux de contacter tous les responsables soumis à la notification obligatoire. L'autorité flamande compte tout effectuer par voie électronique mais elle ne dispose pas des adresses e-mail nécessaires. Et, en période d'économies, écrire à tous les médecins par courrier ordinaire n'est pas vraiment efficace en termes de coûts. L'agence *Agentschap Zorg en Gezondheid* a communiqué par le truchement de l'Ordre des médecins, de l'asbl bruxelloise *Huis voor Gezondheid*, de *Vaccinnet* et d'*Artsenkrant*. Les organisations de médecins et les cercles de médecins généralistes ont également été invitées par la *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid* à informer leurs membres concernant le nouveau décret. Le GBS, pour sa part, n'a jamais reçu cette demande, et ce alors qu'il est systématiquement présent aux réunions de concertation chez le ministre VANDEURZEN.

Le cadastre des pratiques à risques est élaboré par la plate-forme fédérale eHealth. Le ministre Jo VANDEURZEN a répondu à une question sur ce sujet posée par Madame Vera VAN DER BORGHT (Open VLD)¹⁴³ que : *“Dit project situeert zich op confederaal niveau met medewerking van en in samenwerking met alle Gemeenschappen en de federale overheid. Deze constructie heeft het voordeel dat voorzieningen of individuele zorgverstrekkers via één centraal systeem digitaal met elkaar kunnen communiceren”* (nous traduisons : Ce projet se situe au niveau confédéral avec la participation et la collaboration de toutes les Communautés et de l'autorité fédérale. Cette construction présente l'avantage que les établissements ou les dispensateurs de soins individuels sont en mesure de communiquer par voie numérique les uns avec les autres via un système centralisé.) On peut se demander si tous les ministres flamands, y compris les excellences de la N-VA, sont sur la même longueur d'onde quant à l'utilisation du terme “confédéral” dans cette réponse.

¹⁴³ Extrait de la réponse du ministre J. Vandeurzen à la question n° 75 du 21 novembre 2012 de Vera Van Der Borght.

7. A VOL D'OISEAU

7.1. Chirurgie plastique

2012 sera une année qu'il ne sera pas facile d'oublier pour les chirurgiens plastiques. Le scandale des prothèses PIP a éclaté durant les premiers jours de janvier (cf. point 2.1.4.). Il est apparu que les implants mammaires produits frauduleusement à partir de silicone industrielle présentaient facilement des déchirures ou des fuites et donnaient lieu à des irritations et à des inflammations. La ministre Laurette ONKELINX (PS) a conseillé aux femmes de faire remplacer systématiquement leurs prothèses PIP. La communauté en supporterait les frais¹⁴⁴. Même le Dr Elke SLEURS, gynécologue et sénatrice N-VA, a plaidé en faveur d'un remboursement par l'INAMI de l'enlèvement de tous les implants mammaires PIP incriminés¹⁴⁵. Seul l'INAMI était moins heureux à cette idée car un tel surplus de dépenses n'était évidemment pas budgété. Le point de départ était un acte d'esthétique, non remboursé par l'INAMI. Par contre, l'enlèvement d'une prothèse problématique est bien un acte remboursable. Un effet secondaire positif de cette affaire extrêmement fâcheuse est que l'AFMPS travaille d'arrache-pied à la mise en place d'un système d'enregistrement performant pour tous les types d'implants.

Cet été, les Mutualités chrétiennes ont lancé une campagne contre les chirurgiens plastiques et esthétiques au motif qu'ils compléteraient les honoraires beaucoup trop bas de la reconstruction mammaire à partir de tissus propres avec un "supplément esthétique". Les médias n'ont hésité devant rien pour captiver le lecteur pendant la morte-saison avec des informations à connotation sexuelle¹⁴⁶ alors qu'il s'agissait la plupart du temps de situations dramatiques de jeunes femmes ayant subi une amputation du sein pour cause de tumeur maligne. Nos "amis" des MC multipliaient les inexactitudes sans réfléchir et le grand public en redemandait¹⁴⁷. Le remboursement plus élevé de cette prestation figure explicitement dans l'accord médico-mutualiste du 23.01.2013 sous les mesures de correction positives, après concertation¹⁴⁸. Tant l'ABSyM que le GBS constatent qu'ils ignoraient quasiment tout de la concertation menée jusqu'alors entre les chirurgiens plastiques, les MC et le président de la Commission nationale médico-mutualiste Jo DE COCK.

La sénatrice MR Dominique TILMANS était depuis longtemps favorable à un enregistrement¹⁴⁹. Elle est active depuis des années dans le domaine de la chirurgie esthétique et de la médecine esthétique et a déjà accompli un travail parlementaire considérable dans ce secteur en ce qui concerne la publicité et le recrutement de patients et, plus récemment, elle a été à l'origine du projet de loi sur l'esthétique médicale. Une fois amendé, ce projet a reçu un nouvel intitulé : "projet de loi réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique"¹⁵⁰.

¹⁴⁴ "Prothèses PIP: le retrait sera gratuit". La Capitale, 10.01.2012.

¹⁴⁵ "N-VA pleit voor terugbetaling van alle verwijderingen PIP-implantaten". Het Laatste Nieuws, 02.02.2012.

¹⁴⁶ "CM ziet aantal klachten over onrechtmatige operatiekosten toenemen. Je geld of je borsten". De Standaard, 08.08.2012.

¹⁴⁷ "Artsen laten patiënten twee keer ziekenhuisfactuur betalen". De Morgen, 08.08.2012.

¹⁴⁸ Point 4.2.3. "la revalorisation des codes de nomenclature 252453-252464, 252475-252486, 252534-252545, 252556-252560 et 252571-252582 de 50% (chirurgie mammaire reconstructrice après une opération). Cette revalorisation sera réalisée après une concertation avec une représentation des associations de chirurgie plastique afin d'obtenir des garanties sur une limitation proportionnelle des suppléments utilisés. Cette mesure sera exécutée via une adaptation de la nomenclature sur la base des résultats de la concertation qui débutera le 1er février 2013."

¹⁴⁹ "Après le scandale des implants frauduleux. Prothèses : 'Le contrôle doit être réformé.'" Le Soir, 05.01.2012.

¹⁵⁰ Document de la Chambre 53-2577/1

Le GBS et l'ABSyM avaient tous deux formulé des commentaires défavorables à l'encontre du projet de loi initial dans la mesure où il donnait une vision plutôt unilatérale sous l'angle des chirurgiens plastiques avec des restrictions imposées aux possibilités de pratique de nombreux confrères d'autres spécialités telles que la chirurgie générale, la dermatologie, la médecine générale, l'ORL, etc. Un aspect positif relevé par le GBS et par l'ABSyM est que le projet de loi partage notre souci au niveau de la qualité des interventions et notre souhait que ces interventions ne soient plus effectuées que par des médecins^{151, 152}.

Le législateur serait disposé à prendre en compte une des principales objections, à savoir que le ministre pourrait créer une nouvelle spécialité sans solliciter l'avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes et au mépris des Académies royales de médecine de Belgique. Une autre objection majeure concerne la création d'un Conseil de l'esthétique médicale où le médecin clinique classique serait quasiment absent. Au cas où il faudrait une nouvelle spécialité, nous avons formulé des suggestions sur la formation de ce titre professionnel particulier.

Cette réglementation fait partie d'un triptyque dont le volet sur l'interdiction de la publicité pour les actes d'esthétique a déjà débouché sur une loi¹⁵³. Il s'agit donc maintenant des qualifications des médecins qui seront autorisés à effectuer les interventions. Enfin, la réglementation sur les normes de qualité dans les cliniques privées et dans les "instituts de beauté" est également en chantier. Mais cela interfère une nouvelle fois avec le décret flamand portant notification obligatoire des pratiques médicales à risques. Le dernier mot concernant la médecine esthétique et tous les domaines limitrophes n'a pas encore été dit (cf. également le point 2.2.2. concernant le CEN).

7.2. Radiothérapie-oncologie

La spécialité de la radiothérapie-oncologie est une petite spécialité qui ne compte que 212 médecins agréés. Elle constitue le deuxième plus petit groupe de médecins spécialistes agréés, juste après les neurochirurgiens qui comptent 207 médecins spécialistes agréés en Belgique. Sous l'impulsion du Dr Paul BUELENS, président de la société scientifique, et du Prof. Yolande LIEVENS, présidente de l'union professionnelle, les deux organisations ont décidé d'unir leurs forces pour pouvoir négocier avec une efficacité renforcée au sein des différents organes du SPF Santé publique et via les organisations représentatives de médecins auprès de l'INAMI.

Un groupe de travail a harmonisé les statuts des deux organisations durant l'année 2012. Les modifications apportées aux statuts des deux organisations ont été approuvées par les assemblées générales respectivement le 12 octobre 2012 et le 15 novembre 2012. L'assemblée générale des deux organisations s'est tenue le 1^{er} février 2013 pour élire leur nouveau comité directeur qui doit donner un élan à ce nouveau projet lancé conjointement.

7.3. Médecine nucléaire

Suite à un contrôle réalisé par le SECM¹⁵⁴, le GBS a apporté son concours à l'élaboration et à la diffusion d'une circulaire concernant la présence physique du nucléariste pendant toute la durée des examens de médecine nucléaire. Ces examens prennent souvent plusieurs

¹⁵¹ "Botox inspuiten kan straks alleen nog bij gespecialiseerde dokter." De Morgen, 07.06.2012.

¹⁵² "La médecine esthétique enfin encadrée". La Libre Belgique, 07.06.2012.

¹⁵³ Loi du 06.07.2011 interdisant la publicité et réglementant l'information relatives aux actes d'esthétique médicale (M.B. du 05.08.2011).

¹⁵⁴ SECM : Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

heures. Il n'est pas évident que les médecins puissent être présents dans l'hôpital pendant toute la durée de la procédure dans tous les cas.

Entre-temps, l'union professionnelle travaille d'arrache-pied, avec d'autres experts au sein d'un groupe de travail institué auprès du SPF Santé publique, à la définition de nouvelles normes pour le PET scan. Une meilleure répartition entre les régions et les communautés constitue un des objectifs mais cela donne également lieu à des tensions communautaires. Comment pourrait-il en être autrement? This is Belgium!

7.4. Et bien d'autres encore...

Comme d'habitude, c'est le manque de temps qui m'empêche d'aborder d'autres éléments dans mon rapport annuel. Je pense surtout aux radiologues qui s'efforcent de combiner la qualité avec une réduction de la charge de rayonnements et l'obtention d'honoraires honnêtes pour leur travail, aux pneumologues dont les tests de la fonction pulmonaire sont sur la sellette, aux cardiologues et à leur débat naissant sur le dépistage des (jeunes) sportifs, les TAVI, l'explosion des frais en imagerie cardiaque (cf. point 5.2.5.), aux problèmes en psychiatrie, tant en ce qui concerne les incidents impliquant des confrères qui ont été étalés dans la presse qu'au niveau de l'organisation pratique des soins via l' "article 107"^{155, 156} et à la psychothérapie où il subsiste des différences importantes entre le nord et le sud¹⁵⁷, à la prise en charge de la dépression¹⁵⁸ et du suicide¹⁵⁹...

8. CONCLUSION

Il y a deux ans, je citais le Dr Doom, c'est-à-dire le professeur d'économie new-yorkais Nouriel ROUBINI, dans ma conclusion¹⁶⁰. Le Dr Doom doit ce surnom au fait qu'il a prédit (dès 2005) le mécanisme de la crise bancaire mondiale à partir de 2008. Durant un débat dans le cadre du Forum économique mondial à Davos le 26.01.2011, il a désigné la Belgique et l'Espagne comme les prochains dominos dans la crise de la dette, après la Grèce¹⁶¹.

A la mi-juillet 2012, ROUBINI a annoncé une année 2013 catastrophique¹⁶². Nouriel ROUBINI se met à couvert de la tempête parfaite de 2013. Tandis que le premier ministre DI RUPO, également à Davos, twitte le 21.01.2013 : "Belgium is back", Lakshmi MITTAL annonce que 7 lignes à froid sur 12 de l'industrie métallurgique liégeoise seront fermées et que 1.300 emplois seront supprimés. Un nouveau coup dur socio-économique après l'annonce de la fermeture de Ford Genk en 2014 et de la perte de 4.300 emplois – et même 10.000 si on y ajoute les sous-traitants – dans le Limbourg tout proche¹⁶³.

Autrement dit, il n'y a plus aucune certitude. Même les assureurs devront revoir leur politique en matière de police d'assurance dans la mesure où, selon plusieurs mathématiciens de l'Université d'Oxford, la formule de calcul de l'indice de masse corporelle est inexacte¹⁶⁴.

¹⁵⁵ "Patiënten en psychiaters weg uit instellingen". Artsenkrant 20.11.2011.

¹⁵⁶ "Het BHV van de gezondheidszorg". De Standaard, 20.12.2011.

¹⁵⁷ "Maak psychotherapie bespreekbaar en betaalbaar". Minister Jo VANDEURZEN in De Standard, 19.12.2011.

¹⁵⁸ "Les Belges mal dans leur tête et dans leur peau." Le Soir, 12.06.2012

¹⁵⁹ "Le suicide 'une souffrance plus forte que la vie'." Le Soir, 12.06.2012

¹⁶⁰ "Le Dr Doom et les sept nains". Dr Marc Moens. Rapport annuel 2010 du GBS, 05.02.2011.

¹⁶¹ "Dr. Doom neemt België in vizier". De Standaard 27.01.2011.

¹⁶² "Zoek dekking voor 'the perfect storm'.". De Standaard, 14.07.2012.

¹⁶³ "Ford Genk gaat dicht, 4.300 mensen verliezen job". Het journaal, wo 24.10.2012 – 09u05.

¹⁶⁴ "BMI-berekening maakt grote mensen dikker". De Morgen, 22.01.2013.

A la médico-mut, la concertation a abouti, au prix d'efforts du président Jo DE COCK et d'autres. Les médecins demandent à être respectés car un pays peut survivre sans mutuelles et leurs responsables politiques mais pas sans médecins.

Les médecins et tous les autres acteurs du secteur de la santé, et plus particulièrement les gestionnaires des hôpitaux et les directions qui ne se rendent pas encore compte que les arbres ne poussent pas (plus) jusqu'au ciel, doivent regarder l'avenir avec réalisme mais aussi avec enthousiasme.

Rechercher ensemble des solutions pour combiner au mieux les possibilités médico-scientifiques plus nombreuses et les besoins de soins en progression constitue un défi passionnant pour tous les médecins et un excellent remède à la menace de burn-out.

Je suis convaincu que le GBS continuera à y travailler à mes côtés.

Dr Marc MOENS,
Secrétaire général,

02.02.2013