

**RAPPORT ANNUEL 2013 DU GBS  
Dr Marc Moens  
Secrétaire général**

**Et encore une année  
passée au « bashing »  
des médecins**

**Bruxelles  
08.02.2014**



## SOMMAIRE

<b>1. RAPPORT D'ACTIVITES.....</b>	<b>5</b>
1.1. Réunions internes et publications.....	5
1.2. Staff et collaborateurs externes.....	5
1.3. Symposiums du GBS.....	6
1.4. Cinquième symposium sur la radioprotection : une bénédiction ou une malédiction?.....	8
1.5. Le site internet du GBS.....	10
<b>2. REPRESENTATIONS DU GBS.....</b>	<b>10</b>
2.1. Représentations en Belgique.....	10
2.1.1. Medicanorm. 2014, l'année du chant du cygne de MedicaNorm?.....	10
2.1.2. MDEON asbl.....	11
2.1.3. Médecine environnementale.....	13
2.2. Les représentations internationales, européennes et autres.....	14
2.2.1. UEMS.....	14
2.2.2. FEMS.....	17
2.2.3. AEMH.....	17
2.2.4. CPME.....	17
<b>3. LE FINANCEMENT DES HOPITAUX : OU VA-T-ON ?.....</b>	<b>18</b>
3.1. L'action du gouvernement.....	18
3.2. Quelles seraient les conséquences de l'introduction de la forfaitarisation du financement des prestations médicales ?.....	19
3.3. Les actions du GBS contre le financement forfaitaire et l'industrialisation de la médecine.....	21
3.4. Le think tank du GBS.....	22
<b>4. POLITIQUE.....</b>	<b>23</b>
4.1. Introduction.....	23
4.2. Informatisation.....	26
4.3. "Tout est politique".....	27
4.4. Réforme de l'État et politique future en matière de soins chroniques.....	28
4.5. Numerus clausus.....	30
4.5.1. Pétition pour le maintien du numerus clausus.....	30
4.5.2. Le contexte francophone.....	33
4.5.3. Le contexte flamand.....	35
4.6. Agrégations, Conseil supérieur, Commissions d'agrément et MANAMA (Master après Master)..	36
4.6.1. Agrégations en oncologie.....	36
4.6.2. Conseil supérieur et commissions d'agrément.....	37
4.6.3. MaNaMa.....	39
4.7. La médecine parallèle.....	42
4.7.1. Le rapport du KCE.....	42
4.7.2. Un changement législatif non conventionnel.....	43
4.7.3. Seul Caton l'Ancien peut nous apporter le salut.....	45
<b>5. ACCORD MÉDICO-MUTUALISTE DU 23.01.2013.....</b>	<b>45</b>
5.1. Cadre budgétaire.....	45
5.2. Le combat des suppléments avec les MC.....	48
5.3. La transparence mutualiste.....	49
5.4. L'enquête « bidon » des M.C.....	50
5.5. Les coûts administratifs des mutualités.....	50
5.6. Déconventionnement: évolution des pourcentages.....	53
5.7. L'accréditation.....	55

<b>6. PROCEDURES JURIDIQUES .....</b>	<b>57</b>
6.1. Évolutions introduites au cours de 2013 .....	57
6.1.1. Pensions.....	57
6.1.2. Le bonus de liquidation .....	58
6.1.3. L'exclusion des « oncologues à part entière » de la composition des commissions d'agrément.....	60
6.2. Jugement : Décret portant notification obligatoire des pratiques médicales à risque.....	61
<b>7. CONCLUSION.....</b>	<b>62</b>

## **1. RAPPORT D'ACTIVITES**

### **1.1. Réunions internes et publications**

Depuis l'assemblée générale du 02.02.2013, le comité exécutif s'est réuni 31 fois le lundi midi dans les locaux du GBS situés avenue de la Couronne 20 à Ixelles (1050 Bruxelles). L'ordre du jour de ces réunions ainsi que les documents s'y rapportant sont envoyés le vendredi après-midi précédant la réunion par courrier électronique aux membres du comité exécutif ainsi qu'au Dr J.-P. LEONARD qui est l'agent de liaison entre l'ABSyM et le GBS. Le nombre de membres assistant à ces réunions agrémentées de café, de sandwiches et de biscuits en guise de dessert, varie en fonction de leur agenda.

Le comité directeur quant à lui s'est réuni à 6 occasions au cours de cette même période. Pour éviter les problèmes de stationnement à Bruxelles ainsi que pour ne pas devoir solliciter trop les deniers du GBS, le comité directeur se réunit pratiquement toujours dans une salle de réunion du Best Western Hôtel, situé le long de l'autoroute E40, direction Bruxelles-Ostende, à Grand-Bigard.

En marge des réunions du comité exécutif et du comité directeur, le GBS a organisé trois réunions de "think tank" sur le financement des hôpitaux les 30 mai 2013, 4 juillet 2013 et 10 octobre 2013 (cf. point 3.4)

Au cours de l'année écoulée, le GBS a publié 7 numéros classiques et 4 numéros spéciaux de notre bulletin "Le Médecin Spécialiste" en version papier. Dans le même temps, il a envoyé 84 lettres d'information électroniques avec des informations spécifiques aux membres des unions professionnelles affiliées.

Pour limiter notre empreinte écologique (ainsi que les frais d'expédition), ces éditions électroniques seront encore plus importantes dans le futur. L'e-mail est en effet un moyen nettement plus efficace que le courrier postal traditionnel pour informer les membres des changements de nomenclature et de tarification.

### **1.2. Staff et collaborateurs externes**

Madame Fanny Vandamme a succédé avec brio depuis le 01.02.2011 à l'inoubliable Jos Van den Nieuwenhof au poste de directeur administratif du GBS. Jos a pris sa pension il y a trois ans. Le personnel a dû être complété et, au terme d'une concertation approfondie au sein du comité exécutif, celui-ci a décidé d'engager une personne ayant une formation en sciences économiques. Monsieur Olivier Lambrechts a été engagé le 04.03.2013 en qualité d'ingénieur commercial bilingue de Solvay.

Depuis septembre 2013, le GBS sollicite des avis comptables et fiscaux auprès de partenaires externes. Les matières comptables et fiscales ne font en effet pas partie du 'core business' du GBS. Les membres s'adressent malgré tout régulièrement au GBS pour des questions comptables et fiscales. Dans la mesure où le GBS ne dispose pas en interne d'expert en ces matières, des contacts ont été pris avec deux sociétés en vue d'une collaboration à ce niveau. Il s'agit de la société AccountingTeam<sup>1</sup> qui est surtout active en Flandre et de la société Etugest<sup>2</sup> établie dans la région bruxelloise qui traitera pour le GBS les questions des membres francophones.

La collaboration avec ces deux nouveaux partenaires est susceptible de prendre différentes formes. Cela peut aller de la diffusion d'informations générales sur les matières comptables et fiscales à des informations plus spécifiques pour des médecins individuels. Cette information peut être diffusée via le nouveau site du GBS ou par un lien renvoyant au site de ces deux partenaires. Les membres du GBS désireux de soumettre un dossier à titre individuel peuvent bénéficier de tarifs préférentiels auprès de ces deux sociétés. Le GBS n'a pas d'autres obligations à leur égard.

### **1.3. Symposiums du GBS**

Depuis 2004, l'année où le Groupement a fêté son 50<sup>e</sup> anniversaire, le GBS organise systématiquement un symposium avant son assemblée générale statutaire. Il en a été ainsi également en 2013. Le symposium "Quelle médecine anno 2013?" a réuni 239 participants. L'exposé de M. P. HANNES, collaborateur au cabinet du secrétaire d'Etat Servais VERHERSTRAETEN a clairement démontré à quel point l'organisation des soins de santé se complexifie avec la mise en œuvre de la 6<sup>e</sup> réforme de l'Etat. M. Xavier BRENEZ a agrémente cet exposé théorique d'un certain nombre d'exemples concrets.

Le GBS a également comme tradition d'organiser régulièrement des symposiums sur des thèmes d'actualité ou sur des thèmes spécifiques susceptibles de présenter un intérêt particulier pour les médecins à un moment donné de leur carrière.

Ces initiatives sont prises par le comité exécutif. Les orateurs potentiels sont contactés par Mme Fanny VANDAMME. Les brochures sont conçues par notre graphiste interne, M. Koen SCHRIJE. Elles sont imprimées et envoyées par notre homme à tout faire, M. Vincent MERCKEN. Mme Loubna HAMI enregistre les inscriptions et établit les attestations d'accréditation et de paiement. Les attestations d'accréditation sur papier ne sont plus nécessaires : la participation à un symposium accrédité du GBS est encodée par M. Koen SCHRIJE dans l'application web de l'INAMI. Mme Josiane BULTREYS et M. Raf DENAYER se chargent de traduire les présentations PowerPoint des orateurs. Les orateurs s'expriment en effet toujours dans leur langue maternelle mais les documents du symposium sont systématiquement fournis en néerlandais et en français aux participants.

Un symposium intitulé "Bondir des starting-blocks comme médecin spécialiste" a été organisé le 9 mars 2013 pour les étudiants de médecine de dernière année ainsi que pour les médecins

---

<sup>1</sup> AccountingTeam, Veldkant 13 à 2550 Kontich

<sup>2</sup> Etugest Accountancy SA, Place Dailly 5 - 1030 Bruxelles; Etugest, Pedestraat 91 - 1602 Leeuw-St-Pierre, ...

spécialistes en formation dans la salle Jacques Brel du Brussels 44 Center. Le nombre de participants a été quelque peu décevant du fait de la multitude de symposiums analogues organisés à la même époque par les autres organisations de médecins. Les orateurs ont été assaillis de questions par les 62 participants pendant la séance de questions.

Des problèmes spécifiques et des points importants doivent être réglés non seulement en début de carrière mais également en fin de carrière professionnelle. C'est la raison pour laquelle le GBS a organisé le 25 mai 2013 le symposium "A l'approche du terme de votre activité professionnelle" dans la même salle Jacques Brel. L'auditorium était cette fois plein à craquer (même les escaliers étaient colonisés) et certains participants ont probablement cru se retrouver dans les auditoriums qu'ils ont connus au cours de leur vie d'étudiant.

La présence à l'affiche de Roger BLANPAIN, professeur émérite réputé en droit du travail, a certainement contribué au succès de cet événement. Une des raisons de ce symposium était la réforme des pensions annoncée par le vice-premier ministre et ministre des Pensions, Alexander DE CROO. L'intervention de l'orateur André VAN VARENBERG, secrétaire général de notre partenaire "assurances" Concordia a été particulièrement appréciée par les participants. Il a attiré l'attention de manière explicite sur une situation susceptible d'avoir des conséquences financières très importantes pour les médecins et éventuellement aussi pour leurs héritiers. Il a parlé notamment de l'application des concepts d'antériorité et de postériorité utilisés dans le cadre de l'assurance responsabilité civile professionnelle. C'est un problème qui concerne tous les médecins quittant une assurance groupe responsabilité professionnelle, soit en cours de carrière à l'occasion d'un changement d'hôpital, soit en fin de carrière au moment de quitter l'hôpital où ils ont accompli toute leur carrière. La couverture des faits intervenus avant leur départ et qui leur sont imputés persiste aussi longtemps que se poursuit la relation contractuelle entre leur ancien hôpital et l'assureur. Idéalement, cette relation "hôpital-assureur" devrait se prolonger jusqu'à 20 ans après le départ du médecin pour que ce dernier soit parfaitement protégé sans devoir souscrire une garantie "postériorité légale" de son propre chef. Cette relation de longue durée semble peu vraisemblable aujourd'hui en raison de l'existence récente de la législation sur les marchés publics qui est très défavorable à ce type de partenariat.

Il est dès lors absolument nécessaire pour les médecins qui se trouvent dans cette situation de souscrire une garantie "postériorité légale" auprès de leur dernier assureur dans les trois mois (délai fixé par la loi) suivant l'événement qui a entraîné la perte de leur qualité d'assuré. Un article approfondi a été consacré à cette problématique dans un numéro spécial de notre bulletin (décembre 2013).

Un grand nombre d'unions professionnelles affiliées au GBS organisent également régulièrement des symposiums. Le congrès annuel de l'association professionnelle des anesthésistes axé sur des thématiques professionnelles propres à leur spécialité est une valeur sûre depuis des années. Le volet administratif de ce congrès est assuré par M. Raf DENAYER. L'assemblée générale de l'union professionnelle des soins intensifs est toujours couplée à une session d'information qui aborde les sujets brûlants de la discipline. L'union professionnelle des ORL n'est pas moins active sur ce plan. En 2014, les unions professionnelles des orthopédistes et des pneumologues vont suivre leur exemple. Ainsi, les orthopédistes vont présenter leur nouvelle nomenclature pour la chirurgie de la main et du

piéd entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Les unions professionnelles d'orthopédie et de neurochirurgie y expliqueront plus en détail leur projet commun sur l'actualisation de la nomenclature de la chirurgie du dos.

L'INAMI a célébré son 50<sup>e</sup> anniversaire le 30.01.2014. Le GBS fêtera son 60<sup>e</sup> anniversaire en 2014.

#### **1.4. Cinquième symposium sur la radioprotection : une bénédiction ou une malédiction?**

Le GBS a organisé pour la cinquième fois une matinée d'étude sur la radioprotection le samedi 14 décembre 2013. Cette édition a eu un succès énorme avec 600 participants. Il y a eu de nombreuses réactions élogieuses mais également pas mal de critiques à propos du déroulement laborieux du symposium. Peut-être est-il utile de récapituler la séquence des événements.

A la mi-août 2013, le GBS a été contacté par plusieurs médecins demandant à quelle date se tiendrait le prochain symposium sur la radioprotection. Cette demande était tout à fait logique dans la mesure où notre Groupement avait déjà organisé quatre symposiums sur ce thème au cours des deux dernières années.

Le brusque intérêt pour une nouvelle session sur la radioprotection s'expliquait par le fait que l'AFCN<sup>3</sup> avait envoyé un courrier à tous les médecins dont l'autorisation d'utilisation des rayonnements ionisants aurait dû être renouvelée en 2011 ou en 2012. Ces personnes avaient reçu de l'AFCN une dernière possibilité de prouver avant le 30 septembre 2013 qu'ils avaient suivi une formation permanente en radioprotection, faute de quoi l'AFCN communiquerait à l'INAMI les noms des médecins qui n'auraient pas rempli cette obligation légale. Les médecins ne seraient alors plus autorisés à attester des prestations pour lesquelles l'utilisation des rayonnements ionisants est requise.

L'AFCN, interrogée à ce sujet par Mme Fanny VANDAMME, directrice du GBS, a confirmé cette situation. Les médecins ayant reçu la lettre de l'AFCN se trouvaient ainsi confrontés à un énorme problème. Pour les radiologues, les nucléaristes et les radiothérapeutes, des sessions ciblées sont organisées très régulièrement sur le thème de la radioprotection. En revanche, pour les médecins spécialistes pour lesquels l'utilisation des rayonnements ionisants ne constitue pas leur activité principale, il n'y a que très peu de cours de formation générale sur la radioprotection. Pire encore, selon les informations dont disposait l'AFCN en août 2013, il n'y avait plus aucune session de cette nature programmée jusqu'à la fin de 2013.

Les éditions des deux dernières années ont chaque fois comptabilisé plus de 400 participants et le GBS n'avait dès lors plus l'intention d'organiser encore une matinée d'information en 2013. Toutefois, afin de proposer une solution aux nombreux médecins qui n'étaient clairement pas en ordre, la direction du GBS a décidé d'organiser quand même une 5e session sur la radioprotection à la mi-décembre 2013.

---

<sup>3</sup> AFCN: Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire



Comme lors des symposiums précédents, le programme a été constitué en collaboration avec l'AFCN, afin de s'assurer que la formation soit conforme à leurs exigences de qualité.

Le schéma du déroulement du symposium est entretemps bien connu. Cela signifie d'une part, que le modérateur, le Dr Patrick VAN DER DONCKT, directeur du Service Santé et Environnement de l'AFCN, veille à ce que le timing soit scrupuleusement respecté.

D'autre part, l'AFCN impose à l'organisateur d'exiger des participants qu'ils signent les listes de présence non seulement au début mais également à la fin de la session. La liste pour la seconde signature n'est fournie qu'à la fin de la dernière communication.

Les règles et les contenus du symposium du 14 décembre 2013 étaient semblables à ceux des quatre éditions précédentes. Le GBS comptait encore une fois sur la présence de quelques 400 médecins dans l'auditoire du Brussels 44 Center. Etonnamment, les inscriptions ne sont arrivées qu'au compte-gouttes !

A peine deux semaines avant le symposium, la situation a brusquement changé : les médecins avertis par l'AFCN et qui ne s'étaient pas manifestés avant la fin septembre 2013, ont reçu, vers la fin novembre, une lettre recommandée contenant une toute dernière sommation pour se mettre en règle. La lettre contenait un renvoi au symposium du GBS du 14.12.2013.

En plus, l'AFCN a envoyé le 7 décembre 2013 une lettre à tous les médecins qui ont une autorisation de durée indéterminée pour l'usage des radiations ionisantes. Il leur était demandé de fournir la preuve, avant fin mars 2014, qu'ils avaient participé au cours des dix dernières années à quatre heures de formation continue en radioprotection. Ici aussi, la lettre contenait un renvoi à la session organisée par le GBS.

Nombre de médecins se sont senti obligés par cette initiative de l'AFCN de participer à la session organisée par le GBS.

Dans les derniers jours qui ont précédé le symposium, 200 inscriptions supplémentaires ont été enregistrées, ce qui a propulsé le nombre de participants à plus de 600.

Introduire une limite au nombre d'inscriptions n'était pas une option envisageable, si l'on tient compte des lettres insistantes de l'AFCN. De plus, on peut se demander si cette mesure aurait changé quelque chose. Pour un grand nombre de médecins, le symposium du GBS représentait la dernière possibilité de se mettre encore en règle.

Le symposium a été considéré comme une obligation, ce qui a généré de la frustration chez un grand nombre de participants. L'exigence de l'AFCN de rester présent jusqu'à la dernière communication a été ressentie comme vexatoire.

Les organisateurs n'ont plus pu maîtriser la situation quand le modérateur a libéré la liste des présences pour la deuxième signature. Des centaines de participants ont voulu apposer leur signature sur les listes en même temps (pourtant fractionnées), provoquant ainsi un véritable débordement.

A la cohue aux feuilles de signature a succédé celle aux caisses automatiques du parking.

Le personnel présent du GBS n'était pas à la fête !

Afin d'éviter à l'avenir des méga sessions de ce genre, le GBS en appelle aux organisateurs de symposiums ayant pour thème la radioprotection d'en avertir l'AFCN (et le GBS). De cette façon, il sera plus facile pour les médecins qui doivent faire la preuve d'une formation continue en radioprotection, de trouver une opportunité adéquate de formation de recyclage. La situation ultime où un seul symposium est organisé avant le couperet de la perte du droit au remboursement doit absolument être évitée.

## **1.5. Le site internet du GBS**

L'an dernier, nous avons fait appel à la société Trynisis pour concevoir un site web qui contiendrait toujours autant d'informations que le site actuel, mais qui serait de consultation plus intuitive et plus simple.

Le site actuel contient de nombreuses informations sur l'actualité médicale, l'évolution de la nomenclature, l'accréditation, les séminaires, des offres d'emploi. Ce n'a pas été une mince affaire de structurer et de traduire cette information dans un nouvel environnement. Il a fallu configurer plusieurs dizaines de pages qui font référence à la nomenclature, à la législation, à plusieurs centaines de documents qui concernent notamment les statuts des unions, etc.

L'évolution de l'actualité médicale au début de 2013, ainsi que la complexité du projet ont retardé le démarrage du projet.

En mai 2013, le GBS a mis à jour et transmis le contenu du nouveau site à la société Trynisis.

Depuis novembre 2013, le site web tourne en mode test, et l'équipe du GBS, qui a suivi deux séances de formation, se tient prête à mettre à jour les différentes parties du site, dans lequel chaque union professionnelle disposera d'un espace réservé pour communiquer avec ses membres.

Notre ambition était de mettre le site en ligne et de le présenter à l'occasion de l'assemblée générale, mais le site pilote présentait encore quelques défauts que Trynisis vient d'achever de corriger.

La mise en ligne du site est prévue dans les semaines à venir.

Jusqu'au lancement du nouveau site, la société Geolens continuera d'assurer la gestion du site du GBS.

## **2. REPRÉSENTATIONS DU GBS**

### **2.1. Représentations en Belgique**

#### **2.1.1. 2014, l'année du chant du cygne de MedicaNorm?**

Le projet MedicaNorm a démarré en 2010 et avait pour but d'offrir une formation de qualité aux représentants de firmes pharmaceutiques auprès des médecins. Les initiateurs du projet souhaitaient familiariser les représentants à une série de thèmes tels que le management des hôpitaux, la pharmaco-économie, la pharmacovigilance, les structures au sein de la sécurité sociale, l'Evidence Based Medicine, etc.

C'est la firme Quintiles qui organise les sessions. Les coûts de formation s'élèvent à +/- 3.000 € par personne. La plupart des firmes pharmaceutiques sont déjà obligées par leur société mère internationale d'initier leurs collaborateurs aux thèmes tels que la pharmaco-économie et la pharmacovigilance. Au début de l'année 2012, le principal sponsor pharma.be s'est retiré. Pharma.be souhaitait en effet démarrer en son sein un projet comparable mais plus efficient en termes de coûts. Mais en partie suite à la prise de pension du Prof. Dr. Leo NEELS comme directeur général de la fédération du secteur pharmaceutique pharma.be en septembre 2013, ce projet a été mis au frigo. A l'occasion d'une rencontre entre une délégation de pharma.be et le comité exécutif du GBS le 2 décembre 2013, le Dr. Jean CREPLET, directeur médical de pharma.be, a promis de relancer ce projet auprès de sa direction.

Des sept sessions de formation planifiées par MedicaNorm, seules trois ont été organisées en 2013. Les autres sessions ont été annulées faute d'inscriptions. La cause ne doit pas être cherchée bien loin : comme les médecins, l'industrie pharmaceutique belge est frappée, année après année, de coupes budgétaires de plus en plus drastiques. Cela se traduit par des contractions budgétaires dans la formation du personnel. En plus, la dernière année a vu un certain nombre de firmes pharmaceutiques se séparer d'une partie de leurs délégués auprès des médecins. MedicaNorm n'a ainsi pas pu concrétiser ses nobles objectifs en 2013.

Pour 2014, sept sessions de formation sont programmées. On peut raisonnablement se poser la question combien de sessions auront effectivement lieu. Ce qu'on sait déjà, c'est que la réunion de février est supprimée par manque d'inscriptions.

### **2.1.2. MDEON asbl**

L'asbl Mdeon a été fondée en 2006. Si l'organisation était un partenaire quasi inconnu à ses débuts, il n'en est plus de même depuis plusieurs années. Chaque organisateur de congrès d'une durée supérieure à un jour et tout médecin qui a participé à un congrès international pour lequel il était sponsorisé d'une manière ou d'une autre par une firme pharmaceutique, par exemple sous la forme d'une participation financière aux coûts d'organisation ou déplacement, ont depuis des années eu le « plaisir » de faire connaissance avec Mdeon.

L'article 10 de la loi du 25 mars 1964<sup>4</sup> sur les médicaments contient une interdiction générale dans le cadre de la prescription, la délivrance ou l'administration de médicaments ou autres dispositifs médicaux, de promettre, d'offrir ou accorder, directement ou indirectement, des primes ou avantages en argent ou en nature aux professionnels du secteur de la santé. Une dérogation à cette interdiction générale peut être accordée à la condition que la réunion satisfasse à un ensemble de conditions<sup>5</sup>. La preuve en est validée par un visa.

---

<sup>4</sup> MB 17.04.1964

<sup>5</sup> Art. 10 §2 a) la manifestation a un caractère exclusivement scientifique, qui s'inscrit dans le cadre des sciences médicales et pharmaceutiques;

b) l'hospitalité accordée se limite strictement à l'objectif scientifique de la manifestation;

c) le lieu, la date et la durée de la manifestation ne suscitent aucune confusion quant à son caractère scientifique;

Nonobstant le fait que le GBS, conjointement avec les autres associations de médecins et avec les pharmaciens, vétérinaires, dentistes, infirmiers, kinésistes, techniciens d'hôpitaux, paramédicaux, l'industrie pharmaceutique et l'industrie des dispositifs médicaux a collaboré à la mise en place de cette plateforme déontologique commune et a, depuis lors, aussi participé activement aux travaux de Mdeon, le même GBS constate à l'expérience qu'il s'agit d'un interlocuteur très buté et peu collaborant. Le médecin spécialiste moyen considère Mdeon comme un appareil policier privé qui lui rend le sponsoring pour des congrès étrangers particulièrement difficile à obtenir. L'actuel président de Mdeon, Richard VAN DEN BROECK, directeur de l'Unamec<sup>6</sup> prétend que d'une part, l'asbl a très mal géré ses activités dans la phase de démarrage et que d'autre part, les organisations de médecins l'ont trop peu informée de leur pratique journalière<sup>7</sup>. Mais il promet une amélioration en la matière. Nous ne pouvons qu'espérer que la directrice de Mdeon, Madame Stéphanie BRILLON, pourra enfin comprendre que les médecins ne sont pas des surhommes, qu'ils peuvent eux aussi à l'occasion de déplacements en avion souffrir de jetlag, que pour eux aussi, la course pour prendre le premier vol du matin tôt pour assister au premier exposé d'une réunion et celle du retour par le dernier vol du jour peuvent être stressants et malsains, et que l'inclusion d'un samedi ou d'un dimanche dans la réservation des billets d'avion peut de temps en temps offrir des réductions de prix substantielles.

Sachant que l'alternative à Mdeon serait celle d'une autorité qui contrôle tout, le GBS préfère actuellement ce système d'autorégulation qui devrait permettre aux associations de médecins d'œuvrer pour que les choses évoluent dans la bonne direction. Mais la frustration reste vraiment grande.

Le 5 février 2013, les Drs. J.-L. DEMEERE et B. MAILLET ont participé à l'assemblée générale de Mdeon, au cours de laquelle l'orateur invité suédois, Richard BERGSTROM, directeur général de l'EFPIA<sup>8</sup>, a décrit de ce que vit son association sur le plan de la promotion des médicaments et en particulier sur la question de la transparence. Cela a semblé être le signe avant-coureur de ce qui, un peu plus tard dans l'année, s'est passé au comité de l'assurance de l'INAMI, à la commission nationale médecins-mutuelles et au Parlement fédéral.

Mdeon souffre des suites de la crise économique et observe une chute du nombre des demandes de visas. Hasard ou non, Mdeon essaie d'élargir son domaine d'activités. Au cours de son assemblée générale du 15.10.2013, à laquelle a participé le Dr. Michel LIEVENS, membre du comité exécutif du GBS, un forum de discussion s'est tenu sur le nouveau terme à la mode qu'est la "transparence". Mdeon définit la transparence comme la publication nominative sur internet, à l'attention du grand public, des interactions et interventions financières entre l'industrie et les praticiens de la santé. L'organisation espère la prendre en charge et donc pouvoir jouer le rôle d'autorité autorégulatrice.

Le concept de transparence a aussi été le sujet de conversation lors de la rencontre du 2 décembre 2013 entre une délégation de Pharma.be<sup>9</sup>, sous la direction du Dr. J. CREPLET, et

---

d) le financement du participant, hospitalité comprise, se limite à la durée officielle de la manifestation;

e) le financement du participant, hospitalité comprise, ne peut être étendu à d'autres personnes physiques et morales que celles considérées en § 1;

<sup>6</sup> Unamec est la fédération de l'industrie des technologies médicales

<sup>7</sup> Mdeon : "Nous ne sommes pas des gendarmes". MediQuality, 27.01.2014

<sup>8</sup> EFPIA: European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations

<sup>9</sup> Dr. J. Creplet, Mme M. Goossens, Legal Council, Mme M. Van Houtte, Communication Officer, Mme Fr. Clément, études

le comité exécutif du GBS. Celui-ci a expliqué au comité que si le “disclosure code” entre en vigueur, code qui a été approuvé par l’assemblée générale de l’EFPIA le 24 juin 2013 mais n’a pas encore été soumis à son comité juridique, Pharma.be, membre de l’EFPIA, sera obligé de l’exécuter. Concrètement, ce code prévoit que le secteur s’engage à offrir une totale transparence sur les mouvements d’argent entre l’industrie pharmaceutique et la communauté médicale.

Selon ce code, les données suivantes doivent être mentionnées sur un site web public:

- sous forme agrégée : les coûts de recherche et développement;
- au niveau des organisations de soins : dépenses de sponsoring, soutiens de participations à des séminaires et congrès (inscriptions, déplacements et séjours), contrats de consultance ;
- au niveau individuel : dépenses de sponsoring, soutiens de participations à des séminaires et congrès (inscriptions, déplacements et séjours), contrats de consultance.

Depuis le 1er janvier 2005<sup>10</sup>, nos politiciens doivent annuellement déposer à la Cour des Comptes une liste de leurs mandats et de leurs biens. Les données financières restent cependant confidentielles et ne sont pas étalées sur la voie publique. Les médecins devront-ils bientôt se mettre complètement nu? Si le comité juridique de l’EFPIA n’apporte aucun amendement au code, alors tout mouvement financier du secteur pharmaceutique vers un dispensateur de soins sera publié sur un site web, avec nom, prénom et le montant. Chaque citoyen du monde pourra y avoir accès d’un clic de souris. Comment une telle forme de transparence peut-elle être en conformité avec la loi sur la protection de la vie privée?

En 2012, le GBS a très vivement réagi à la diffusion de la campagne sous forme de cartes postales “ludiques” menée par Mdeon et que la grande majorité des médecins a trouvée insultante. En 2013, le GBS a été très vigilant au conseil de direction et a exigé des adaptations drastiques aux premières propositions de Mdeon pour sa nouvelle campagne de presse. Le GBS déplore que la campagne de 2014 sous-entende une fois de plus la méfiance envers l’intégrité des prestataires de soins et plus particulièrement des médecins. Le fait est que les photos d’accompagnement ou dessins ne représentent jusqu’à présent que principalement des médecins.

### **2.1.3. Médecine environnementale**

La Cellule nationale en environnement-Santé (NEHAP) a organisé le 28 janvier 2014 un colloque d’information sur la formation des professionnels de la santé en santé et médecine environnementale. Ce projet est piloté par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement suite à la décision de la Conférence interministérielle mixte en Environnement-Santé. Le Dr. Michel LIEVENS, membre du comité exécutif du GBS, y a participé. Le colloque a permis à différents orateurs de décrire la situation actuelle en Belgique et à l’étranger sur l’offre de formation en médecine environnementale faite aux différents prestataires de santé. L’impact de l’environnement sur un grand nombre de pathologies incite les autorités à favoriser la formation des médecins et autres soignants à cette dimension que nul ne conteste plus aujourd’hui. Les contacts positifs pris avec les doyens des facultés de médecine et avec les écoles de santé publique des universités augurent

---

économiques.

<sup>10</sup> Loi spéciale du 2 mai 1995 concernant l’obligation de déposer une liste de ses mandats, bureaux et professions ainsi qu’une déclaration de patrimoine (MB 26.07.1995). Loi spéciale du 26 juin 2004 d’exécution et complément de la loi spéciale du 2 mai 1995 concernant l’obligation de déposer une liste de ses mandats, bureaux et professions ainsi qu’une déclaration de patrimoine et 26.06.2004 (MB 30.06.2004)

d'une mise en place rapide par ces dernières d'une offre concrète de formation en santé environnementale. Le colloque a conclu que cette formation pourrait s'établir comme suit :

- Cinq heures de cours en santé environnementale pour les étudiants en médecine, au cours de leur cursus de base ;
- Une formation complémentaire pour les généralistes avec invitation à compléter l'anamnèse des patients par un volet environnemental (évaluation de facteurs de risques liés au milieu de vie et à l'environnement professionnel) ;
- Des séminaires de formation pour les assistants candidats spécialistes en pneumologie, gynécologie, cardiologie, neurologie, pédiatrie, spécialités rencontrant plus particulièrement des pathologies liées à l'environnement ;
- Un certificat en médecine environnementale, composé de modules à contenu ciblé selon le type de prestataires de soins (médecins, infirmiers, enseignants, travailleurs sociaux...), qui pourrait être délivré par les Ecoles de Santé publique, qui pourraient mettre en commun leurs ressources en la matière.

## **2.2. Les représentations internationales, européennes et autres**

Depuis 9 ans<sup>11</sup> qu'il exerce son mandat de secrétaire général de l'UEMS, le nom du Dr. Bernard MAILLET est indubitablement lié à la représentation dans tous types d'organisations internationales au nom du GBS et depuis 2012 aussi au nom de l'ABSYM. Pendant son mandat de secrétaire général de l'UEMS, il a accumulé chaque année plus de miles aériens qu'un pigeon voyageur professionnel. Si depuis la fin de son mandat de secrétaire général de l'UEMS, on ne le trouve plus chaque weekend dans l'une ou l'autre capitale européenne, il continue avec la précision d'une horloge suisse à participer à des réunions d'organisation en médecine dans tous les coins du continent.

### **2.2.1. UEMS**

Depuis 1983, le GBS est représenté au sein du Management Council de l'UEMS par le Prof. Jacques GRUWEZ. Depuis 2000, il est chef de délégation. En 2003, le Dr. Luc VAN CALSTER a succédé au Dr. Bernard MAILLET qui a été élu comme secrétaire général de l'UEMS en 2002.

Le Management Council de l'UEMS se réunit deux fois par an. La réunion de printemps a lieu traditionnellement à Bruxelles. L'organisation de la réunion d'automne est confiée à une des organisations membres de l'UEMS. En septembre 2013, la réunion d'automne s'est déroulée à Paris. A l'occasion de cette réunion, le Prof. GRUWEZ a remis son mandat à disposition. Il avait déjà précédemment remis à disposition son mandat de représentant dans la Section Chirurgie de l'UEMS, mandat qu'il exerçait depuis 1985. Pour célébrer avec faste la fin de son mandat, l'association professionnelle de chirurgie a organisé le 20.09.2013 à Bruxelles, à l'occasion de la réunion de la section chirurgie, un congrès européen intitulé "The future of Surgery in Europe". Le symposium a été suivi, mis à part une poignée de Belges, par une septantaine de participants venus de tous les coins d'Europe, soucieux de rendre hommage au Prof. J. GRUWEZ pour son engagement indéfectible à la chirurgie sous tous ses aspects.

---

<sup>11</sup> Octobre 2002 à octobre 2011

L'UEMS impose à ses organisations membres une réunion annuelle visant à porter à la connaissance des représentants des sections de l'UEMS les activités du Management Council. Cette réunion a eu lieu le 5 décembre 2013 et a été présidée pour la dernière fois par le Prof. Jacques GRUWEZ et par le Dr. Luc VAN CALSTER, ce dernier remettant son mandat à disposition quelques semaines plus tard, pour raisons de santé.

De telles réunions offrent une excellente occasion d'échanges d'expériences sur les thèmes auxquels toutes les sections sont confrontées. Ainsi, dans quelle mesure l'actualisation du Chapitre VI a-t-elle efficacement progressé<sup>12</sup>? La section organise-t-elle un examen européen? Comment sont formulées les questions d'examen? Utilise-t-on des questions à choix multiples et soumet-on un "case study"? L'examen européen connaît-il déjà le succès ou en est-il toujours à ses premiers balbutiements? Quels sont les pays qui collaborent activement entre eux à l'intérieur d'une section?

Compte tenu de l'importance de ces questions, il est regrettable que cette réunion n'ait pas plus de succès. Les représentants des sections de chirurgie plastique, médecine physique, orthopédie, psychiatrie et de la division de chirurgie thoracique participent fidèlement à ces réunions. Jusqu'il y a quelques années, l'ophtalmologie pouvait être jointe à cette liste. Le Dr. Nicolas BUSCHER, au nom de la section de gastro-entérologie, en rédige toujours fidèlement un rapport écrit.

Suite à la démission inattendue du Dr. Luc VAN CALSTER, le comité directeur du GBS a élu le 16 janvier 2014 les Dr. J.P. JORIS, radiologue et, depuis 1990, actif dans la section de radiologie et B. MAILLET, anatomopathologiste, représentants du GBS au Management Council de l'UEMS. Le comité directeur a aussi décidé que dorénavant les mandats seraient limités à quatre ans renouvelables. Le Dr. B. MAILLET a proposé que son mandat soit réduit exceptionnellement à deux ans mais a demandé de pouvoir représenter sa candidature au terme de celui-ci. Ce système d'alternance ainsi instauré tous les deux ans assure une bonne continuité dans la représentation du GBS à l'UEMS.

Les travaux de rénovation de Domus Medica Europea de l'UEMS dans la rue de l'Industrie à Bruxelles progressent bien. Dans le courant de l'année 2014, l'UEMS s'installera certainement dans ses nouveaux locaux. Les bureaux de l'UEMS, situés depuis le 20 juillet 1958 au sein du GBS, vont alors se libérer. La nouvelle affectation de ces locaux n'a pas encore été décidée.

L'UEMS développe au sein de l'EACCME<sup>13</sup> une importante partie de son activité qui concerne l'accréditation européenne. En 2012, le Prof. GRUWEZ a fermement dénoncé la bureaucratie excessive des formalités d'accréditation des symposiums européens et conséquemment la croissance des coûts de l'accréditation. Il a prédit que les organisateurs d'événements scientifiques finiraient par se lasser d'introduire une demande d'accréditation européenne. Avec l'aide de Mr Raf DENAYER, membre du staff du GBS, il a complété scrupuleusement et envoyé le formulaire de demande d'accréditation pour le congrès européen qu'organisait l'association professionnelle de chirurgie le 20.09.2013<sup>14</sup>. Il a reçu de l'UEMS un accusé de réception de sa demande accompagné d'un formulaire de demandes complémentaires. Pour le Prof GRUWEZ la coupe était pleine. Il a tout simplement laissé

---

<sup>12</sup> Charte sur la formation des médecins spécialistes en Europe

<sup>13</sup> European Accreditation Council for Continuing Medical Education

<sup>14</sup> "The future of surgery in Europe". Sheraton, Bruxelles, 20.09.2013

tomber sa demande d'accréditation européenne. Et ce fait n'est pas un cas isolé. En 2013, l'EACCME a enregistré une chute de 20 % du nombre de demandes d'accréditation, après un accroissement constant du nombre des demandes au cours des années antérieures. La prédiction du Prof. J. GRUWEZ s'est bel et bien réalisée.

En 2013, le parlement européen s'est penché sur la révision de la directive 2005/36/EG qui concerne la reconnaissance des qualifications professionnelles. Certains groupes de pression ont exercé un lobby visant à rendre obligatoire la formation continue. La recertification est entretemps devenue obligatoire aux Etats-Unis. C'est une procédure coûteuse nécessitant une bureaucratie pléthorique qui par-dessus le marché ne peut démontrer qu'elle mène à une meilleure pratique de la médecine. Dans ce dossier, les opposants ne pouvaient pas compter sur beaucoup d'appui de la part de l'UEMS. En effet, une recertification obligatoire peut signifier pour l'UEMS une source de revenus supplémentaires. Dans sa Newsletter de mars 2013, ses dirigeants ont même tenu un plaidoyer en faveur du soutien du point de vue d'IMCO<sup>15</sup> qui promeut la formation continue obligatoire.

Le GBS s'oppose à une recertification obligatoire et a envoyé le 02.04.2013 une lettre aux membres belges du parlement européen pour leur faire part de sa position sur la recertification et pour leur demander de la défendre. Le GBS est partisan d'une accréditation volontaire et rejette les mécanismes qui débouchent sur une recertification obligatoire ainsi que l'idée de restreindre les remboursements des actes médicaux aux seuls médecins accrédités.

Les collaborateurs d'un certain nombre de parlementaires européens ont réagi par un accusé de réception standard. Le 25.04.2013, le Prof. GRUWEZ et la directrice du GBS Mme Fanny VANDAMME ont néanmoins été reçus par le parlementaire européen PS Mr Marc TARABELLA et ont pu lui expliquer plus en détail le point de vue du GBS. A l'occasion de la réunion de printemps du Management Council à Bruxelles et conjointement sous la pression des pays scandinaves, l'UEMS a formulé un point de vue plus neutre sur la question, repris ci-dessous:

*“Pour assurer la sécurité du patient et la pertinence de la pratique, il est essentiel qu'un dialogue s'établisse sur le développement professionnel permanent ( CPD = Continuing Professional Development) à l'intérieur de l'UE, l'accent étant mis sur l'optimisation des systèmes de CPD dans les pays membres.*

*Dans cette optique, l'UE doit construire un réseau qui soutienne l'harmonisation et la collaboration entre les états membres pour :*

- échanger des informations sur le CPD et sur la meilleure pratique en CPD*
- promouvoir le CPD pour assurer la sécurité du patient et la pratique saine et appropriée des professionnels de la santé”*

Le 9 octobre 2013, la directive a été approuvée par le parlement européen. La formation continue reste organisée sur base volontaire.

La nouvelle directive offre aussi la possibilité aux différents états membres d'organiser un examen de langues qui atteste qu'un prestataire de soins allant pratiquer dans un autre pays est capable de communiquer avec les patients dans la langue du pays.

---

<sup>15</sup> International Market and Consumer Protection



### **2.2.2. FEMS<sup>16</sup>**

Le Dr E. MAES, qui a exercé comme médecin salarié, représente le GBS auprès de la FEMS. Comme la plupart des EMO<sup>17</sup>, la FEMS organise deux assemblées générales par an.<sup>18</sup>

Durant la première assemblée de printemps, la FEMS a examiné à la loupe les conditions de travail des médecins hospitaliers. Une étude comparative doit mieux faire apparaître les différences. Une meilleure harmonisation des conditions de travail, également au niveau de la rémunération doit permettre de mieux contrôler la migration médicale. La directive européenne sur le temps de travail est transposée de manière très différente dans les états membres.

Au cours de la seconde assemblée, en automne, le Dr MAES empêché a été exceptionnellement remplacé par le Dr MAILLET. Ce dernier grâce à sa grande expérience européenne est également familiarisé avec les activités de la FEMS. Cette réunion a principalement traité des mauvaises conditions de travail des médecins hospitaliers dans certains pays.

### **2.2.3. AEMH<sup>19</sup>**

A l'occasion des 50 ans d'existence de l'AEMH, le Dr B. MAILLET a participé à Paris au symposium « Role, Practice and Future of the Senior Hospital Physicians ». La conférence s'est penchée sur la responsabilité et le financement des hôpitaux ainsi que sur les différences entre les systèmes de soins de santé en Europe.

### **2.2.4. CPME<sup>20</sup>**

La CPME se considère déjà depuis des années comme l'organisation coupole de toutes les organisations européennes de médecins (EMO) et estime qu'elle représente l'ensemble des médecins auprès des institutions européennes.

De nombreuses associations européennes de médecins, parmi lesquelles l'UEMS ne sont pas d'accord avec cette prétention de la CPME, et ont exigé leur droit à une représentation indépendante. Il est clair que la CPME devra adapter son comportement vis-à-vis des autres associations européennes de médecins, pour rendre possible une meilleure collaboration. La CPME s'est réunie à deux reprises cette année, d'abord à Dublin, ensuite à Bucarest. Le Dr B. MAILLET a pris une part active à ces deux réunions au nom du GBS et de l'ABSyM.

Au sein de la CPME, le Dr MAILLET est vice-président du e-Health Working Group. Ce groupe de travail s'occupe principalement de la protection des données, de l'identification électronique, et de la manière par laquelle la sécurisation des données peut s'accorder avec leur accessibilité dans la pratique. L'emploi d'une carte professionnelle devrait favoriser l'identification univoque des prestataires de soins et par là permettre leur libre circulation au sein de l'Union Européenne. Via l'Internal Market Information System (IMI), il devrait être

---

<sup>16</sup> Fédération Européenne des médecins salariés, rue Guimard, 15, 1040 Bruxelles

<sup>17</sup> European Medical Organizations

<sup>18</sup> Budapest 10-11.05.2013 ; Porto 4-5.10.2013

<sup>19</sup> Association Européenne des Médecins des Hôpitaux

<sup>20</sup> Comité Permanent des Médecins Européens

possible de savoir si un prestataire de soins a été suspendu dans son pays d'origine et pour quelle raison.

Il ne fait aucun doute qu'un motif de suspension dans un pays ne déboucherait pas nécessairement sur une suspension dans un autre état membre. Il suffit de penser à l'euthanasie ou à l'avortement.

### **3. LE FINANCEMENT DES HOPITAUX : OU VA-T-ON ?**

#### **3.1. L'action du gouvernement**

Fin mars 2013, quelques jours après l'entrée en vigueur officielle de l'accord médico-mutualiste du 23.01.2013<sup>21</sup>, le gouvernement de Rupo a décidé de lancer la réforme du financement des prestations médicales en hôpital.

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Laurette Onkelinx a annoncé au Conseil des Ministres, qu'elle allait soumettre une feuille de route en vue du passage à un système de financement hospitalier forfaitaire prospectif, basé sur les pathologies.

La position du gouvernement fut soutenue par la publication le 02.05.2013 d'une étude économique de l'OCDE sur la Belgique dans laquelle l'organisation internationale se fait le relais des détracteurs du système de financement actuel des soins de santé belges. L'OCDE soutient les thèses d'économistes de la santé, qui considèrent que la nomenclature est obsolète puisque les tarifs qu'elle permet d'imputer ne correspondent plus à la réalité des prestations<sup>22</sup>. Dans son chapitre consacré à la santé, l'étude économique de l'OCDE remet en question le modèle de concertation belge qui vient de fêter ses cinquante ans le 30 janvier dernier. Ce modèle est fortement critiqué par les experts de l'OCDE parce qu'il mettrait davantage l'accent sur l'évolution générale des tarifs, plutôt que sur l'évolution des honoraires par services ou par spécialité, ce qui entraîne des inadéquations de coûts et d'offre au sein des différentes spécialités.

Le 24.10.2013, la Ministre Laurette Onkelinx a présenté en résumé à l'aide de quelques slides son étude SWOT mettant l'accent sur les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces du système existant et sa feuille de route. La ministre part du constat que le système de financement actuel manque de transparence, est trop complexe et est source de tensions entre les acteurs sur le terrain.

Cette feuille de route, qui tente de vendre un financement forfaitaire par pathologie des prestations médicales en hôpital, prévoit quatre étapes.

La première étape consacrée aux travaux préliminaires prévoit d'une part une série d'analyses et d'études pour en définir son cadre, qui a eu lieu pendant que se tenaient les sessions du Think tank du GBS. Le 12 juin dernier, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a mandaté le centre fédéral d'expertise (KCE) pour réaliser une étude exploratoire des différentes réformes de financement des soins hospitaliers introduites dans les pays voisins. Cette première étape prévoit d'autre part que l'INAMI et le SPF santé publique

---

<sup>21</sup> L'accord médico-mutualiste du 23.01.2013 a été publié au Moniteur belge le 11.02.2013, ed. 2, et est officiellement entré en vigueur 45 jours plus tard, c'est à dire le 28.03.2013. L'annonce d'économies nouvelles par le gouvernement et du système all-in a été lancée le 30.03.2013, le samedi de Pâques.

<sup>22</sup> L'OCDE recommande « à terme le passage à un système de financement par pathologie pour les hôpitaux, en faisant une plus large place au paiement à la capitation dans le système de rémunération des médecins ».

étudient la mise en œuvre de certaines mesures transitoires (avant le passage à un financement forfaitaire) directement applicables en vertu de l'application de l'article 56 quater inséré par une loi du 27 avril 2005 dans la loi coordonnée du 14 Juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, qui stipule que « certaines mesures pour attribuer directement un forfait par admission dans l'hôpital peuvent être mises en œuvre après avis de la structure multipartite, ou même en l'absence d'avis de la structure ».

La seconde étape entamée depuis la remise du rapport du KCE, consiste en une consultation des stakeholders (sous forme d'entretiens approfondis) et de focus groups. Son objectif est d'élaborer un modèle conceptuel qui sera présenté à l'automne 2014. Le GBS a écrit au KCE pour lui demander d'être consulté comme interlocuteur autorisé. Pour l'instant, le GBS n'a pas encore reçu de réponse du centre d'expertise, malgré l'insistance du comité exécutif, et même si le soussigné a été contacté pour participer aux consultations, mais pas en tant que secrétaire général du GBS.

Les deux dernières étapes, à savoir l'élaboration et la validation de la réforme ainsi que sa finalisation et son implémentation progressive, seront appliquées pour la fin de l'année 2015. La ministre prévoit l'implémentation progressive d'un financement forfaitaire, d'abord à petite échelle, et puis dans son intégralité.

Au vu du calendrier retenu pour cette feuille de route, on peut raisonnablement se demander si la ministre ne l'a pas délibérément étalée reportant la forfaitarisation du financement des prestations médicales en hôpital pour des raisons purement électoralistes.

### **3.2. Quelles seraient les conséquences de l'introduction de la forfaitarisation du financement des prestations médicales ?**

Le 11 octobre 2013, le centre fédéral d'expertise (KCE) a présenté l'étude 207B du KCE intitulée "*Étude comparative du financement des soins hospitaliers dans cinq pays*".

Soulignons que cette étude n'a pas été rendue publique selon la procédure normale. Suite à une fuite conduisant à sa publication dans la revue *Kluwer Gestion et Santé* n°17 du 01.10.2013, la confidentialité souhaitée de l'étude du KCE a été levée avant que la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Laurette Onkelinx n'ait pu s'étendre sur sa feuille de route dans la presse. Le rapport 207B du KCE indique que cette forme de financement ne porte pas préjudice à la qualité. Mais le rapport n'est en aucun cas en mesure de prouver que la qualité ou l'accessibilité des soins en sortira renforcée. Des mesures complémentaires sont nécessaires pour atteindre ces objectifs.<sup>23</sup>

Un financement forfaitaire peut offrir davantage de transparence et une répartition plus équitable des ressources entre les hôpitaux.

---

<sup>23</sup> L'étude 207B du KCE est très nuancée sur les effets positifs du financement forfaitaire dans les pays qu'elle a étudiés : « Un financement de ce type offre plus de transparence et une répartition plus équitable des ressources entre les hôpitaux. L'impact sur la qualité des soins et sur l'efficacité n'est pas clair. Des mesures complémentaires sont nécessaires pour atteindre ces objectifs. » Cette position devrait encore être davantage nuancée : dans notre pays, les soins de santé représentent 10,72% du PIB. Les pays étudiés dans le rapport 207B du KCE, ont en réalité des systèmes de soins de santé plus coûteux que le système belge : En France et en Allemagne, le coût des soins de santé représente 11,6 % du PIB, aux Pays-Bas 12,0 % et aux Etats-Unis un peu plus de 17 % ! Les Pays-Bas dépensent 3.890 €/an/habitant, alors qu'en Belgique les soins de santé coûtent 3.052 €/an/habitant.

Mais le financement forfaitaire prospectif, s'il permet plus facilement des coupes budgétaires, présente des effets pervers sur lesquelles les différentes études n'ont sans aucun doute pas suffisamment mis l'accent. Ainsi le financement forfaitaire pourrait notamment menacer l'accessibilité des soins et conduire à la sélection des patients.

Le GBS estime qu'en mettant en place un financement forfaitaire, la ministre ONKELINX ou son successeur risque de mettre en péril les mécanismes de financement actuels qui résultent de la rencontre équilibrée d'objectifs sociaux.

Le GBS s'oppose au financement forfaitaire et à toute forme de rationnement bureaucratique et coûteux de la médecine. Le GBS entend préserver l'accessibilité et la qualité des soins. Il prône le maintien d'un financement à l'acte, ou mixte comme c'est déjà le cas pour l'imagerie médicale et la biologie clinique. Le GBS prône également des adaptations ponctuelles de la nomenclature pour éviter l'explosion des coûts ainsi que la correction de pratiques avérées de consommation excessive.

Le G.B.S n'est pas la seule organisation à craindre les effets pervers de l'introduction d'un financement all-in par pathologie.

Si globalement les directeurs d'hôpitaux semblent soutenir l'introduction d'un financement forfaitaire, ceux qui ont assisté le 13.09.2013 à un séminaire organisé par l'association belge des directeurs d'hôpitaux et répondu à un sondage réalisé à cette occasion, ne sont majoritairement pas favorables à un financement forfaitaire des prestations médicales en hôpital.<sup>24</sup> Ils estiment aussi que le passage à un financement forfaitaire entraînera une diminution de la qualité et de l'accessibilité des soins.

Seraient-ils aptes à gérer un financement autrement que généré en grande partie par les retenues sur honoraires ? Le Dr J.-L. DEMEERE n'en est pas convaincu.

Ce manque d'enthousiasme d'une bonne partie des directeurs d'hôpitaux est compréhensible : en moyenne, 40,7 %<sup>25</sup> du chiffre d'affaires des hôpitaux provient des retenues sur les honoraires des médecins. Revoir une partie aussi importante des flux financiers en utilisant le patient comme marqueur de coût plutôt que les prestations médicales, risque de mettre en péril le financement de certains hôpitaux et de mettre à mal le principe de cogestion dans l'hôpital.

D'autres acteurs des soins de santé ont également réagi. C'est le cas de "Zorgnet Vlaanderen", à l'occasion de son symposium des 30 et 31 mai 2013, intitulé « Together we care », auquel le soussigné a participé pour offrir une opinion dissidente à un panel de participants acquis à la cause de la forfaitarisation.

---

<sup>24</sup> Durant le sondage, les trois questions suivantes ont été posées :

1. En tant que directeur d'hôpital, êtes-vous en faveur du financement « all-in » ? 58% contre et seulement 42% pour.
2. Pensez-vous que le passage à un financement forfaitaire entraînera une perte de qualité ? 80% estiment que oui, 20% seulement croient que la mise en place du financement forfaitaire n'aura pas d'impact sur la qualité !
3. Le passage à un financement forfaitaire réduira-t-il l'accessibilité des soins dans l'hôpital ? 80% estiment que oui.

<sup>25</sup> Ce pourcentage de retenue moyen sur les honoraires médicaux a été calculé dans la dernière enquête MAHA (analyse sectorielle des hôpitaux généraux en Belgique 2009-2012) publiée par Belfius le 03.10.2013. C'est dire que les honoraires des médecins constituent la première source de revenus de l'hôpital.

L'ASGB, qui n'a pas encore réagi publiquement à la feuille de route de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Laurette ONKELINX, a organisé un symposium sur le financement all-in le 21 novembre 2013 avec comme orateurs Mme Carine VANDEVOORDE, auteur principal du rapport de l'étude 207B du KCE, le Prof. Johan KIPS, ancien directeur général des hôpitaux universitaires de la KU Leuven et actuellement médecin chef-directeur de l'hôpital Saint-Jean à Bruges, Dr Robert Rutsaert, l'ancien président de l'ASGB, et Lieven ANNEMANS, professeur en économie de la santé à la VUB et à l'Université de Gand. Les membres de notre comité directeur qui étaient présents nous ont communiqué que le ton était assez critique envers le projet gouvernemental.

L'ABSyM met surtout l'accent sur le sous-financement des hôpitaux et donc la nécessité de l'adapter aux besoins réels. La même association craint fort que le débat ne débouche inéluctablement sur la forfaitarisation. Si des économies peuvent être réalisées grâce au système all-in, celles-ci entraîneront nécessairement le rationnement et la détérioration de la qualité des soins, selon l'ABSyM.

Le GBS estime qu'il est impératif de préserver tous les avantages de notre système qui font de notre pays un de ceux où les soins sont les meilleurs au monde<sup>26</sup>.

Pour défendre les intérêts de ses membres, le GBS a non seulement étudié les modes de financement hospitaliers dans les pays voisins, mais il a également organisé des sessions d'information et réuni un « think tank » pour élaborer sa position. Le GBS entend préserver la possibilité de cogestion de l'hôpital et s'oppose à l'industrialisation de la médecine.

### **3.3. Les actions du GBS contre le financement forfaitaire et l'industrialisation de la médecine**

Le 06.05.2013, le GBS a organisé une session d'information sur le financement all in en collaboration avec le VAS Antwerpen, à laquelle ont participé le soussigné et les Drs Jean-Luc DEMEERE pour le GBS, et le Dr L. DECLERCQ pour le VAS ANTWERPEN

Le 27.05.2013, le GBS a reçu les Prof. M. PIRSON et P. LECLERCQ dans le cadre d'une réunion du comité exécutif. Le Dr. Marc CZARKA a remplacé le Prof. Magali PIRSON le 20.09.2013 dans le cadre du symposium « The future of surgery in Europe » organisé par l'Union Professionnelle des chirurgiens. Les Professeurs de l'Ecole de Santé Publique de l'ULB ont effectué une analyse des coûts par pathologie. Celle-ci met en évidence les dangers d'imposer un financement forfaitaire, parce qu'il ne tient aucunement compte ni des prestations spécifiques réalisées, ni de la structure de coûts qui varie d'un hôpital à l'autre.

Le 05.06.2013, le Dr Bart DEHAES, et le Dr Jean-Luc DEMEERE se sont également rendus à l'AZ Groeninge à Courtrai où s'est tenue une réunion d'information sur le « all-in », organisée par le Dr Stefaan CARLIER, président du conseil médical de l'institution. Cette

---

<sup>26</sup> L'institut suédois Health Consumer Powerhouse publie chaque année un classement des systèmes de soins de santé européens. En octobre 2013, la Belgique s'est classée en cinquième position pour la qualité des soins, et en première position pour l'accessibilité des soins. Il est intéressant de noter qu'elle fait mieux et à moindre coût que des pays comme la France ou le Royaume Uni, qui recourent davantage au financement forfaitaire.

réunion a fait salle comble : une centaine de personnes y ont participé. Le Dr CARLIER a lancé un appel à soutenir les actions du GBS et a encouragé les médecins présidents d'autres conseils médicaux présents à sensibiliser leurs confrères à cette problématique, et à se mobiliser contre la financiarisation des décisions médicales et contre la bureaucratisation qu'entraîne le passage à un financement forfaitaire.

Le 07.06.2013, le GBS a organisé une session d'information sur le financement « all-in » à laquelle ont collaboré le Dr J.-L. DEMEERE et le Dr R. LEMYE, président de l'ABSyM, pour mettre en place des stratégies syndicales et politiques au cas où la ministre de la Santé Laurette Onkelinx voulait imposer d'autorité la forfaitarisation du financement des prestations de soins de santé

Le 13 juin 2013, le Dr Jean-Luc DEMEERE a exposé la position du GBS à un conseil d'administration de la Chambre syndicale de l'ABSyM Bruxelles.

Le 21.06.2013 le Dr M. MOENS et Mr. O. LAMBRECHTS, remplaçant le Dr Jean-Luc DEMEERE, empêché, ont également participé en tant qu'orateurs à un séminaire organisé par le Prof. S. DE FONTAINE, chef de service de la chirurgie plastique et reconstructrice de l'ULB.

Par ailleurs, le GBS organise conjointement à l'EHSAL un cycle court en management de la santé pour les médecins spécialistes, dans lequel le Prof. Dr Constantinus POLITIS, membre du comité exécutif du GBS, expose les arcanes des mécanismes de financement des soins de santé.

### **3.4. Le think tank du GBS**

Le GBS a constitué un think tank, non seulement pour suivre attentivement les décisions prises par le gouvernement mais surtout pour proposer des alternatives afin de défendre les intérêts particuliers des spécialistes.

Le think tank s'est réuni à trois reprises.

Au cours de la première réunion le 30 mai 2013, le GBS a fait une analyse stratégique de l'impact du passage à un financement forfaitaire : le Dr Marc MOENS a notamment pointé les coûts administratifs élevés des soins de santé dans des pays qui ont opté pour la forfaitarisation. Ces coûts se montent à 30 % aux USA et à 10% aux Pays-Bas, alors qu'ils ne sont que d'environ 7% en Belgique (1% pour l'INAMI et 6% pour les mutualités).

Certaines études ont analysé l'implémentation d'un financement « all-in » en Belgique et conclu à son inadéquation du fait des risques encourus : le financement « all-in » risquerait en effet d'envenimer la relation médecin-gestionnaire d'hôpital. De plus, sa mise en place poserait des difficultés dans la répartition des honoraires entre les spécialistes dans l'hôpital. Enfin, il aboutirait rapidement à une sélection des patients « plus rentables » et une sélection des soins « les moins coûteux », mettant ainsi en péril à la fois l'accessibilité aux soins et la qualité de ceux-ci, au « profit » d'un contrôle de qualité coûteux et bureaucratique.

Le 04.07.2013, il a fallu rajouter des chaises à la seconde session du think tank durant laquelle plus de 40 spécialistes ont débattu des dangers d'un financement « all-in » en réfléchissant à différentes alternatives.

Lors de la dernière réunion du think tank de 2013, le 10.10.2013, les participants ont commenté la feuille de route de la ministre et ont planché sur d'autres modes d'enregistrement des prestations des spécialistes, en examinant la nomenclature suisse TARMED, qui est plus détaillée et qui isole la prestation médicale de la prestation technique.

Entre-temps le KCE vient d'entamer la deuxième partie de son étude sur le financement des hôpitaux. En Flandre, Zorgnet Vlaanderen prépare une étude très large avec les syndicats médicaux sur le financement du système de santé dans sa totalité. Zorgnet Vlaanderen n'a pas sollicité le GBS en arguant que le GBS n'avait pas de généralistes dans ses rangs.

## **4. POLITIQUE**

### **4.1. Introduction**

Dans mon rapport annuel 2004, j'évoquais déjà la brique des 87.430 pages électroniques qui composaient cette année-là le *Moniteur Belge*<sup>27</sup>. Dans la mesure où 53.300 pages avaient déjà été publiées après six mois<sup>28</sup>, j'ai même cru à un moment donné que le cap historique des 100.000 pages allait être franchi cette année-là... mais il aura finalement fallu attendre le 19 décembre 2013 pour que cette 100.000<sup>e</sup> page se tourne enfin sur un arrêté pharmaceutique consacré au remboursement des spécialités pharmaceutiques – et plus précisément le médicament générique Acébutolol Teva © 400 mg en haut à gauche dans un tableau<sup>29</sup>. Une publicité gratuite qui n'aura pas manqué de réjouir Febelgen<sup>30</sup>, tout en ayant l'avantage de renseigner le public sur le traitement le plus adéquat pour combattre les hausses de tension provoquées par la lecture de certains passages du *Moniteur*. Les lois ne sont donc pas toutes à vouer aux gémonies !

Quoi qu'il en soit, le compteur pour l'année 2013 s'est arrêté à très exactement 104.172 pages, soit près de cinq fois plus qu'il y a 24 ans (cf. tableau 1). Le citoyen belge devrait donc prendre connaissance de 2.003 pages par semaine ou 285 pages par jour.

---

<sup>27</sup> Rapport annuel du GBS, 2004. « Le Cirque Demotte. Avec comme distribution : Elio en dompteur de lions ; Guy en trapéziste travaillant sans filet ; Steve en clown céleste, sans oublier une ribambelle de nains. Point II.4. Le moulin à papier électronique. » 05.02.2005.

<sup>28</sup> *Moniteur belge* du 30.06.2004, 2<sup>e</sup> édition.

<sup>29</sup> Arrêté ministériel du 17.12.2013 Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques (MB 19.12.2013 ; Ed. 2).

<sup>30</sup> Febelgen est l'organisation-coupe des producteurs de médicaments génériques en Belgique

### Nombre de pages du Moniteur belge

Année	Nombre de pages	Augmentation par rapport à l'année précédente (%)	Augmentation cumulée 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
2013	104.172	+ 16,94	481,5

Source : Moniteur belge, [http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech\\_n.htm](http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm)

Tableau 1

En 2004, le Secrétaire d'État à la simplification administrative Vincent VAN QUICKENBORNE (ex-VLD, aujourd'hui Open-VLD) avait jugé mes critiques quant aux 1.681 pages de Moniteur que tout Belge est supposé parcourir chaque semaine trop populistes et futiles pour mériter une réaction<sup>31</sup>. Il avait néanmoins déclaré que cette surenchère paperassière s'expliquait en grande partie par les 15.000 à 20.000 pages supplémentaires nécessaires à la publication des traités d'adhésion des 10 nouveaux États-membres de l'Union européenne et les quelques milliers de pages relatives aux élections parlementaires européennes et régionales.

En 2013, c'est surtout la Flandre qui semble avoir été très productive, grâce notamment à l'arrêté du Gouvernement flamand sur l'enseignement du 06.09.2013, qui comporte pas moins

<sup>31</sup> Rapport annuel du GBS, 2005 « Aujourd'hui, des économies sans fin, et demain, Soy lent Green ? Point III. 1. Ça fait longtemps : une année sans élections ». 04.02.2006.



de 4.488 pages<sup>32</sup>. C'est toutefois le SPF Économie qui remporte la palme du plus grand nombre total de pages<sup>33</sup>.

### Évolution du nombre de dispositions adoptées chaque année

ANNÉE	LOI	LOI-PROGRAMME	DÉCRET	AR	AM	TOTAL
1988	273	2	223	1.880	725	3.103
1999	319	0	268	2.200	1.079	3.866
2000	216	0	148	1.958	793	3.142
2001	177	5	224	2.451	961	3.818
2002	238	13	324	2.631	992	4.198
2003	278	6	336	2.616	1.068	4.304
2004	222	3	357	2.451	1.023	4.056
2005	203	4	155	2.294	1.054	3.710
2006	304	10	244	3.245	1.315	5.118
2007	365	8	286	2.517	1.310	4.486
2008	160	10	284	2.631	1.545	4.630
2009	269	5	281	2.082	1.265	3.902
2010	189	0	154	2.527	1.091	3.961
2011	195	4	191	1.780	1.115	3.285
2012	276	10	315	1.810	1.530	3.941
2013	241	5	324	2.687	1.497	4.754
Moyenne	246	5	258	2.360	1.148	4.017
2013, l'année 1988 correspondant à 100%	88,3	250,0	115,7	145,3	206,5	153,2
2013, la moyenne correspondant à 100%	98,0	100	125,6	113,9	130,4	118,3

Source : Moniteur belge, [http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech\\_n.htm](http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm)

Tableau 2

Si nous prenons pour point de référence l'année 1988 (= 100,0 %), le tableau 2 nous apprend que le nombre d'arrêtés ministériels a plus que doublé (+ 106,5 %), que celui des arrêtés royaux a sensiblement augmenté (+ 45,3 %), que celui des décrets a progressé de 15,7% et que celui des lois a reculé de 11,7 %. Globalement, le nombre de lois, décrets et arrêtés royaux et ministériels a augmenté de 53,2 % au cours de cette période de 24 ans, tandis que le nombre de pages gonflait de façon exponentielle (+381,5 %).

Si le volume croissant du Moniteur n'est certainement pas sans rapport avec la défédéralisation de plus en plus poussée de l'État belge, le fait que les textes des lois et arrêtés individuels ne cessent de s'allonger sous l'effet de la complexification croissante de notre société y est sans doute aussi pour quelque chose<sup>34</sup>. Une autre conséquence de cet état de fait

<sup>32</sup> Arrêté du Gouvernement flamand du 06.09.2013 modifiant la réglementation relative à l'expérience utile, à la concordance et aux titres et échelles de traitement dans l'éducation des adultes ; parties 1 à 45 ; pp 87.416 à 91.904 (MB 27.11.2013)

<sup>33</sup> « Vlaams onderwijs doet Staatsblad ontploffen » [Ndt « L'enseignement flamand fait exploser le Moniteur »]. Guy Tegenbos dans De Standaard, 27.11.2013.

<sup>34</sup> Pr Christian Behrend dans « Le Moniteur belge n'a jamais été aussi volumineux ». Le Soir, 24-25.12.2013.

est qu'il est aujourd'hui nécessaire de publier nombre de règles et informations supplémentaires, qui peuvent également contribuer à expliquer cette augmentation.

Si l'on compare le nombre moyen de dispositions adoptées au cours des années qui séparent 1988 de 2013, cette donnée est presque exactement dans la moyenne du nombre de lois proprement dites. L'augmentation la plus marquée s'observe au niveau des arrêtés ministériels (+ 30,4 %), suivis par les décrets (+ 25,6 %) et enfin les arrêtés royaux (+ 13,9 %). En termes de nombre total de lois, décrets et arrêtés publiés, le niveau d'activité des instances législatives en 2013 était supérieur de 18,3 % à la moyenne des 24 années précédentes.

#### **4.2. Informatisation**

Sept ministres sont responsables des quelques milliers de pages du Moniteur belge consacrées aux soins de santé et aux problématiques connexes, dont la plus prolifique est sans conteste Laurette ONKELINX (PS), Vice-Première et Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique à l'échelon fédéral. Suivent, à quelque distance, ses six collègues des autres niveaux de pouvoir :

- Jo VANDEURZEN (CD&V), Ministre flamand du bien-être, de la santé publique et de la famille,
- Fadila LAANAN (PS) Ministre de la Communauté française de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances,
- Eliane TILLIEUX (PS), Ministre Wallonne de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des chances (et fervente partisane des « maisons médicales »),
- Céline FREMAULT (cdH), Ministre du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale en charge de l'Économie, de l'Emploi, de la Recherche Scientifique et du Commerce Extérieur ; Ministre, Présidente du Collège de la Commission Communautaire Française (COCOF) en charge de la Fonction Publique, de la Politique de Santé et de la Formation Professionnelle des Classes Moyennes et membre du Collège Réuni de la Commission Communautaire Commune (COCOM) en charge de la Politique de Santé et de la Fonction Publique
- Harald MOLLERS (ProDG = Pro Deutschsprachigen Gemeinschaft ; indépendant), Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales
- Guy VANHENGEL (Open VLD) Ministre de la Santé Publique de la Commission Communautaire Commune depuis le 06.12.2011 et membre du Gouvernement bruxellois.

Tous ces ministres – fédéraux, régionaux et communautaires – se sont réunis le 29.04.2013 lors d'une Conférence Interministérielle Santé Publique, où ils ont donné leur fiat officiel au plan d'action 2013-2018 pour l'informatisation des soins de santé<sup>35</sup>.

Ledit plan d'action a été mis sur pied à l'automne 2012 au cours d'une vaste concertation avec tous les acteurs de terrain (associations de patients, prestataires de soins, mutuelles, industrie IT, pouvoirs publics). Il a été officiellement porté sur les fonts baptismaux lors d'une

---

<sup>35</sup> Bruxelles, 29 avril 2013 : Communiqué de presse conjoint des ministres belges de la santé  
<http://inami.be/news/fr/press/pdf/presse2013042901.pdf>

Table Ronde très courue organisée le 20.12.2012. Dans son préambule, le pharmacien Dirk BROECKX<sup>36</sup>, qui était à l'époque chargé de mission pour la ministre fédérale Laurette ONKELINX, décrit en ces termes l'abord de cette problématique complexe :

« Les trois clés qui peuvent expliquer le succès de cette Table ronde sont “approche transversale”, “transparence” et “confiance”. L'approche se voulait pratique et a affronté toutes les attaques qui freinent souvent la collaboration entre les différents groupes des parties prenantes, toutes sortes d'organes décisionnels et diverses compétences. Cette approche “transversale” reflète la réalité : le patient s'attend à recevoir des soins qui sont continus et dispensés sans subir ce type de freins et de limites. »<sup>37</sup>

Dans la lignée des attentes des participants flamands, Dirk BROECKX (qui gère actuellement pour le ministre flamand Jo VANDEURZEN le projet « *ICT-ondersteuning in de Eerste Lijn* ») a dressé le 07.12.2013, lors d'une seconde Conférence de la Première Ligne organisée à Bruxelles, un aperçu de ce que souhaiterait réaliser le ministre VANDEURZEN (ou son successeur). Il n'a pas dit un mot des médecins spécialistes, le Gouvernement flamand ayant décrété que ceux-ci n'ont rien à faire dans les soins de première ligne<sup>38</sup>. Comme lors de la première grande Conférence de la Première Ligne, en décembre 2010, rien n'a donc été entrepris pour impliquer la médecine spécialisée dans l'organisation du symposium<sup>39</sup>. Aucun des deux syndicats mixtes généralistes/spécialistes (pourtant représentatifs aux yeux de la loi) n'a été autorisé à siéger dans le panel de discussion, et encore moins le GBS. Les spécialistes intéressés peuvent consulter le site <http://www.eenlijn.be/> (en néerlandais uniquement), lancé le 07.12.2013 par Dirk BROECKX.

### **4.3. « Tout est politique »**

En 1994, l'ex-homme politique socialiste Willy Claes a eu l'occasion de commenter, en tant qu'orateur invité, le Concours Reine Elisabeth de piano, à l'époque où celui-ci était encore diffusé sur les ondes en direct et dans son intégralité, les interruptions étant meublées par l'intervention de l'un ou l'autre expert. Ayant réussi à trouver un petit trou dans son agenda pour venir parler musique, l'ancien ministre et vice-premier ministre, devenu secrétaire général de l'OTAN, avait lâché à cette occasion que « tout est politique »... Et en tant que *big boss* des mutualités socialistes, il ne fait aucun doute qu'il savait ce qu'il disait.

---

<sup>36</sup> Dirk Broeckx a notamment été durant plusieurs années le secrétaire général de l'Association Pharmaceutique Belge (APB). Il est également le cofondateur de l'asbl Recip-e, chargée de la réalisation concrète de la prescription électronique de médicaments.

<sup>37</sup> [http://www.rtreh.be/EHEALTH/\\_images/20130419plandaction\\_esantefr.pdf](http://www.rtreh.be/EHEALTH/_images/20130419plandaction_esantefr.pdf)

<sup>38</sup> Décret de la Communauté Flamande du 03.03.2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins.

« Art. 2, 9° offre de soins plus spécialisés : les soins habituellement dispensés par ou sous l'autorité d'un médecin-spécialiste, d'un hôpital ou d'une autre organisation, service ou personne qui, par la réglementation ou par la nature et les conditions des soins, n'appartiennent pas aux soins de santé primaires » ;

« Art. 2, 19° dispensateur de soins : un pharmacien, médecin, diététicien, kinésithérapeute, logopédiste, dentiste, infirmier, sage-femme ou praticien d'une autre discipline fixée par le Gouvernement flamand, hormis le médecin-spécialiste, y compris les entités juridiques ou de fait qui les regroupent dans une structure mono- ou multidisciplinaire. »

L'exposé des motifs qui accompagne le décret stipule, en son article 5, que les médecins spécialistes ne relèvent pas du champ de la première ligne de soins, même s'il peut, dans des « circonstances particulières », être utile et souhaitable de faire intervenir des médecins pratiquant certaines disciplines spécialisées dans la réalisation des soins de première ligne. (MB 20.04.2004).

<sup>39</sup> « Specialisten voelen zich uitgesloten ». Artsenkrant, 30.11.2010.

Vingt ans plus tard, les acteurs ont changé mais son affirmation n'a rien perdu de sa pertinence. Les politiciens ont beau nous chanter sur tous les tons que l'intérêt des citoyens est leur priorité, gagner des voix reste leur principal moteur. Dans un monde idéal, ces deux aspects devraient évidemment aller de pair... mais ce monde n'existe pas. Dans un pays aussi morcelé que la Belgique, les opinions des citoyens sont bien plus nombreuses que les communautés et régions reconnues par la constitution ou que les partis qui composent nos différents gouvernements. La 6<sup>e</sup> Réforme de l'État qui figure dans l'Accord Papillon du 11.10.2011 a beau avoir été couchée sur papier et approuvée par le Parlement le 19.12.2013<sup>40</sup>, sa concrétisation pratique dans notre secteur, celui de la santé, reste à définir en partie par le gouvernement actuel, mais aussi et surtout par celui qui sera constitué au lendemain des élections du 25 mai 2014.

D'après Servais VERHERSTRAETEN<sup>41</sup> (CD&V), Secrétaire d'État aux Affaires Institutionnelles, le transfert de compétences qui figure dans l'Accord Papillon de 2011 se doublera d'un transfert de moyens financiers de l'État fédéral vers les entités fédérées d'un montant total de 20,2 milliards d'euros - 4,8 milliards pour le marché du travail, 6,8 milliards pour les allocations familiales, 5 milliards pour les soins de santé, 3 milliards pour diverses mesures fiscales, en particulier la déduction fiscale pour le logement et 0,6 milliards pour d'autres postes tels que le Fonds de Participation, les amendes de la circulation, le fonds catastrophes et les comités d'achat.

#### **4.4. Réforme de l'État et politique future en matière de soins chroniques**

Par un courrier du 02.05.2013 adressé « aux acteurs du secteur de la santé », Madame ONKELINX a lancé une concertation autour de l'organisation future des soins chroniques. Entre le 4 juin et le 5 juillet 2013, la ministre a convoqué cinq groupes thématiques à participer chacun à trois séances de discussions d'une durée de trois heures, organisées pendant les heures de bureau. Les participants devaient s'engager à être présents à toutes les réunions. Les cinq thèmes étaient :

- La coordination des soins au patient dans le cadre de son domicile.
- La formation de base et continue des dispensateurs de soins de première ligne.
- Le soutien scientifique et le développement de programmes de qualité.
- La collaboration et la complémentarité entre l'hôpital et la première ligne.
- La prévention, la promotion de la santé et l'émancipation du patient.

Les Drs Erwig VAN BUGGENHOUT, Luc VAN CALSTER et Francis HELLER se sont porté candidats au nom du GBS, mais seul le Pr HELLER a finalement été retenu. Il a participé au groupe thématique « prévention, promotion de la santé et émancipation du patient », présidé par un membre de la coupole des patients francophones LUSS<sup>42</sup> dont l'attitude vis-à-vis des médecins était particulièrement critique. Les médecins n'ont pas eu grand-chose à dire et le message, les points d'action et les conclusions étaient pratiquement écrits d'avance :

---

<sup>40</sup> Doc 53 3201/007 ; Chambre Belge des Représentants ; 19.12.2013 ; projet de loi spéciale relatif à la Sixième Réforme de l'État ; texte adopté en séance plénière et soumis au Roi pour ratification.

<sup>41</sup> « Zesde staatshervorming is klaar ». De Standaard 19.12.2013

<sup>42</sup> Ligue des usagers des services de santé asbl.

- les patients doivent disposer de toutes les données qui figurent dans leur dossier médical ;
- l'émancipation du patient (« *empowerment* ») doit être reprise dans les programmes de formation des médecins et ceux-ci doivent apprendre à mieux communiquer ;
- les mutuelles ont un rôle à jouer dans l'émancipation des patients.

Pas un mot de la responsabilisation du patient et aucun compte-rendu digne de ce nom, les documents distribués, « idéologiquement conformes » (expurgés de toute critique ou questionnement) tenant lieu de rapport. Ce sont ces mêmes textes qui ont été transmis tels quels à la ministre, qui y a trouvé la confirmation de sa politique : le patient veut dicter sa volonté au médecin. Bref, une organisation dictatoriale de la « collaboration » qui préfigure ce qui nous attend si nous acceptons cette médecine de kolkhozes.

Les bases du processus que la ministre ONKELINX veut mettre en marche se retrouvent déjà dans un rapport du Centre Fédéral d'Expertise consacré à l'organisation des soins aux malades chroniques<sup>43</sup>. Parmi les experts externes, on retrouve des collègues dont la majorité relève d'une obédience qui ne représente absolument pas la majorité des médecins (généralistes). On est frappé par les noms de quelques professeurs universitaires de médecine générale tels que Jan DE MAESENEER (UGent), Roy REMMEN (UA) et Jan HEYRMAN (émérite KUL).

Des cinq pseudo-rapports des cinq groupes de travail a été distillée une note d'orientation intitulée « Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique »<sup>44</sup>, qui a été présentée lors de la conférence nationale sur les soins aux malades chroniques qui s'est tenue le jeudi 28.11.2013 entre 09h30 et 15h30 à Bruxelles – là encore, un jour de travail en pleine semaine. Si l'objectif est, à l'avenir, de soustraire de plus en plus les médecins de terrain à leur véritable métier pour leur infliger des discours à caractère idéologique, nous nous orientons plutôt vers des listes d'attente que vers des soins chroniques plus efficaces et plus développés !

Inutile de préciser que la note a reçu un accueil pour le moins mitigé dans les cénacles médicaux.

Les généralistes voient dans ce texte un déni de leur implication actuelle, alors que les médecins qui figurent parmi ses coauteurs ne sont pour la plupart que des penseurs en chambre. Ils n'y voient guère que des obligations administratives supplémentaires et un démantèlement de la médecine axée sur la personne telle qu'elle existe à l'heure actuelle, au profit d'un système collectiviste où les statistiques et les rapports se substituent à l'intérêt de l'individu. En outre, le risque d'atteinte à la vie privée qui résulte du partage trop peu sécurisé du dossier médical avec de nombreux autres acteurs et de l'implication d'un « gestionnaire de cas » non médecin suffit déjà à lui seul à faire de cette note un casus belli.

Quant aux médecins spécialistes, la note d'orientation les écarte purement et simplement des soins chroniques. La Communauté Flamande les a déjà bannis de la première ligne. L'autorité

<sup>43</sup> « Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique : développement d'un position paper ». Rapport KCE 190B ; 10.12.2012.

<sup>44</sup> <http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/documents/ie2divers/19090605.pdf>

fédérale va-t-elle, à présent, leur fermer également le champ des soins chroniques ? Le Conseil National des Établissements Hospitaliers a lui aussi critiqué cette absence d'implication des hôpitaux et des spécialistes<sup>45</sup>.

La ministre ONKELINX souhaite, sur la base de cette note d'orientation, parvenir à un accord de protocole entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées au sujet du Plan National Maladies Chroniques, et ce avant la prochaine Conférence Interministérielle du 24 février 2014. Nous ne pouvons qu'espérer que les sept ministres compétents s'embourberont dans une confusion « babélienne » chronique de la parole et des idées...

Nul ne sait encore comment, par qui et (surtout pour les habitants de la région de Bruxelles-Capitale) dans quelle langue les patients âgés seront soignés dans le futur. A Bruxelles, tout porte à croire que les maisons de repos et de soins connaîtront trois systèmes différents. Le directeur général des Mutualités Libres (MLOZ) Xavier BRENEZ, qui s'est exprimé lors de notre symposium du 02.02.2013, est convaincu que la régionalisation est loin d'être une solution idéale<sup>46</sup>.

Entre-temps, la ministre ONKELINX a fait publier un arrêté royal<sup>47</sup> spécifiant le statut des personnes atteintes d'une pathologie chronique ou d'une maladie rare ou orpheline. Cette dernière catégorie regroupe les affections qui touchent un nombre très limité de patients en regard de la population totale (moins d'une personne sur 2.000) ou qui sont repris dans la liste des maladies rares ou orphelines sur le site Orphanet<sup>48</sup>.

#### **4.5. Numerus clausus**

##### **4.5.1. Pétition pour le maintien du numerus clausus**

A l'heure de rédiger ce passage du rapport annuel du GBS, la pétition en faveur du maintien du numerus clausus comportait déjà plus de 11.250 signatures. Le 09.01.2014, Monsieur Geert VERRIJKEN, rédacteur en chef de « Medi-Sphere » (hebdomadaire ciblant un public de généralistes) et du « Spécialiste » (bimensuel destiné aux médecins spécialistes) m'a contacté pour me demander si le GBS accepterait de cosigner une pétition contre l'AR que la ministre ONKELINX avait fait rédiger à la hâte pour entériner la levée du numerus clausus dans les spécialités « en pénurie » telles que la médecine générale, la médecine d'urgence, la médecine aiguë, la gériatrie ou la pédopsychiatrie. Le projet a été approuvé presque en catimini par le conseil des ministres le 06.12.2013, et ce n'est que près d'un mois plus tard que l'on a commencé à en mesurer pleinement les conséquences. Entre-temps, le texte a été expédié pour avis au Conseil d'État ; il devrait repasser au conseil des ministres pour une deuxième lecture en février 2014.

---

<sup>45</sup> Réf.: CNEH/D/440-1 Projet d'avis à propos du Plan National Malades Chroniques – Note d'orientation, 09.01.2014.

<sup>46</sup> « Dans les pays scandinaves ils sont en train de revenir en arrière ». La Libre Belgique, 17.07.2013

<sup>47</sup> AR du 15.12.2013 portant exécution de l'article 37vicies/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB 23.12.2013)

<sup>48</sup> www.orphanet.org

La pétition a été rendue publique le mercredi 15.01.2014. Le GBS figurait parmi ses premiers signataires, aux côtés des recteurs de la totalité des universités flamandes<sup>49</sup> et des doyens, vice-doyens et responsables d'enseignement des facultés de médecine. Ils ont été rapidement rejoints par les organisations étudiantes *Vlaams Geneeskundig Studenten Overleg* et *Vlaamse Vereniging van Studenten*, l'Académie Royale de Médecine de Belgique, le *Vlaams Artsensyndicaat* (VAS), l'*Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België* (ASGB), le *Vlaams Geneeskundigen Verbond* (VGV), Domus Medica et le *Syndicaat Vlaamse Huisartsen* (SVH).

Quelques jours plus tard, la *Federatie voor Vrije en Intellectuele Beroepen* (FVIB), l'*Unie van Zelfstandige Ondernemers* (UNIZO), le *Verbond der Vlaamse Tandartsen* (VVT), les médecins spécialistes en formation flamands, *Zorgnet Vlaanderen*, la *Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen* (VBT) et Axxon, l'association professionnelle des kinésithérapeutes, se sont joints au mouvement. Dans la mesure où cette pétition n'a initialement été lancée que dans le Nord du pays, seule l'aile flamande de l'ABSyM, le VAS, figurait parmi ses auteurs. Sur le fond, la coupole fédérale ABSyM était toutefois tout à fait d'accord avec l'initiative, comme son président Roland LEMYE l'a fait savoir sans détours à la ministre ONKELINX dans un courrier daté du 16.01.2014, qui a également été communiqué à la presse<sup>50</sup>.

La ministre ONKELINX avait annoncé officieusement son intention de lever le *numerus clausus* dès 2012<sup>51</sup>. A l'époque déjà, l'information avait soulevé au sein du corps médical des réactions assez divergentes selon le rôle linguistique. Certains médecins francophones arguaient d'une pénurie pour les gardes de nuit et de weekend<sup>52</sup> ou d'une pénurie en termes relatifs<sup>53</sup>. Leurs collègues du Nord du pays avaient néanmoins, tout comme l'ABSyM<sup>54</sup>, opposé aux projets de la ministre un refus catégorique.<sup>55,56</sup>

La ministre a détourné un avant-projet d'étude de la Commission de planification de l'Offre Médicale qui visait à chiffrer les conséquences du double contingent qui sortira des auditorios en 2018. A l'époque déjà, la Commission de Planification laissait entendre qu'un net excédent de médecins francophones arriverait sur le marché<sup>57</sup>, affirmant que « Sans nouvelles mesures, il sera difficile d'équilibrer un surplus cumulé de 1000 médecins [francophones] au cours des années suivantes. » Toujours selon ce même rapport, la Flandre présentait en 2010 un déficit de 406 généralistes, qu'il semblait toutefois encore possible de résorber totalement, compte tenu, notamment, de l'arrivée du double contingent en 2018. En Belgique francophone, le rapport prévoyait également une résorption complète du déficit dans un avenir proche. Depuis lors, l'attrait de la médecine générale s'est sensiblement amélioré, ce

---

<sup>49</sup> A l'exception du recteur de l'université d'Hasselt, Luc De Schepper. Pour l'université d'Hasselt, seuls ont signé le Pr Piet Stinissen, doyen, le Pr Ivo Lambrichts, vice-doyen, et le Pr Marjan Vandersteen, responsable d'enseignement à la faculté de médecine.

<sup>50</sup> « Le *numerus clausus* pas mort. L'Absym et la Flandre tirent sur l'assouplissement d'Onkelinx ». Le Soir, 18.01.2014.

<sup>51</sup> « Onkelinx veut la fin du *numerus clausus* ». La Dernière Heure, 03.06.2012.

<sup>52</sup> « Y a-t-il vraiment pénurie de médecins généralistes ? » Philippe Vandermeeren (Groupement belge des omnipraticiens-GBO) : « Il y a pénurie pour les gardes de nuit et de week-end ». Le Soir, 03.05.2012.

<sup>53</sup> « Y a-t-il vraiment pénurie de médecins généralistes ? » Pierre Gillet (Médecin chef du CHU de Liège et président du KCE). « En chiffres absolus non, mais en termes relatifs oui ». Le Soir, 03.05.2012.

<sup>54</sup> « L'ABSyM opposée à la suppression du contingentement de spécialités médicales ». Le Journal du Médecin, 02.10.2012.

<sup>55</sup> « Vijf keer meer Franstalige starters geneeskunde ». Artsenkrant, 19.10.2012

<sup>56</sup> « Medisch aanbod plannen is heikele kwestie ». De Specialistenkrant, 24.10.2012

<sup>57</sup> « Onkelinx legt expertise van planningscommissie naast zich neer ». Artsenkrant 08.06.2012.

qui a permis d'accroître le nombre de candidats.

Les membres de la Commission de Planification ont été convoqués à une réunion le 12.11.2013. Au Sénat, la ministre Onkelinx a déclaré que l'envoi de cette convocation était conforme aux dispositions du règlement d'ordre intérieur; plusieurs membres ont toutefois affirmé qu'elle n'avait été expédiée que le 10.11.2013. La ministre a également soutenu devant les sénateurs que les documents nécessaires avaient été communiqués aux participants en temps utile; d'après plusieurs membres, le rapport (de 72 pages !)<sup>58</sup> leur a au contraire été distribué sur place le 12.11.2013. Il se trouve que j'ai reçu la version néerlandaise dudit rapport le mardi 12.11.2013 au soir des mains d'un collègue francophone, membre de la Commission de Planification, qui m'a raconté spontanément qu'il l'avait reçu dans les deux langues au cours de la séance de l'après-midi. Sachant que je n'avais pas été nommé à la Commission de Planification<sup>59</sup> en dépit de mon intérêt pour la question, il m'a cédé avec plaisir le texte néerlandais qu'il venait d'obtenir.

En d'autres termes, la ministre Onkelinx a arrangé de toutes pièces cette réunion de la Commission de Planification le 12.11.2013, après avoir annoncé à la presse ce qui devait s'y décider plus d'un an auparavant. La Commission de Planification se compose des membres suivants (une moitié de membres effectifs et une moitié de membres suppléants dans chaque catégorie)<sup>60</sup> : 4 représentants des recteurs des universités francophones et 4 représentants des recteurs des universités flamandes, 6 du collège intermutualiste, 4 généralistes et 4 spécialistes issus des syndicats médicaux représentatifs, 4 membres des syndicats représentatifs du secteur dentaire, 4 représentants de la ministre des Affaires Sociales et 2 de la ministre de la Santé Publique, 3x2 représentants des communautés flamande, française et germanophone, 2 de l'Inami, 4 représentants du secteur de la kinésithérapie proposés par les associations professionnelles et 4 proposés par la ministre de la Santé Publique, 4 représentants du secteur infirmier proposés par les organisations professionnelles et 4 proposés par la ministre, 4 représentants des accoucheuses proposés par leurs organisations professionnelles et 4 proposés par la ministre, 4 représentants du secteur de la logopédie proposés par les organisations professionnelles et 4 proposés par la ministre, et enfin un président.

Par le biais de l'AR du 28.09.2009, le Roi a donc nommé pour une période de cinq ans 72 membres et un président, le Pr Karel VERMEYEN, UA. Ce dernier a donné sa démission fin 2010 et a cessé son activité au second semestre 2012<sup>61</sup> ; le secrétaire et plusieurs membres ont également rendu leur tablier. Des 73 personnes nommées en 2009, très exactement 11 étaient présentes lors de la réunion du 12.11.2013, soit 15% du nombre total de membres ou 30% du nombre de membres effectifs ou suppléants. Parmi ces 11 membres se trouvaient un représentant de l'ASGB, siégeant en tant que délégué néerlandophone du Cartel, et un représentant francophone de l'ABSyM. Le vote sur la proposition de Laurette ONKELINX

<sup>58</sup> « La Planification de l'offre médicale en Belgique. Rapport annuel de la Commission de Planification de l'offre médicale 2012 ». Octobre 2013. SPF Santé Publique. Dépôt légal D/2013/2196/62

<sup>59</sup> Lorsque le Dr Rudi Van Driessche a résilié son mandat de représentant de l'ABSyM auprès de la Commission de Planification, fin octobre 2012, votre serviteur a posé sa candidature par écrit au nom de l'ABSyM le 13.11.2012. Celle-ci étant restée sans réponse malgré plusieurs rappels téléphoniques, elle a été réitérée par écrit le 27.01.2014. Si les candidatures restent lettre morte, il est évidemment facile de prétexter que le nombre de membres requis n'est pas atteint pour convoquer une nouvelle réunion où il sera possible de prendre les décisions voulues par la ministre sans devoir se soucier des quotas !

<sup>60</sup> A.R. du 28.09.2009 portant nomination des membres de la Commission de Planification de l'offre médicale (M.B. 09.10.2009).

<sup>61</sup> [http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@healthprofessions/documents/ie2divers/19090405\\_fr.pdf](http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@healthprofessions/documents/ie2divers/19090405_fr.pdf) p. 9.



s'est soldé par 7 voix « pour » (dont celle du membre de l'ASGB et – comment pouvait-il en être autrement – celles des représentants des organismes assureurs, qui seraient évidemment ravis de voir affluer une main-d'œuvre bon marché) et quatre abstentions (dont le représentant de l'ABSyM, qui a estimé ne pas pouvoir se prononcer sur un rapport de 72 pages reçu au cours de la séance). Il n'y a eu aucune voix contre. Ce vote « hautement démocratique » pourrait donc constituer la base d'un AR qui balayerait d'un revers de la main tous les efforts consentis depuis 1997 par la Flandre par le biais de l'introduction d'un examen d'entrée.

#### 4.5.2. Le contexte francophone

Confrontée à de nombreuses réactions de colère, la ministre joue les étonnées<sup>62</sup>. Elle trouve auprès de la presse une ample caisse de résonance pour museler la critique en arguant de sa volonté d'instaurer une gestion plus dynamique du contingentement : les médias des deux régions du pays lui font de la place pour publier une longue carte blanche sous le titre « La pénurie des médecins ne peut pas hypothéquer l'avenir des soins de santé ».<sup>63,64</sup> Lorsqu'elle était encore ministre-présidente et responsable de l'Enseignement à la Communauté française, entre 1995 et 1999 – soit à l'époque où la Flandre a instauré l'examen d'entrée en médecine – Laurette ONKELINX a fait la sourde oreille. Aujourd'hui, les étudiants reprochent à la Communauté française l'incapacité des jeunes diplômés du secondaire à réussir un examen d'entrée en médecine<sup>65</sup>.

Au cours d'un débat avec des parents d'étudiants en médecine mécontents, Jean-Claude MARCOURT (PS), vice-président du gouvernement wallon et ministre en charge de l'économie, des PME, des nouvelles technologies et du commerce extérieur de la Région wallonne et ministre en charge de l'Enseignement Supérieur de la Communauté française, a déclaré : « *Il y a bien des plombiers au chômage, je ne vois pas pourquoi les médecins ne le pourraient pas l'être* »<sup>66</sup> – un discours qui est tout de même loin d'être anodin pour un ministre investi d'un tel éventail de compétences !

D'après une enquête réalisée par le *Artsenkrant*, près de neuf médecins et étudiants en médecine flamands sur dix seraient favorables au maintien du contingentement, et il est assez interpelant de constater que 92% estiment en outre que les universités francophones devraient également organiser un examen d'entrée<sup>67,68</sup>.

Côté francophone, les réactions sont passablement différentes : 62% des médecins francophones ayant répondu à l'enquête du Journal du Médecin donnent raison à Laurette ONKELINX et estiment donc que la suppression du *numerus clausus* constitue une bonne solution au problème des spécialités médicales en pénurie. Dans le même temps, 78 % des répondants francophones jugent souhaitable l'introduction d'un examen d'entrée « à la flamande ». Politiquement parlant, la majorité des collègues francophones souhaiteraient donc

---

<sup>62</sup> Torfs (ndlr *recteur de la KU Leuven*) : 'Minister Onkelinx laat Vlamingen links liggen'. De Morgen, 18.01.2014.

<sup>63</sup> Artsenkrant 24.01.2014.

<sup>64</sup> « Ne pas hypothéquer l'avenir des soins de santé ». Le Journal du Médecin, 24.01.2014.

<sup>65</sup> « L'effet dissuasif du test d'entrée en médecine ». « Ce test reproduit les inégalités de l'enseignement secondaire ». La Libre Belgique, 24-25.08.2013.

<sup>66</sup> « Études de médecine faciles en Belgique: une blague française. » Journal international de Médecine Fr. 13.07.2013.

[http://www.jim.fr/print/e-docs/00/02/23/59/document\\_actu\\_pro](http://www.jim.fr/print/e-docs/00/02/23/59/document_actu_pro)

<sup>67</sup> « Un non franc et massif de la Flandre ». Le Journal du Médecin, 24.01.2014.

<sup>68</sup> « Massaai njet voor plannen Onkelinx ». Artsenkrant, 24.01.2014.

que l'on limite le nombre d'étudiants qui accèdent aux études de médecine, mais pas qu'on leur refuse un numéro d'Inami en fin de parcours.

Un premier pas a été fait dans cette direction avec l'introduction – d'abord informelle à partir de septembre 2012, puis officielle depuis l'été 2013 – d'un test d'orientation obligatoire mais non contraignant<sup>69,70</sup> visant à accroître les chances de réussite des candidats médecins. Cette mesure est liée à l'entrée en vigueur de la loi du 12.05.2011 limitant la durée des études de médecine<sup>71</sup>. L'évolution du nombre d'étudiants qui se lancent dans cette formation en Belgique francophone semble actuellement s'infléchir, et sans doute les faibles pourcentages de réussite au test d'orientation y sont-ils pour quelque chose : sur les 1.065 candidats qui ont participé à l'épreuve le 03.07.2013, seuls 26% l'ont réussie<sup>72</sup>... et lors de la session du 02.09.2013 (1.953 inscrits), cette proportion était de 18% à peine. Au total, 639 des 3.018 personnes ayant participé à l'une des deux sessions ont obtenu un résultat satisfaisant, soit 21,2% (notons qu'il y avait davantage d'inscrits, mais une partie seulement des candidats – 85% environ – se sont effectivement présentés)<sup>73</sup>.

Alors que l'on dénombrait encore 2.108 nouveaux inscrits dans les facultés de médecine francophones au début de l'année académique 2011-2012 (= 100,0 %) et 2.117 au début de l'année 2012-2013 (= 100,4 %), pour 2013-2014, ce nombre est tombé à 1.890 (= 89,7 %)<sup>74,75</sup>. Mathématiquement parlant, on dénombre donc 1.251 inscrits francophones de plus que de réussites au test d'orientation obligatoire. Bien qu'il ne s'agisse pas nécessairement des mêmes candidats, on ne peut qu'être frappé de voir combien d'étudiants se sont inscrits en dépit du fait qu'ils n'avaient pas obtenu le minimum requis de 10/20 au test d'orientation. Un test de connaissances était prévu en janvier 2014, à la moitié de l'année académique. La première édition, en janvier 2013 (donc avant l'introduction de l'épreuve d'orientation obligatoire), avait mis en lumière des taux de réussite extrêmement divergents entre les différentes universités, l'UCL et l'ULB enregistrant p.ex. trois fois plus d'échecs que la faculté de médecine de Namur<sup>76</sup>. A l'échelon de la Communauté française, théoriquement, 48 % des étudiants rataient déjà à ce stade leur première année<sup>77</sup>.

Soulignons néanmoins qu'il convient de distinguer les nouvelles inscriptions du nombre total d'étudiants de première année en Belgique francophone. Au début de l'année académique 2012-2013, on dénombrait 3.448 inscrits en première année de médecine, contre 3.689 en 2011-2012 et 3.162 en 2010-2011. En 2011-2012<sup>78</sup>, ce nombre était de 75 % supérieur à celui

---

<sup>69</sup> Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 02.05.2013 relatif au test d'orientation du secteur de la santé et aux activités préparatoires aux études de médecine (MB 27.05.2013)

<sup>70</sup> « EU: to live and let die ». Point 6.1. Réduction de la durée des études de médecine et numerus clausus. Rapport annuel du GBS 2011. Dr Marc MOENS, secrétaire général. 04.02.2012.

<sup>71</sup> MB 08.06.2011, Ed. 1. Article 5 : « La présente loi entre en vigueur lors de la rentrée académique 2012-2013. Elle s'applique pour la première fois aux étudiants inscrits dans la première année du baccalauréat lors de l'année académique 2012-2013. »

<sup>72</sup> « Test d'orientation aux d'études. Un taux de réussite de 26 % ». Le Journal du Médecin, 19.07.2013.

<sup>73</sup> Diverses sources, e.a. Le Soir, 10.09.2013 ; le Journal du Médecin, 13.09.2013.

<sup>74</sup> « La médecine attire moins de 'nouveaux' étudiants ». Le Journal du Médecin, 24.01.2014.

<sup>75</sup> « Première génération. Facultés de médecine : 10 % de 'nouveaux' étudiants en moins ». Le Journal du Médecin, 24.01.2014.

<sup>76</sup> FUNDP Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix Namur.

<sup>77</sup> « Un étudiant de 1<sup>er</sup> médecine sur deux a déjà raté son année ». La Libre Belgique, 08.02.2013.

<sup>78</sup> Massaal njet voor plannen Onkelinx ». Artsenkrant, 24.01.2014.

des nouveaux inscrits ; en 2012-2013, la différence était de 63 %. Le solde se compose principalement de bisseurs.

Sur les 3.448 inscrits en 1<sup>e</sup> année de médecine en 2012-2013, 1.088 ont réussi le test de connaissances organisé pour la première fois en janvier 2013 avec un résultat de plus de 10/20. Parmi ceux qui ont échoué, 624 ont obtenu un score de 8 à 10/20 et 1.655, moins de 8/10.<sup>79,80</sup> Parmi les étudiants « busés » en janvier, 1.047 ont accepté d'étaler leur première année sur deux ans afin de pouvoir continuer en médecine. 73 seulement (2,1 %) ont décidé de se réorienter vers d'autres études.

### 4.5.3. Le contexte flamand

Tandis que le nombre d'inscrits francophones en première année tend à se tasser, la Flandre semble confrontée au phénomène inverse : le nombre d'étudiants inscrits pour la première fois en médecine aurait augmenté de 19,8% au Nord du pays<sup>81</sup>.

A l'été 2011, 974 (20,7%) des 4.705 inscrits flamands ont réussi l'examen d'entrée en médecine<sup>82</sup>.

En 2012, 4.685 candidats s'étaient inscrits à la première session de l'examen d'entrée en médecine, le 03.07.2012 (organisé pour la première fois à l'Xpo à Courtrai plutôt que sur le site du Heysel)<sup>83</sup>, et 3.507 à la seconde session, le 28.08.2012 (dont un certain nombre de personnes qui s'étaient inscrites en juillet sans se présenter). Au total, 5.285 personnes « seulement » ont participé à l'une des deux épreuves en 2012, et 1.071 (20,3 %) l'ont réussie, soit à peu près autant qu'en 2011 (20,7%)<sup>84</sup>.

En 2013, 5.714 individus ont participé à une ou deux des sessions organisées en Flandre, soit 429 de plus qu'en 2012. Au total, 1.269 (22,2%) ont réussi l'épreuve, soit près de 2% de plus qu'en 2012. Les étudiants étaient donc 198 de plus qu'en 2012 à pouvoir débiter leurs études de médecine à l'automne 2013 – un constat qui est loin d'être anodin lorsqu'on songe que le quota autorisé pour la Communauté flamande s'élevait en 2013 à 585 médecins<sup>85</sup>. Le taux de réussite de 2013 rejoint, à 26 individus près, celui enregistré en 2009 (n = 1.295)<sup>86</sup>. Les titres alarmistes de certains journaux sont du reste aussi prématurés que tendancieux<sup>87</sup> : objectivement, il n'y a pas de pénurie de médecins en Flandre, même s'il est vrai que leur répartition entre les différentes disciplines n'est pas optimale. Comme l'a fait remarquer le Pr Bernard HIMPENS, président de la commission d'examen, « *la suppression de l'examen d'entrée ne résoudra rien. Nous devons par contre améliorer l'attrait des spécialités en pénurie* ». <sup>88</sup> Cette position a été réaffirmée au début de 2014, après l'attaque de la ministre ONKELINX à l'encontre du système flamand.

<sup>79</sup> « Seuls 73 étudiants en médecine sur près de 3.500 ont été réorientés ». Vers l'Avenir. 16.03.2013. Source : Belga.

<sup>80</sup> « Peu de réorientations après le 1<sup>er</sup> quadri ». Le Journal du Médecin, 15.03.2013.

<sup>81</sup> « Meer dokters, minder filologen ». De Standaard, 29.01.2014.

<sup>82</sup> « EU: to live and let die ». Point 6.1. Réduction de la durée des études de médecine et numerus clausus. Rapport annuel du GBS 2011. Dr Marc MOENS, secrétaire général. 04.02.2012

<sup>83</sup> « Artsen in korte broek ». De Standaard, 04.07.2012.

<sup>84</sup> <http://www.ond.vlaanderen.be/toelatingsexamen/nl/publicaties/persbericht-resultatenaugustus2012.pdf>

<sup>85</sup> AR du 01.09.2012 portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (MB 05.09.2012; Ed. 2).

<sup>86</sup> <http://www.ond.vlaanderen.be/toelatingsexamen/nl/publicaties/persbericht-resultaten-augustus-2013.htm>

<sup>87</sup> « Aartsmoeilijk toelatingsexamen ondanks tekort aan artsen ». De Standaard 03.07.2013.

<sup>88</sup> De Standaard 03.07.2013.

La controverse reste entière. Dans un débat opposant dans les pages de La Libre Belgique<sup>89</sup> le Dr Jacques DE TOEUF, vice-président de l'ABSyM, et madame Marie-Claire LAMBERT, présidente de la commission des affaires sociales de la Chambre (PS) et du conseil d'administration du Centre Hospitalier Régional La Citadelle à Liège (cf. infra), cette dernière a estimé pouvoir s'exprimer au nom du monde médical flamand en affirmant que (je cite) « *Les médecins généralistes vivent également mal l'isolement en Flandre* ». Pour elle, la solution doit venir du nouveau système de financement des soins de santé, de la fameuse « *feuille de route* » annoncée par la ministre ONKELINX (cf. point 3.2.). Le Dr Jacques DE TOEUF a toutefois dénoncé à juste titre le risque de perte de qualité qui résulte des problèmes que génère la pléthore d'étudiants au niveau de la formation clinique (cf. point 4.5.2.).

#### **4.6. Agréations, Conseil supérieur, Commissions d'agrément et MANAMA (Master après Master)**

##### **4.6.1 Agréations en oncologie**

Fatigué d'attendre depuis de nombreuses années la mise en place de l'agrément des oncologues au titre professionnel complémentaire, le soussigné a écrit, en qualité de secrétaire général du GBS ainsi que de président de l'ABSyM, le 18.02.2013, une lettre ouverte à la Ministre ONKELINX ainsi qu'au Premier Ministre DI RUPO, dénonçant le mauvais fonctionnement du SPF Santé publique, puisque les commissions d'agrément<sup>90,91</sup> n'étaient pas constituées. Le passage de Monsieur Xavier VAN CAUTER de l'administration du SPF au cabinet ONKELINX n'offrait que peu d'espoir de solution rapide. Madame ONKELINX a exprimé publiquement son étonnement à l'égard de ma démarche dans sa réponse du 26.02.2013<sup>92,93,94</sup>.

Elle y défend son collaborateur Xavier VAN CAUTER -ce qui l'honore- et annonce urbi et orbi qu'un nouvel Arrêté Royal permettrait aux médecins spécialistes en pédiatrie qui introduisent un dossier de se voir attribuer la compétence professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatriques. Ce titre avait été créé par son prédécesseur Rudy DEMOTTE en juin 2007<sup>95</sup>. Bien qu'ayant terminé ma lettre du 18.02.2013 en ces termes : « *Geachte Premier, Mevrouw De Minister, dit kan zo niet verder* » (« *Cher Premier Ministre, Madame la Ministre, on ne peut pas continuer comme ça* »), et malgré sa promesse ministérielle publique, presque rien n'a changé depuis un an. Visiblement, les enfants atteints de cancer, leurs familles et leurs médecins traitants représentent un public électoral trop restreint pour y consacrer davantage d'attention. Par contre, il y a bien plus de cancers d'adultes justifiant des campagnes publicitaires tapageuses de grande ampleur en faveur de « plans du cancer »

La ministre a été moins claire dans sa réponse en ce qui concerne les gastro-entérologues, mais cela ne fait aucune différence puisque, comme les pédiatres, aucun gastro-entérologue ni pneumologue n'a obtenu sa compétence particulière « ...et en oncologie » depuis lors.

<sup>89</sup> « Faut-il mettre fin au numerus clausus en médecine ? ». La Libre Belgique, 30.01.2014.

<sup>90</sup> « L' ABSyM condamne les blocages ». Le Journal du Médecin 22.02.2013.

<sup>91</sup> « Minister talmt met erkenning specialisten ». Artsenkrant, 22.02.2013

<sup>92</sup> « Erkenning van specialisten: Onkelinx kaast de bal terug ». Artsenkrant 08.03.2013

<sup>93</sup> « Onkelinx répond à Moens ». Le journal du médecin 08.03.2013

<sup>94</sup> « Erkenning van specialisten: een onvergeeflijke vertraging ». De Specialist 13.03.2013.

<sup>95</sup> Arrêté ministériel du 14.05.2007 fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes porteurs de la qualification professionnelle particulière en hématologie et oncologie pédiatriques (M.B. 06.06.2007, entrée en vigueur en date du 16.06.2007)

Néanmoins, les arrêtés ministériels pris à cet effet – que, nota bene, ONKELINX a signé de sa propre main – sont prêts depuis des années, et pour être précis, depuis exactement quatre ans<sup>96,97</sup>.

Quant aux gynécologues, ils se trouvent toujours nulle part, puisque le projet d'arrêté ministériel que le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes avait rédigé en 2011 semble n'avoir pas mérité la moindre attention de la part du cabinet. Ils envisagent d'engager une procédure contre la ministre pour réclamer sous astreinte l'attribution de leur agrément comme gynécologue-oncologue.

Les avocats qui procèdent dans cette affaire pour les gynécologues s'inspirent des démarches judiciaires effectuées par les ostéopathes pour réclamer que la ministre ONKELINX accélère la mise en pratique de l'absurde « Loi COLLA ». La justice avait donné raison aux ostéopathes par un arrêt du 22 janvier 2010 et l'Etat belge avait été condamné par le tribunal de première instance à une astreinte de 5.000 euros par mois aussi longtemps que la loi Colla<sup>98</sup> ne serait pas exécutée. En pratique, cela voulait dire que l'Etat belge était redevable de l'astreinte jusqu'à ce que les commissions paritaires et la chambre de l'ostéopathie aient été constituées, c'est-à-dire la concrétisation des nominations des chambres visées à l'article 2 de la loi.

Cela n'a été fait que le 10.04.2012<sup>99</sup>. L'état belge a dû payer l'astreinte depuis juin 2010 pour un montant de +/- €80.000.

#### 4.6.2. Conseil supérieur et commissions d'agrément

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et médecins généralistes s'est réuni pour la dernière fois dans son ancienne composition le 05.07.2012, la durée des mandats de 6 ans arrivant à leur terme. Il a fallu attendre un nouvel arrêté ministériel de madame ONKELINX. Bien que les candidatures pour le Conseil supérieur aient été introduites à temps et après concertation entre l'ABSyM et le GBS, il a fallu attendre la publication de la nomination des 105 membres jusqu'au 24.07.2013<sup>100</sup>.

L'installation du nouveau Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes a eu lieu le 24.10.2013. L'ancien carrousel des réunions fictives une semaine avant la réunion effective a redémarré aussitôt comme je l'ai déjà décrit antérieurement.<sup>101</sup> Apparemment le Président Dirk CUYPERS n'a pas encore trouvé l'occasion de proposer à son ministre d'adapter le cadre légal de manière telle que le conseil puisse fonctionner également par procuration. Cela lui a cependant été demandé depuis 2008. En attendant Godot, notre directrice du GBS, Fanny

---

<sup>96</sup> Arrêté ministériel du 29.01.2010 fixant les critères d'agrément supplémentaires des candidats, maîtres de stage et services de stage pour la qualification professionnelle particulière en oncologie, spécifiques aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en gastro-entérologie (M.B. 03.02.2010 entré en vigueur 13.02.2010)

<sup>97</sup> Arrêté ministériel du 29 janvier 2010 fixant les critères d'agrément supplémentaires des candidats, maîtres de stage et services de stage pour la qualification particulière en oncologie, spécifiques aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en pneumologie (M.B. 03.02.2010, entré en vigueur 13.02.2010)

<sup>98</sup> Loi du 29.04.1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales, art. 2,§§2 et 3 : « § 2. Une commission paritaire " pratiques non conventionnelles " est instituée auprès du ministre. § 3. Une chambre sera créée pour chacune des pratiques non conventionnelles suivantes, " homéopathie ", " chiropraxie ", " ostéopathie " et " acupuncture. "(M.B. 24.06.1999).

<sup>99</sup> Arrêté royal du 27 mars 2012 portant nomination des membres de la commission paritaire visée à l'article 5 de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales, p. 20601.(M.B. 27.03.2012, 3<sup>e</sup> ed)

<sup>100</sup> Arrêté ministériel du 24.06.2013 portant nomination des membres du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. 16.08.2013, 1<sup>er</sup> ed.)

<sup>101</sup> « EU : to live and let die ». Rapport Annuel GBS 2011. Dr Marc Moens. 04.02.2012. Point 2.7.

VANDAMME, continue à informer systématiquement les 105 membres qu'ils ne doivent surtout pas donner suite à la première date d'appel pour la réunion, puisque les membres risquent alors de devoir rentrer bredouilles chez eux, l'histoire ayant suffisamment démontré que le quorum n'est jamais atteint lors de cette première réunion et que le principe de la procuration n'est pas admis par le président CUYPERS pour des raisons strictement juridiques. En effet, les procurations ne sont pas mentionnées dans le fonctionnement du Conseil Supérieur<sup>102</sup> et c'est sur base d'une procuration que le SPF Santé publique a été débouté, il y a longtemps, par le tribunal, dans un différend relatif à l'agrément d'un médecin-spécialiste. Par conséquent, chaque convocation d'une réunion du Conseil supérieur mentionne que, si le quorum n'est pas atteint – ce qui, grâce aux mails de Fanny VANDAMME devient une certitude – une semaine plus tard, une nouvelle réunion a lieu avec le même agenda, celle-ci pouvant statuer valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Quelques monuments du Conseil Supérieur n'y sont plus, soit parce qu'ils n'ont plus présenté leur candidature (p.ex. le Prof. Jacques GRUWEZ, membre depuis plus de 30 ans), soit parce que la ministre n'a pas voulu les renommer, comme p.ex. le Dr Michel MASSON. Une certaine rancune ne peut être exclue étant donné qu'aucun des spécialistes présentés par Chambre Liégeoise de l'ABSyM n'a été nommé. Les Liégeois ont en effet à plusieurs reprises osé se plaindre de problèmes liés à un maître de stage d'imagerie médicale du CHU de Liège, qui aurait été à l'origine du non agrément comme médecins spécialistes d'un certain nombre de jeunes radiologues en formation. Le PS est bien représenté tant dans les hôpitaux universitaires liégeois que dans le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle. Jusqu'au 18.01.2013, Jean-Pascal LABILLE était vice-président du conseil d'administration des deux hôpitaux liégeois, jusqu'à ce que, de son siège de Secrétaire-général francophone des mutualités socialistes qu'il occupait depuis 2008, il ait été subitement propulsé ministre fédéral des Entreprises publiques et de la Coopération au Développement, chargé des grandes villes.<sup>103</sup>

De la part d'un ministre qui en moins d'un an s'est offert le scalp d'un Didier BELLENS (Belgacom) et d'un Johnny THIJS (bpost)<sup>104</sup> on peut s'attendre qu'il s'occupe de la résistance locale d'un département dans l'un de ses ex-hôpitaux via ses bonnes relations liégeoises – et entre-temps aussi bruxelloises au 59 de la rue Ducale – avec Laurence BOVY, Chef de cabinet de la ministre Laurette ONKELINX et présidente du conseil d'administration de la SNCB.<sup>105</sup> Cela restera au stade des suppositions, tout en constatant que dans la commission d'agrément de l'imagerie médicale, les candidats liégeois présentés n'ont pas non plus été nommés.

Etant donné le retard pris pour la nomination des membres du Conseil supérieur et en partie suite au départ de Mme DELARUE responsable de la rédaction des différents arrêtés ministériels en matière d'agrément des médecins spécialistes, tous les préparatifs sont restés au point mort depuis la mi-2011. Pendant la réunion du Conseil supérieur du 05.12.2013, on a constaté que la rédaction du cadre juridique de tous ces arrêtés n'avait pas été entamée, à savoir dans ce cas-ci, les critères transversaux qui seraient d'application pour toutes les spécialités. Au cours de la précédente réunion du Conseil supérieur, en date du 05.07.2012, on

---

<sup>102</sup> Arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. 27.04.1983) article 6, §1, modifié par la loi du 10 décembre 2008.

<sup>103</sup> « Une pilule mutualiste empoisonnée » Point 4.2. Elections communales, politique de parti et conséquences pour les soins de santé. p. 23, 02.02.2013

<sup>104</sup> « Jean-Pascal Labille (PS): kwelduivel van overheids-CEO's ». Trends-Tendances, 08.01.2014

<sup>105</sup> « Le réseau de Jean-Pascal Labille ». Trends-Tendances, 18.01.2013

avait à peine esquissé un cadre général et des principes. C'est un oubli aux conséquences importantes. Ainsi, durant la séance marathon du Conseil supérieur du 05.12.2013, la tentative d'approuver les critères d'agrément des deux premières (sur 31) spécialités, les anatomo-pathologistes et les dermatologues, a échoué. Aujourd'hui plus personne n'ose parier sur quand tous ces critères seront réécrits, ni quel ministre signera les arrêtés. Ce travail prendra probablement des années.

Nous ne pouvons qu'espérer que les successeurs de Michel VAN HOEGAERDEN, Directeur-général DG2 auprès du SPF Santé publique, dont le mandat a pris fin le 07.06.2013, travailleront autrement et mieux. Bien qu'il ait fait ses adieux au SPF avec ces paroles (citation) « *On peut considérer que notre administration est entrée dans 21ème siècle* »- « *We kunnen stellen dat onze administratie de 21e eeuw is binnengetreden* », dans la newsletter de juin 2013 du SPF, il n'a pas été remplacé. Ses missions ont été ajoutées à celles de Christiaan DECOSTER, Directeur général DG Soins de santé, qui pourra entre autres compter sur l'assistance du Dr. Patrick WATERBLEY, qui était, jusqu'à fin juin 2012, directeur général du Heilig Hartziekenhuis Roeselare, avant la fusion avec la Stedelijk ziekenhuis Roeselare.

Malgré le mode de fonctionnement propre au 21e siècle, un retard important est apparu dans les dossiers d'agrément de médecins. Pour éliminer ce retard, une cellule « Support Office & Quality Assurance »(SOQA) a été créée, début 2013, au sein du Service Agréments des professions de santé. En 2014, ce service se verra attribuer une montagne de travail supplémentaire, puisque des milliers de technologues de laboratoire et des centaines de technologues d'imagerie médicale doivent obtenir leur agrément avant la fin de 2014.

#### **4.6.3. MaNaMa**

Entre 2001 et 2009, le GBS a discuté de maintes fois avec le VLIR<sup>106</sup> du Master après Master (MaNaMa), une création reprise dans la déclaration de Bologne du 19.06.1999, qui veut faire délivrer dans les états membres de l'UE des diplômes comparables dans leur structure de bachelier et de master (BaMa). La question en suspens était de savoir quelle serait la place des deux partenaires? Chaque partenaire percevait l'autre comme celui qui voulait s'accaparer la formation des médecins spécialistes. Les rencontres entre le GBS et le VLIR étaient polies, mais le fossé entre les deux restait profond. En 2010 et 2011 des négociations sur le même sujet ont été entamées avec le CHUB, centre des hôpitaux universitaires belges. Elles se sont interrompues en 2011 sans conclusion.

Au Conseil Supérieur des Médecins Généralistes et Spécialistes, on a vécu une discussion parallèle sur ce même sujet du MaNaMa. En date du 05.07.2012, le conseil a approuvé une déclaration de principe avec pour leitmotivs<sup>107</sup> la complémentarité et la parité. Comme le Conseil Supérieur ne s'est plus réuni durant 15 mois et que la première réunion du 17.10.2013 était une réunion d'installation, le débat sur le MaNaMa a été oublié sauf dans certains cercles très restreints, jusqu'au moment où les critères transversaux pour toutes les spécialités ont été mis à l'ordre du jour de la réunion du 05.12.2013 (cf. point 4.6.2.). Chez certains, les anciens démons ont ressurgi, alors que d'autres voulaient des résultats efficaces et collégiaux. D'autant plus que la 6<sup>ème</sup> réforme de l'état, dans son application, accorde aux communautés la reconnaissance individuelle des médecins-spécialistes. Par contre, le contenu de la formation

---

<sup>106</sup> Vlaamse Universitaire Raad

<sup>107</sup> Een giftige mutualiteitspil. VBS. Jaarverslag 012.DR Marc Moens, 02.02.2013, punt 2.1.6

et les critères transversaux restent une compétence du Conseil Supérieur fédéral et doivent donc être prêts avant le transfert.

Entretemps, l'évaluation du NVAO<sup>108</sup> concernant la formation des médecins spécialistes dans les universités flamandes a été diffusée prématurément dans les médias : « Opleiding Specialisten voldoet niet »<sup>109</sup>. (La formation des médecins spécialistes n'est pas satisfaisante). Seule la formation de la VUB a reçu le satisfecit de la NVAO. La KUL, l'UGent, l'UI Antwerpen ont été recalées. Le GBS avec l'ABSyM ont réagi par un communiqué de presse qui colle bien mieux à la réalité : « Vlaanderen leidt schitterende specialisten op ondanks de MaNaMa ». (La Flandre forme d'excellents médecins spécialistes malgré le MaNaMa). Le GBS et l'ABSyM ont expliqué que cette attestation de la NVAO n'est nullement obligatoire selon la loi belge et qu'elle n'a rien à voir avec la qualité des soins prodigués par les médecins-spécialistes.

C'est en mai 2013 que le rapport officiel a été publié et qu'à sa suite, les universités recalées ont formulé des critiques fondées sur les méthodes d'investigation de la NVAO.

Nous citons de ce rapport : « De commissie stelde vast dat het verouderde en complexe wettelijke kader voor de opleiding en erkenning van arts-specialisten de implementatie van de academische opleiding ernstig hindert. Hoewel de visitatiecommissie wel degelijk indicaties heeft dat er op het niveau van de Federale Overheid een en ander beweegt, is er grote nood aan een algemeen modern en transparant wettelijk kader met inbegrip van moderne arbeidsvoorwaarden aangepast aan de hedendaagse maatschappelijke verwachtingen ». (La commission a constaté que le cadre légal complexe et vieillissant pour la formation et la reconnaissance des médecins-spécialistes entrave gravement l'académisation de la formation. Bien que la commission de visite ait des indications fondées qu'au niveau fédéral les choses bougent, il est nécessaire de créer un cadre légal général moderne et transparent incluant des conditions de travail adaptées aux aspirations sociétales actuelles).

Malgré leurs critiques et leur indignation, les universités ont annoncé dans le même temps qu'elles allaient adapter la formation<sup>110</sup>. Cela est assez surprenant puisque les universités reprochent en réalité à la NVAO qu'elle n'a pas bien fait son travail et avec une approche qui n'est absolument pas en accord avec la situation belge des soins de santé. A la NVAO il n'y avait d'ailleurs qu'un seul belge, le Pr. ém. Dr Gaston Verellen (Cliniques Universitaires St. Luc, UCL, chef de service honoraire du département de pédiatrie et néonatalogie).

La protestation dans les médias flamands en date du 16.05.2013 a rappelé au soussigné la rime connue : *“Wij Willen Willem Weg, Wil Willem Wijzer Worden, Wij Willen Willem Weer”* (Nous voulons que Guillaume parte, si Guillaume veut devenir plus sage, nous voulons Guillaume à nouveau). C'était au temps où Guillaume I d'Orange régnait sur les Provinces Unies des Pays-Bas qui comprenaient les territoires Belges et la Principauté de Liège. Remplacez Guillaume par la NVAO et nous sommes en 2013. Mais les universités flamandes ne peuvent endiguer l'invasion décrétole des pédagogues éducateurs Néerlandais parce que la

---

<sup>108</sup> Nederlands Vlaamse Accreditering Organisatie

<sup>109</sup> De Standard 27.03.2013

<sup>110</sup> Geneeskunde past opleiding van artsen-specialisten aan ». De Standaard, 17.05.2013



NVAO est nécessaire à l'obtention de la reconnaissance de la formation spécialisée comme filière d'étude. Et comme il y a aujourd'hui 2.437 médecins-spécialistes flamands en formation qui peuvent être reconnus comme étudiants<sup>111</sup> et donc subsidiés, Guillaume pourra encore revenir, mais de préférence en un Guillaume II ou III ou IV ou tout autre, mais certainement plus en Guillaume I.

En marge du rapport de la commission NVAO, le doyen de la faculté de médecine de la KUL, le Pr Dr Jan GOFFIN a fait remarquer lors d'une interview à la radio « 1 » du 16.05.2013 que l'autorité néerlandaise accorde un subside annuel de 140.000 € par médecin-spécialiste en formation dans un hôpital non-universitaire et de 125.000 € dans un hôpital universitaire. En Belgique, on a 6.000 € à 7.000 € par an pour un médecin-spécialiste en formation dans un hôpital universitaire (et nd.r 0,00 € dans un hôpital non-universitaire).

Ce qui est remarquable, c'est qu'aux Pays-Bas il n'y a pas de MaNaMa ni d'examen pour les AIOS<sup>112</sup>. Nous avons reçu cette information lors de la visite du Dr L. Rijnierse et de Mme Mariel Casparie, représentants du OMS (Nederlandse Orde van Medische Specialisten), au GBS en date du 29.07.2013. Plus étonnant encore, c'est que l'OMS n'a jamais entendu parler de la NVAO. Cependant, l'OMS est l'organisation professionnelle des médecins-spécialistes qui représente presque 11000 futurs médecins-spécialistes. Au bureau de l'OMS, sis dans la Domus Medica à Utrecht, travaillent environ 60 personnes. C'est le bureau de l'OMS s'occupe de la reconnaissance des médecins spécialistes au Pays-Bas et non les universités.

Dans le contexte de la reconnaissance individuelle des médecins-spécialistes qui sera accordée selon la 6<sup>ième</sup> réforme de l'état par les communautés, des consultations ont été organisées à la demande des doyens flamands les 26.06.2013 et 19.09.2013. Les doyens des 5 universités flamandes (y compris l'U. Hasselt) ont rencontré les représentants des organisations professionnelles : Fanny VANDAMME, juriste du GBS et Ingrid DREEZEN, juriste du VAS et les Drs R. RUTSAERT (ASGB), L. DECLERCQ (VAS) et M. MOENS (ABSYM-GBS). En date du 19.09.2013, le dentiste St. HANSON (VVT)<sup>113</sup> et le Dr D. CUYPERS, directeur général du SPF Santé Publique se sont joints à eux.

Le but de la réunion était de créer une structure pour la reconnaissance des médecins. Les médecins ont défendu la position que cette structure doit être confiée aux services du ministre de la santé et pas à ceux du ministre de l'éducation. Les universités sont d'avis que le ministre de l'éducation doit être très impliqué. A côté des doyens, et sans que les non-académiques n'en aient été informés, les Prs. Drs. Wilfried DE BACKER (UZA) et Jan DE MAESENEER (UGent) étaient présents. Les non-universitaires reconnaissent en eux deux super-lobbyistes de leurs universités respectives.

Jan DE MAESENEER a réussi à l'époque à faire des médecins généralistes en formation de petits étudiants, et à écarter totalement la formation des médecins généralistes des mains des organisations professionnelles. Les spécialistes veulent absolument éviter ce scénario « worst case ».

---

<sup>111</sup> Note du groupe de direction de l'accréditation 15.01.2014- nombre total de médecins spécialistes en formation 4.385 dont 1.948 Francophones et 2.437 Néerlandophones.

<sup>112</sup> Artsen in opleiding tot specialist

<sup>113</sup> Vlaamse Vereniging voor tandartsen

L'alerte a été grande lorsqu'en date du 03.11.2013, Monsieur Christian DECOSTER, directeur-général du SPF, Santé publique et Sécurité de la chaîne alimentaire a écrit une lettre à tous les présidents des commissions d'agrément pour supprimer les évaluations en fin de formation. A ce jour, le candidat spécialiste en formation doit au terme de sa deuxième année pouvoir fournir une attestation qu'il a suivi avec fruit une formation universitaire. Il conclut sa lettre avec « tenant compte des éléments précités, les commissions d'agrément ne doivent pas organiser des évaluations pour les candidats-spécialistes ».

Un certain nombre de nos confrères universitaires surtout francophones, ont immédiatement interprété la lettre comme suit : les universités vont organiser à la fin de la formation des candidats spécialistes un examen qui leur permettra d'obtenir l'agrément de médecin-spécialiste au niveau communautaire. Après 12 années, le MaNaMa est toujours d'actualité. Pour ceux qui en doutent encore : le MaNaMa est purement une source de financement.

## **4.7. La médecine parallèle**

### **4.7.1. Le rapport du KCE**

La Ministre ONKELINX a mandaté le KCE pour réaliser une étude sur les thérapies non conventionnelles que l'ancien Ministre MARCEL COLLA avait instituées dans une monstrueuse loi il y a bientôt 10 ans.<sup>114</sup> Comme la population apprécie être trompée et comme les thérapeutes trépignent de voir leurs pratiques alternatives officiellement reconnues, le KCE a dû les évaluer en toute hâte. Début 2011, le KCE a publié trois rapports : en janvier sur l'ostéopathie et la chiropraxie<sup>115</sup>, en avril sur l'acupuncture<sup>116</sup>, et en mai, cerise sur le gâteau, sur l'homéopathie<sup>117</sup>.

Le KCE a constaté que ces pratiques soit n'ont pas le moindre effet (homéopathie), soit ne présentent qu'une utilité médicale très limitée.<sup>118</sup> Le KCE a en outre souligné que l'ostéopathie entraîne un grand nombre d'effets secondaires, légers (dans 30 à 60% des cas), mais parfois plus sérieux et peuvent même entraîner des complications mortelles, surtout lors de manipulations du cou. De plus, le KCE souligne qu'un patient qui se limite à recourir à un thérapeute non conventionnel court le risque qu'un problème médical sérieux ne soit pas diagnostiqué (ou trop tard), ce qui empêche (ou retarde) le recours à un traitement médical classique « evidence based ».

« Mais il n'est pire sourd que celui qui ne veut point entendre ». Au lieu de tenir compte du rapport du KCE, la Ministre ONKELINX a décidé d'abroger l'article 4 de la loi COLLA de 1999. Cet article dit que les arrêtés pris en vertu de cette loi « *ne peuvent produire leurs effets s'ils n'ont pas été confirmés par la loi avant la fin du sixième mois qui suit leur publication au Moniteur belge.* » Comme cette précision empêchait l'entrée en vigueur de l'A.R. qui

---

114 Loi 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. 24.06.1999)

115 « Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique », KCE Reports 148B, 13.01.2011

116 « Acupuncture : situation en Belgique », KCE REPORTS, 153B, 27.04.2011

117 « Etat des lieux de l'homéopathie en Belgique », KCE Reports 153B, 24.05.2011

118 « Ostéopathie et chiropraxie : efficacité prouvée uniquement pour les maux de nuque et de bas du dos, mais 90% des patients sont satisfaits », Communiqué de presse KCE, 13.01.2011

devait reconnaître les organisations professionnelles des praticiens d'une pratique non conventionnelle<sup>119</sup>, ONKELINX a balayé la loi du revers de la main.

Peu après, durant la session du Sénat belge du 09.11.2010, elle n'hésite pas à simplement ridiculiser le législateur (citation du rapport) : « *La ministre clôture sa présentation en attirant l'attention sur un point technique : l'article 4 de la loi de 1999, qui prévoit le principe de la confirmation parlementaire, précise que les arrêtés « ne peuvent produire leurs effets s'ils n'ont pas été confirmés par la loi avant la fin du sixième mois qui suit leur publication au Moniteur belge ».* L'arrêté ayant été publié le 12 avril 2010, le délai pour la confirmation expire dès lors théoriquement le 31 octobre 2010. Le législateur ne peut en principe pas lier ses successeurs. Par conséquent, le législateur actuel, s'il décide de confirmer cet arrêté, doit pouvoir le faire même après l'expiration du délai de six mois. »<sup>120</sup>

Au cours de la même session du Sénat du 09.11.2010, la ministre ONKELINX répond (citation) : « *que l'on attend encore les conclusions de l'étude du KCE. Dès que celles-ci seront disponibles, (Remarque : Ce qui est le cas depuis mai 2011) elle discutera avec le Parlement des modifications éventuelles à apporter à la loi du 29 avril 1999. En dix ans, le monde médical a en effet connu bon nombre d'évolutions. Bien entendu, ce débat ne peut être mené que dans le cadre d'une démarche scientifique.* »<sup>121</sup>

#### **4.7.2. Un changement législatif non conventionnel**

La Ministre Onkelinx a tenu ses promesses, mais pas dans le sens attendu par tout lecteur sensé. Le parlement approuve finalement l'abrogation de cet ennuyeux petit morceau de démocratie le 19.03.2013.<sup>122</sup> Depuis lors, les praticiens alternatifs peuvent faire approuver tout ou presque sans la moindre opposition. Le Parlement s'est mis lui-même une fois de plus hors-jeu, pour tenir compte des desiderata du véritable premier de Belgique. Pour préparer cette abrogation, la chambre des représentants a organisé le 19.02.2013 un « Echange de vue sur les avis de la commission paritaire "pratiques non conventionnelles" ». »<sup>123</sup>

Comme on pouvait s'y attendre, ni le GBS ni l'ABSyM n'ont été invités pour faire valoir leurs arguments. Depuis les premiers projets de loi, le GBS se bat contre les thérapies non conventionnelles. Quinze ans auparavant, le 11.03.1998, les présidents du GBS et de l'ABSyM, les doyens des facultés de médecine, les présidents des Académies Royales de Médecine belges, les membres du conseil national de l'Ordre, et le président de la W.V.V.H (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, le précurseur de Domus Medica) ont donné une conférence de presse pour attirer l'attention sur les dangers potentiels des pratiques non conventionnelles et leur absence de fondement scientifique. Rien n'y a fait.

Les quelques professeurs d'université tolérés dans l'échange de vue s'en sont tenus à leur opposition scientifiquement fondée. L'intervention du Dr DIRK CUYPERS, président de la commission paritaire et également la plus haute autorité administrative au SPF Santé

<sup>119</sup> Arrêté royal du 06.04.2010 portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle reconnue, (M.B. 12.04.2010)

<sup>120</sup> Rapport du sénat fait au nom de la Commission pour les affaires sociales – Doc 5-407/2 – p.4

<sup>121</sup> Rapport du sénat fait au nom de la Commission pour les affaires sociales – Doc 5-407/2 p.5

<sup>122</sup> Article 125 de la loi du 08.04.2013 portant sur des dispositions diverses en matière de santé (M.B. 29-03-2013)

<sup>123</sup> DOC 53 2644/001 de la Chambre des représentants du 19 février 2013, rapport fait au nom de la Commission de la Santé Publique, de l'Environnement et du Renouveau de la société : Echange de vues sur les avis de la commission paritaire "pratiques non conventionnelles" et des chambres créées pour chacune des pratiques non conventionnelles, rendus en vertu de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales (19.02.2013)

Publique, défie toute imagination. Voici- quelques citations qui peuvent toutes encore être consultées aujourd'hui<sup>124</sup>, alors que tous ceux qui ont été invités au parlement pour un échange d'idées ou une audition ont l'occasion de relire leur(s) intervention(s) pour en vérifier la pertinence et la(les) corriger si besoin en est, avant qu'elle(s) ne soi(en)t enregistrées dans le rapport et publiées :

p.25 : *« L'EBM connaît cependant des évolutions. La commission paritaire a pu prendre connaissance de nouvelles approches en la matière qui ont été proposées par un professeur d'université et qui se fondent sur les recherches menées par le "Centre for Evidence-based Medicine" de l'Université d'Oxford. Il existerait quatre niveaux, dont le plus haut consiste à avoir des résultats supérieurs au placebo au cours de quatre expérimentations successives. L'homéopathie ne résiste pas à ce contrôle. D'autres niveaux existent cependant dans la gradation. En fonction des techniques et de la situation dans laquelle se trouve le patient, le niveau 4 peut être atteint: dans ce cas, une seule « case study » suffit. »*

Une guérison à Lourdes d'un patient souffrant d'une sorte de cancer est selon le confrère DIRK CUYPERS concluante en matière d'Evidence Based Medicine. RAF MERTENS, directeur-général du centre fédéral d'expertise des soins de santé, n'a pas pu marquer son accord<sup>125</sup> au cours de cette séance d'audition du 11.04.2013.<sup>126</sup> Le soussigné estime que la défense des pratiques non-conventionnelles par le président, le Dr DIRK CUYPERS est alarmante, parfois hilarante, mais en tout cas pas objective, alors qu'il devrait tenir le rôle d'arbitre entre deux parties qui se détestent royalement. Ses arguments sont plus d'une fois en contradiction avec les conclusions des trois rapports du KCE sur les pratiques non-conventionnelles. Il est néanmoins vice-président du KCE, bien que cela n'apparaisse pas directement dans un de ses plaidoyers en faveur de l'homéopathie (voir également en page 25) :

*« En ce qui concerne l'homéopathie, des recherches tendent à démontrer que l'efficacité ne touche pas seulement l'individu mais aussi la société. Ces recherches comparent un groupe de médecins généralistes et un groupe de médecins de même catégorie qui pratiquent aussi l'homéopathie. Le second groupe prescrit beaucoup moins d'antibiotiques que le premier. C'est en effet le médecin qui détermine si l'affection est d'origine bactérienne ou non. Lorsque l'affection est virale, le médecin a le choix de ne pas prescrire d'antibiotiques compte tenu des résistances actuelles des souches virales. »* Un lapsus est vite arrivé. Mais que ce lapsus soit encore lisible un an plus tard est inexplicable, à moins que le président n'ait assimilé par une endosmose non conventionnelle le jargon des non-médecins, au point d'avoir totalement refoulé ses années passées dans une entreprise pharmaceutique.

Nous pouvons lire un autre point de vue singulier de notre confrère CUYPERS dans la discussion à propos de l'ostéopathie et de la chiropraxie sous la rubrique : «Orientation du dépistage par le professionnel»<sup>127</sup>. Le président estime que les ostéopathes peuvent prescrire des RX et des RMN sans contraste (probablement pour diminuer l'exposition aux rayons du patient belge), et que les chiropracteurs doivent pouvoir poser un diagnostic différentiel et par

<sup>124</sup> <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/53/2644/53K2644001.pdf>

<sup>125</sup> Chambre des représentants de Belgique, Document DOC 53 2644/002 du 11.04.2013, Première série d'auditions sur l'exécution de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales :

<sup>126</sup> <http://www.lachambre.be/FLWB/pdf/53/2644/53K2644002.pdf> DOC 53 2644/002. La Chambre des représentants 11.04.2013.

<sup>127</sup> <http://www.lachambre.be/FLWB/pdf/53/2644/53K2644002.pdf> DOC 53 2644/002p. 12, 2° Acupuncture, 2) et le "consommateur" p. 13, idem 4) et dia K5 p. 14.

conséquent pouvoir faire appel aux résultats de l'examen clinique et qu'ils doivent eux-mêmes pouvoir prescrire des examens cliniques. Toutes ces déclarations auraient-elles été mal notées par le rapporteur FRANCO SAMINARA, député PS à la chambre des représentants et fonctionnaire à la régie des bâtiments à Mons ? Ou peut-être est-ce la faute de Maya DETIÈGE, Sp-a, présidente de la commission Santé publique, environnement et renouveau de la société ? En tant que pharmacienne, ne connaîtrait-elle plus la différence entre les virus et les bactéries, même s'il est de notoriété publique qu'elle aime surtout les grosses bêtes ?

#### **4.7.3. Seul Caton l'Ancien peut nous apporter le salut**

Le soussigné peut imaginer que la séance d'audition du 11.04.2013 a dû être un véritable martyr pour les deux doyens flamands, le Prof. Dr Jan GOFFIN (KU Leuven) et le Prof. Dr Guy VANDERSTRAETEN (U Gent). Le 29.01.2013, le soussigné a publié un communiqué de presse ayant pour titre : « Veuillez enfin arrêter l'exercice illégal de la médecine ». Le 07.03.2013, nous avons envoyé à la ministre ONKELINX une lettre circonstanciée reprenant la – désormais historique- argumentation contre la loi COLLA et ses arrêtés d'exécution, mais nous n'avons même pas reçu d'accusé de réception. Comme le 11.03.1998, toutes les organisations de médecins se sont regroupées le 18.04.2013 pour montrer une fois encore leur opposition à la modification de la loi, entretemps malheureusement entrée en application.<sup>128</sup> Rien n'y a fait. Entretemps, nous entendons des plaintes que les chambres et les commissions paritaires des pratiques non conventionnelles sont convoquées et organisées dans le chaos par le SPF Santé publique. Quelques membres médecins appellent cela du sabotage. Les réunions chaotiques du SPF Santé Publique qui ont pour corollaire de systématiquement profiter au ministre compétent, deviennent entretemps tristement célèbres. (cf. point 4.5.1)

Entretemps, le 25.04.2013, le sénateur N-VA Louis IDE a organisé au parlement un symposium<sup>129</sup> intéressant intitulé « Evidence Based Medicine (EBM) comme guide dans l'évaluation de la médecine (alternative) » avec des orateurs invités critiques connus, comme le Dr HANS VAN BRABANDT (KCE et CEBAM), le Prof. Dr BERT AERTGEERTS (Centre Belge d'Evidence Based Medicine – CEBAM) et le Prof. Em. Dr Edzard ERNST, professeur de médecine complémentaire à l'Université d'Exeter, RU, qui fait autorité en matière de recherche de pratiques alternatives et auteur du livre « Roulé ou soigné ? ». Qu'à cela ne tienne, la ministre ONKELINX aura donné encore une autre raison, cette fois-ci d'ordre communautaire, pour persévérer obstinément dans sa mauvaise foi « non-conventionnelle ». Son entêtement n'a pas de pareil, sauf dans le dossier où pendant presque huit ans elle a ennuyé les pédiatres en leur refusant leur compétence particulière en hématologie et oncologie.

En la matière, le soussigné se plaît à paraphraser le discours de Caton l'Ancien (+/- 184 av. J.-C.) : « "Ceterum censeo Carthaginem delendam esse." (Par ailleurs, je suis d'avis que Carthage doit être détruite). Le mot Carthage doit ici être remplacé par les termes « la loi Colla ».

## **5. ACCORD MEDICO-MUTUALISTE DU 23.01.2013**

### **5.1. Cadre budgétaire**

---

<sup>128</sup> Article 125 de la loi du 08.04.2013 portant sur des dispositions diverses en matière de santé (I) (M.B. 29.03.2013)

<sup>129</sup> <http://www.vlaamsegezondheidszorg.com/blikvanger/symposium-evidence-based-medicine>

Le degré de difficulté à aboutir à un accord médico-mutualiste 2013-2014 semblait insurmontable. Même un diplomate chevronné, avec des années d'expérience comme Jo DE COCK n'a pas réussi à le ratifier dans les délais prévus, à savoir avant Noël 2012. La Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit de conclure un accord et de le présenter au comité de l'assurance accompagné d'un avis de la Commission de contrôle budgétaire avant le 30 novembre.<sup>130</sup> Cela ne s'est plus produit au cours des vingt dernières années.

Il est possible de dénoncer l'accord jusqu'à trente jours<sup>131</sup> après sa publication au Moniteur Belge<sup>132</sup>, soit jusqu'au 13.03.2013. Entretemps, le législateur a prévu explicitement que les médecins déjà conventionnés au 31.12.2012 devaient appliquer les tarifs conventionnels jusqu'au 31.03.2013 ou jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord<sup>133</sup>. 45 jours après sa publication, aucun arrondissement n'ayant rejeté l'accord, celui-ci est entré en vigueur le 28.03.2013<sup>134</sup>. Ce n'est donc pas un hasard si le gouvernement a attendu jusqu'au 30.03.2013 pour annoncer durant son conclave budgétaire des mesures d'économies additionnelles drastiques sur les honoraires des médecins (et également au niveau des hôpitaux).

Néanmoins, l'accord conclu le 23.01.2013 prévoyait déjà une série d'économies pour un montant de 105 millions d'Euros, préalablement inscrites dans l'accord suite à une forte pression gouvernementale : 82,3 millions d'euros suite aux dépassements estimés de l'objectif budgétaire 2012 dans les secteurs de la biologie clinique, de l'imagerie médicale, des prestations extraordinaires, de la chirurgie, de la gynécologie, de montants forfaitaires divers ; 20 millions d'euros suite à une réduction planifiée en volume d'imagerie médicale, et 2,7 millions d'euros suite à l'introduction d'une limite à la prime de télématique pour les médecins généralistes .

Ces économies s'ajoutent à la série d'économies inscrites dans les accords précédents :

- 2009-2010 : 14 millions d'euros
- 2011 : 30 millions d'euros
- 2012 : 150 millions d'euros
- 2013 : 105 millions d'euros

L'économie totale réalisée par les accords de ces 4 dernières années s'élève à 299 millions d'euros.

A celle-ci, il faut encore ajouter les économies décidées lors de la réunion du 30.03.2013 du Kern un samedi de Pâques<sup>135</sup>. Annuellement, c'est une économie pour les médecins de :

- 32,684 millions d'euros sur les honoraires forfaitaires de biologie clinique par prescription à des patients ambulants,
- 16,049 millions d'euros en incorporant l'ECG au prix de journée (BMF),

<sup>130</sup> Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités : Art. 51 §1

<sup>131</sup> Ibid : Art. 50 §3 alinéa 2

<sup>132</sup> Article 16 de la loi programme du 27.12.2012 : « Pour les médecins qui n'ont pas refusé d'adhérer à l'accord national médico-mutualiste du 21 décembre 2011, les honoraires fixés dans cet accord restent d'application jusqu'à la date d'entrée en vigueur d'un nouvel accord national médico-mutualiste ou d'un document visé à l'article 51, § 1er, alinéa 6, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et ce jusqu'au 31 mars 2013 au plus tard. » (M.B. 31.12.2012)

<sup>133</sup> Moniteur Belge 11.02.2013, Ed. 2.

<sup>134</sup> Conformément à l'article 50 §3 al1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

<sup>135</sup> Communication du contrôle budgétaire de mars 2013

- 6,8 millions en interdisant le cumul de l'honoraire forfaitaire de biologie clinique d'admission via le service des urgences et de l'honoraire forfaitaire de biologie clinique ambulatoire<sup>136</sup>,
- 5,9 millions en interdisant le cumul de l'honoraire forfaitaire ambulatoire et de l'honoraire forfaitaire de consultance d'admission via le service des urgences,
- 1,1 million d'euros en limitant à 82% l'honoraire forfaitaire de biologie clinique par admission en cas de réadmission dans les dix jours,
- 1,1 million d'euros en limitant à 82% l'honoraire forfaitaire d'imagerie médicale par admission en cas de réadmission dans les dix jours,
- 10 millions d'euros grâce à l'élimination de l'utilisation inappropriée de la nouvelle nomenclature de réanimation.

Soit un total de 73,63 millions d'euros qui viennent s'ajouter aux 105 millions d'euros d'économies déjà négociés. Dans le même communiqué, le gouvernement a fait savoir qu'il allait élaborer une feuille de route pour instaurer un financement forfaitaire prospectif par pathologie des hôpitaux. Selon les informations à notre disposition, pas la moindre organisation de médecins n'a été consultée.

Suite à des protestations unanimes de la part de tous les bancs, des syndicats de médecins, des gestionnaires d'hôpitaux, des associations scientifiques, bref tout le monde d'une seule voix dans toutes les parties du pays, l'économie exigée sur l'ECG a été supprimée. Mais la ministre a décidé que les cardiologues devraient supporter 8 millions d'euros d'économies, soit 50% des 16,049 millions d'euros planifiées. Le banc des mutuelles a alors proposé une solution de facilité en prévoyant la même rémunération pour l'échocardiographie de stress, quelle que soit la technique utilisée, et en introduisant une règle interdisant le cumul entre le CT coronarien et la coronarographie. Les mutualités ne se sont pas rendu compte que les économies étaient ainsi partiellement transférées aux radiologues, qui doivent déjà endurer des millions d'économies. Il n'y a pas que les cardiologues et les radiologues qui s'inquiètent des économies en imagerie médicale, il en va de même des gestionnaires d'hôpitaux.

Finalement les économies additionnelles sur les honoraires des médecins se chiffrent à 65,581 millions d'euros.

Les économies complémentaires que devront aussi endurer les hôpitaux à partir de 2014, s'élèvent à 66,1 millions d'euros d'après les chiffres de la Task Force<sup>137</sup>. Ces économies auront des répercussions sur les honoraires des médecins. Ceux-ci seront sans aucun doute davantage sollicités pour compenser les diminutions de revenus des hôpitaux.

La question qui se pose de plus en plus est la suivante : à quoi servent toutes ces tractations avec les mutuelles si le gouvernement prend d'autres mesures d'économies décidées au hasard, tandis que les médecins qui ont adhéré à l'accord sont liés contractuellement et ne peuvent plus y déroger.

---

<sup>136</sup> Note CGV 2013/357 du 15.10.2013

<sup>137</sup> Ibidem

De plus, pourquoi les syndicats médicaux doivent-ils encore supporter davantage les tracasseries imposées par les mutuelles ? Pourquoi les syndicats médicaux ne traitent-ils pas directement avec le gouvernement via les fonctionnaires de l'INAMI ?

Pourquoi le politique continue-t-il d'accepter que la fragmentation des systèmes d'administrations et de facturations incompatibles entre elles continue d'exister ? On pourrait certainement économiser des centaines de millions d'euros sur la somme de 1,070 milliard d'euros de coûts administratifs (voir table 5.5.) des mutuelles en uniformisant leur informatique. Il vaudrait mieux transférer les mécanismes financiers à l'INAMI, et réduire les mutualités à leur raison d'être : la défense de leurs membres.

## **5.2. Le combat des suppléments avec les MC**

Depuis la conclusion de l'accord 20013-2014, le 23.01.2013, la médico-mut. s'est réunie à dix reprises en 2013 : les 25 mars, 22 avril, 3 juin, 8 juillet, 8 et 28 octobre, 12 et 25 novembre et 9 et 16 décembre. A côté des thèmes classiques comme le contrôle budgétaire et l'évaluation du contenu et de l'impact budgétaire des propositions de modification de la nomenclature du conseil technique médical (CTM), quelques dossiers ont attiré l'attention en 2013.

Les médecins généralistes ont bénéficié de nombreuses largesses, notamment en ce qui concerne les postes de garde de médecins généralistes, les trajets de soins et les réseaux locaux multidisciplinaires (RMD). Et la médico-mut. a soutenu unanimement toute une série de nouvelles initiatives.

Les mutualités ont occupé le terrain en 2013 avec une série de propositions négatives, presque systématiquement à l'initiative des mutualités chrétiennes.

Jusqu'au 13.03.2013, les médecins pouvaient se déconventionner. Dès le lendemain, le 14.03.2013, la ministre Laurette ONKELINX a envoyé une lettre<sup>138</sup> à JO DE COCK, président de la Commission nationale médico-mutualiste, en lui demandant de mettre en vigueur l'article 152 §1 de la loi sur les hôpitaux.<sup>139</sup> Cela signifie que la ministre exige dans le mois un avis de la médico-mut à propos d'une liste de prestations pour lesquelles des suppléments ne peuvent plus être perçus si le patient séjourne dans une chambre à deux lits ou plus, en hôpital de jour. La dernière phrase de ce paragraphe est importante : « Cet avis est considéré avoir été donné si l'avis n'a pas été formulé dans ce délai. »

Ce point a été discuté en détail lors des réunions des 25 mars et 22 avril, et la médico-mut était unanimement d'accord pour adopter la recommandation qui figurait déjà au point 4.6. de l'accord médico-mut. du 23.01.2013 à propos des patients hospitalisés dans les services de jour d'oncologie. La recommandation dit : « La CNMM recommande aux médecins non conventionnés de ne demander aucun supplément, en chambre commune ou à 2 lits, tant en hospitalisation de jour pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les malades chroniques qu'en hospitalisation de jour oncologique pour tous les bénéficiaires. »

---

<sup>138</sup> Doc. NCGZ 2013/21

<sup>139</sup> Loi coordonnée du 10.07.1988 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, Art. 152 §1



Alors que le président DE COCK, au cours de la réunion de la Médico-mut du 03.06.2013, s'apprêtait à faire approuver un projet de lettre<sup>140</sup> à la ministre visant à l'informer officiellement de la position de la médico-mut. (alors qu'elle en avait déjà été informée verbalement) sur base des rapports approuvés des réunions des 25 mars et 22 avril 2013, Mr Marc JUSTAERT n'a subitement plus été d'accord. Tous les médecins, qu'ils soient membres du Cartel ou de l'ABSVM, ont été extrêmement offusqués par ce reniement public du président des MC. Le président DE COCK a alors brusquement interrompu la réunion.

Durant les réunions suivantes, le président des MC, JUSTAERT a voulu interdire spécifiquement que des ophtalmologues non conventionnés puissent encore demander des suppléments en chambre à deux lits ou plus en hospitalisation de jour. L'ABSVM a maintenu son refus et finalement, le président DE COCK a envoyé un avis ambigu à la ministre. La liste « des prestations définies par le roi » n'existe toujours pas, et ne verra probablement plus le jour sous la législature actuelle.

Pendant les réunions de la médico-mut., la seule question que Mr JUSTAERT, président des MC, n'a pas soulevée est celle des suppléments d'honoraires en chambre individuelle. Il a déjà assez fait parler de lui et en plus, ce point n'est pas inscrit dans l'accord de gouvernement. Mais ses partisans au CD&V préparent le terrain au plus vite. Les élus CD&V Nathalie MUYLLE et Nik VAN GOOL ont déjà introduit une proposition de loi prévoyant entre autres de limiter à 100% les suppléments d'honoraires pour les patients séjournant en chambre individuelle<sup>141</sup>. Madame MUYLLE a fait part de ses intentions d'une manière très audacieuse dans la presse médicale en n'hésitant pas à y glisser quelques erreurs factuelles. Elle n'a pas apprécié ma réaction en tant que président de l'ABSVM. Suite à cela, le soussigné a reçu une lettre indignée du président du CD&V, Wouter BEKE, fils du médecin généraliste Paul BEKE, membre éminent du conseil provincial de l'ordre des médecins du Limbourg, et également président du Conseil d'administration de Practimed Tessenderlo.

### **5.3. La transparence mutualiste**

La directive européenne concernant les soins de santé transfrontaliers est entrée en vigueur le 25 octobre 2013.<sup>142</sup> Cette directive définit le cadre légal qui permet aux patients de se rendre d'un état-membre de l'UE dans un autre pour des soins médicaux planifiés. Des points de contact nationaux doivent fournir les informations nécessaires. Pour certains soins, l'organisme assureur du pays dont le patient est originaire doit donner son accord préalable.

La directive n'est pas encore transposée en droit belge, mais le projet est en chantier depuis de nombreux mois et a déjà été discuté en détail au sein du comité de l'assurance de l'INAMI et de la commission nationale Médico-mutualiste. Evidemment, les mutuelles ont profité de la transposition de cette directive européenne en droit belge, pour créer avec la bienveillance des cabinets ministériels une base juridique qui leur permet de mettre la main sur des informations sur des médecins traitants auprès de leurs membres, alors qu'ils n'ont pas le droit.

---

<sup>140</sup> Doc. NCGZ 2013/43 du 29.05.2013

<sup>141</sup> Proposition de loi visant à modifier la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne les suppléments d'honoraires – Chambre des représentants dd 29.05.2013 doc 543 2843/001

<sup>142</sup> Directive [2011/24/UE](#) du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Les médecins acceptent de jouer le jeu de la transparence vis-à-vis de leurs patients et sont prêts à leur transmettre les documents requis par l'UE, même si cela impose une charge administrative supplémentaire. Mais pas aux mutuelles, quand il s'agit par exemple de prestations qui ne sont pas remboursées. L'interdiction d'acompte, et plus grave encore l'interdiction totale de demande de suppléments par les anatomo-pathologistes, les généticiens et les biologistes cliniques n'ont absolument rien à voir avec la Directive UE 2011/24. Sur le plan fiscal, il faut encore répondre à des questions importantes au sujet de la taxation des revenus obtenus par les sociétés de médecins. Le Cabinet ONKELINX souhaite encore faire adopter ce projet de loi par le parlement avant qu'elle ne quitte son poste aux affaires sociales et à la santé publique.

Le 28.11.2013 l'ABSyM a dénoncé l'accord du 23.01.2013 à titre conservatoire pour la seconde moitié, à savoir pour l'année 2014, à moins que des modifications fondamentales ne soient apportées à ce projet de loi.<sup>143</sup> L'ABSyM a élaboré une série de contre-propositions qu'elle a passée en revue avec le président JO DE COCK et certains politiciens. Des adaptations importantes ont été promises, de sorte que finalement, la réunion de la médico-mut du 10.12.2013 n'a pas débouché sur une rupture.<sup>144</sup> Le 16.12.2013, l'index de 1,39% prévu par l'accord en cours a été alloué linéairement à toutes les prestations médicales.

#### **5.4. L'enquête « bidon » des M.C.<sup>145</sup>**

Pour montrer la nécessité d'une loi sur la transparence, en 2013, les mutualités chrétiennes (MC) ont effectué une enquête auprès de leurs membres sur le montant des honoraires en ambulatoire payés par leurs patients chez le médecin spécialiste. Certains affiliés des MC nous ont raconté que contre leur volonté, ils ont été obligés de communiquer des montants sous la menace de n'être pas remboursés. Dans un débat, en live à Radio « 1 », le 16.10.2013, le président des MC, Marc JUSTAERT, a prétendu que ceci était impossible, mais c'est en fait l'inverse est qui est la réalité.

La lumière éclata au grand jour lorsque nous avons fait remarquer que les MC ne pouvaient pas savoir si le montant demandé par le médecin-spécialiste n'incluait pas aussi des actes qui ne sont pas remboursés faute de code I.N.A.M.I. Un exemple courant est l'infiltration intra-articulaire qui n'est plus remboursée que pour atteintes inflammatoires des articulations et uniquement lorsqu'elle est effectuée par un rhumatologue. Si un autre médecin-spécialiste, p.ex. un orthopédiste, demande un honoraire non remboursé, p.ex. l'ancien honoraire de 12 € alors le montant total de l'honoraire de sa consultation grimpe de 24,6 € à 36,6 € Les MC qualifient cet honoraire d'un supplément non autorisé. Si un gynécologue effectue un dépistage annuel par frottis du col, alors que le remboursement n'est accordé pour un frottis que tous les trois ans, et qu'il compte pour cet acte un honoraire de 7 € alors les MC qualifient cette façon d'agir, qui est correcte, de supplément non autorisé. On ne doit dès lors pas s'étonner que les gynécologues conventionnés aient été particulièrement visés alors qu'ils demandent des honoraires de façon correcte<sup>146</sup>.

---

<sup>143</sup> "Les médecins de l'ABSyM menacent de déchirer l'accord Médicomut". L'Echo. 29.11.2013.

<sup>144</sup> "BVAS haalt slag thuis". Artsenkrant 13.12.2013.

<sup>145</sup> Annexe presse. Enquête [Combien payez-vous chez un médecin spécialiste](#) MC 16.10.2013

<sup>146</sup> Vooral gynaecologen doen je teveel betalen » Het Laaste Nieuws 17.10.201

Réaction de Marc JUSTAERT : « Voilà la preuve que nous avons besoin de toutes les données si nous voulons organiser une enquête correcte et donc également les prestations non remboursées. A défaut, nous ne pouvons pas informer correctement tous nos membres. »

### 5.5. Les coûts administratifs des mutualités

Dans notre rapport annuel 2011<sup>147</sup>, nous vous avons annoncé la publication d'une loi qui pour la première fois, depuis que le soussigné enregistre les dépenses de soins de santé et les coûts administratifs des mutuelles, allait entraîner une baisse des coûts d'administration des mutualités. La loi a été publiée et a eu les résultats repris dans la table 3.<sup>148</sup>

La croissance moyenne annuelle des honoraires des médecins en valeur nominale (donc sans tenir compte de l'évolution de l'index) entre 1986 et 2014 s'élève à 4,26%. Au cours de la même période, la croissance annuelle des coûts administratifs des mutuelles s'élève à 3,18%. L'informatisation et l'automatisation des tâches administratives est moins consommatrice de main d'œuvre que l'accueil médical des patients, d'autant plus que la croissance de la population s'est élevée à environ 1.236.000 individus au cours des 28 dernières années. Le nombre de médecins au cours de la même période est passé de 31.608 à 47.078, soit une augmentation de 48,9% ou une augmentation moyenne annuelle de 1,43%.

#### **Dépenses des coûts administratifs de toutes les mutuelles comparées aux dépenses de l'INAMI pour les honoraires des médecins (en millions d'euros) (en valeur nominale)**

Année	Coûts administratifs O.A.*		Dépenses Inami pour les honoraires des médecins**	
	Montant	Croissance annuelle (%)	Montant	Croissance annuelle %
1986	445,628	0,00	2.426,70	0,00
1987	460,958	+ 1,17	2.644,40	+ 8,97
1988	460,958	+ 0,00	2.626,00	- 0,69
1989	475,956	+ 3,25	2.800,20	+ 6,63
1990	494,002	+ 3,79	2.944,60	+ 5,15
1991	511,900	+ 3,62	3.194,10	+ 8,48
1992	528,782	+ 3,30	3.379,00	+ 5,79
1993	554,513	+ 4,86	3.298,30	- 2,39
1994	571,023	+ 2,98	3.235,50	- 1,90
1995	585,574	+ 2,55	3.362,20	+ 3,92
1996	602,480	+ 2,89	3.685,10	+ 9,60
1997	624,593	+ 3,67	3.500,80	- 5,00
1998	639,664	+ 2,42	3.722,00	+ 6,32
1999	647,572	+ 1,24	3.923,40	+ 5,41
2000	670,279	+ 3,51	4.128,80	+ 5,24
2001	696,878	+ 3,97	4.344,00	+ 5,21
2002	744,678	+ 6,86	4.291,50	- 1,21
2003	779,678	+ 4,70	4.623,60	+ 7,74
2004	816,479	+ 4,72	5.062,60	+ 9,49
2005	846,688	+ 3,70	5.292,30	+ 4,54
2006	878,015	+ 3,70	5.274,90	- 0,33
2007	910,940	+ 3,75	5.608,10	+ 6,32

<sup>147</sup> "EU: to live and let die". V.B.S.rapport annuel 2011. Dr. Marc Moens. 04.02.2012. Point4.2. La mise à jour de l'accord

<sup>148</sup> Article 8 de la loi du 17.02.2012 portant sur des dispositions diverses en matière de santé (1), Ed.3. (M.B. 17.02.2012).

2008	945,155	+ 3,76	6.135,90	+ 9,41
2009	989,236	+ 4,66	6.637,60	+ 8,18
2010	1.029,425	+ 4,06	6.665,92	+ 0,43
2011	1.052,421	+ 2,23	6.955,94	+ 4,35
2012	1.047,527	- 0,47	7.265,43	+ 4,45
2013	1.045,193	- 0,22	°7.581,70	+ 4,35
2014	1.070,390	+ 2,41	°°7.802,24	+ 2,91

Tableau 3

- \* Art. 39 de la loi programme (I) du 26.12.2013 (années 2003 à 2014) et rapports annuels précédents du GBS
- \*\* Rapports annuels de l'INAMI
- ° Note du CGSS 2013/084 du 25.11.2013 (p. 24) : estimation technique
- °° Note du CGSS 2013/078 du 15.10.2013 (p. 6) : objectifs budgétaires

Augmentation au cours de la période 1986-2014 :

- Coûts administratifs O.A. : +140,2%
- Honoraires des médecins : +221,5%

Augmentation annuelle moyenne durant la période 1986-2014 :

- Coûts administratifs O.A. : +3,18%
- Honoraires des médecins : +4,26%

Nombre d'habitants en Belgique : 1986 : 9.913.664 – 2014 : ± 11.150.000 soit 12,47% ou une augmentation moyenne annuelle de 0,42%

Nombre de médecins : 1986 : 31.608 – 01.01.2014 : 47.078 ou une augmentation de 48,9%, ce qui correspond à une augmentation moyenne annuelle sur la période 1986-2014 de 1,43%

Malgré les économies dans leurs coûts administratifs, limitées à respectivement -0,47% en 2012 et -0,22% en 2013, certaines mutualités utilisent les moyens que les citoyens belges leur ont alloués via le Parlement, à réaliser des campagnes publicitaires pour recruter des membres ou, comme les Mutualités Chrétiennes, à présenter les médecins sous un mauvais angle. Elles ont remarqué que le *bashing*<sup>149</sup> des médecins leur apportait davantage de nouveaux membres. Un survol du nombre de membres affiliés aux différentes mutualités montre que le champion des détracteurs de médecins, l'alliance nationale des mutualités chrétiennes, sous la houlette de l'omniprésent et intarissable sur tous les sujets, Marc JUSTAERT, a vu sa part sur le marché de l'assurance se réduire de 44,47% en juin 1998 à 41,37% en juin 2013 (cf. table 4).

En pourcentage, cela correspond à une perte de 7,6% des membres potentiels, sachant que le nombre de citoyens assurés a augmenté de 901.715 personnes et que le nombre de membres des MC n'a augmenté que de 30.228 unités. Nous ne retrouvons pas ces chiffres sur le site attractif des MC : « Comment ça va avec vous ? ». Sur le même site, on peut néanmoins lire que même les plus de 65 ans peuvent souscrire à une assurance hospitalisation auprès des MC. Cette annonce n'est sans doute pas destinée au président des MC. Il est déjà membre et il n'atteindra l'âge de 65 ans qu'en 2015.

**Nombre de membres auprès des MC au 30 juin, en chiffres absolus et en % du nombre total d'assurés**

<sup>149</sup> "Marc Moens: 'Dit was een jaartje dokters bashen!'. Knack, 27.11.2013.

	1998		2003		2008		2013	
	Chif. Absol.	%	Chif. Absol.	%	Chif. Absol.	%	Chif. Absolt	%
Régl. générale	3.979.312	44,27	3.999.397	43,29	3.986.572	42,21	4.031.618	41,29
Indépendants	528.555	48,94	478.262	48,17	464.811	45,10	486.863	43,11
Autres	-	-	22.045	30,35	24.691	27,64	37.614	31,73
Total MC	4.507.867	44,77	4.499.704	43,67	4.476.074	42,37	4.538.095	41,37
Tot. Assurés	10.067.992	100,00	10.304.038	100,00	10.563.498	100,00	10.969.707	100,00

Source: INAMI, note CGSS 2005/91 du 21.11.2005, et note CGSS 2013/076 du 14.10.2013 Table 4

### **5.6. Déconventionnement: évolution des pourcentages**

Le tableau de la page suivante montre l'évolution du nombre de médecins qui ont refusé d'adhérer à l'accord, depuis l'accord du 13.12.1993 jusqu'à l'accord du 23.01.2013. Globalement, le nombre de médecins qui ont refusé l'accord n'augmente que de 0,13% par rapport à l'accord précédent du 21.12.2011 (avant l'année 2012), passant de 16,77% à 16,90%. Et par rapport au pourcentage moyen des vingt dernières années, le pourcentage de déconventionnement du 23.01.2013 n'est inférieur que de 0,27%.

Le top 5 des spécialités qui ont refusé d'adhérer à l'accord reste inchangé, et reste exceptionnellement élevé. Entre parenthèses se trouve le pourcentage moyen de déconventionnement des 20 dernières années : stomatologie 39,76% (37,55), gynécologie 51,25% (45,14), ophtalmologie 58,59% (53,36), chirurgie plastique 61,89% (61,59) et dermatologie 70,0% (63,51). En 2013 le pourcentage moyen de déconventionnement parmi les spécialités championnes du déconventionnement atteint 56,3%. Etant donné que ce pourcentage s'élevait à 52,23% en moyenne sur les vingt dernières années, l'augmentation est donc significative en 2013.

Comme l'ABSyM l'avait prévu durant les négociations, le fait que la prime d'adhésion à l'accord soit maintenue à 434€ pour le médecin restant conventionné durant toute la durée de l'accord et à condition qu'il atteigne un volume déterminé de prestations INAMI, n'a pas vraiment eu d'effet, en tout cas certainement pas dans les groupes de médecins présentant un pourcentage de déconventionnement élevé<sup>150</sup>. On aurait mieux fait de consacrer cette somme à des honoraires, mais il faut être deux pour danser le tango : Marc JUSTAERT d'un côté, et tous les autres de l'autre. Et comme le président JUSTAERT voulait coûte que coûte obtenir un complément de forfait et que les autres acteurs de la médico-mut. souhaitaient quelques heures de repos, ses exigences ont été acceptées. Marc JUSTAERT lui-même a le grand art de s'assoupir durant les réunions. Il exprime ainsi son désintérêt pour ses interlocuteurs et espère ainsi récupérer un peu de sommeil perdu.

<sup>150</sup> Point 4.4 de l'accord du 23.01.203 : Incitation à adhérer entièrement à l'accord

**EVOLUTION DU POURCENTAGE DE DECONVENTIONNEMENT 1993-2012 PAR DISCIPLINE**

	23.01.2013	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	0,46	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	2,46	2,53	2,74											2,58
3 Gériatrie	2,54	2,75	2,56											2,62
4 Biologie clinique	3,35	2,87	3,19	2,56	2,27	2,68	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04	2,92	2,34
5 Oncologie médicale	4,46	4,48	3,11											4,02
6 Radiothérapie	5,69	5,56	3,81	4,57	3,74	3,89	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24	7,08	4,63
7 Médecine nucléaire	5,72	6,46	6,71	4,39	3,79	4,36	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35	6,69	4,87
8 Méd. interne + endocrino diabét.	6,10	5,64	5,71	7,48	6,31	6,92	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99	9,98	7,63
9 Anatomie pathologique	7,06	6,82	6,33	6,62	3,81	4,85	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51	8,65	5,63
10 Pneumologie	7,72	7,65	6,87	6,68	5,91	5,16	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43	8,42	6,62
11 Autres spécialités	9,57	9,80	7,89											9,09
12 Neurologie	11,62	12,82	9,94	7,74	4,42	4,81	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33	5,33	6,77
13 Pédiatrie + neurologie péd.	12,00	11,00	10,62	11,21	9,96	9,70	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93	18,21	12,49
14 Anesthésiologie	12,06	12,41	12,10	12,55	13,60	15,27	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27	16,61	14,15
15 Médecins généralistes	12,13	12,11	12,32	13,01	12,49	13,59	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68	19,18	14,04
16 Psychiatrie	12,17	11,78	12,18	13,58	11,92	13,20	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02	13,62	12,71
17 Neuropsychiatrie	13,18	13,93	14,91	14,59	12,50	12,85	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03	18,06	15,30
18 Gastroentérologie	18,22	16,74	17,55	16,61	14,50	14,83	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19	11,79	15,03
19 Chirurgie	20,51	22,02	21,46	19,78	16,46	18,28	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50	19,01	18,54
20 Cardiologie	20,92	20,82	20,23	21,25	19,24	21,00	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11	12,39	19,74
21 Rhumatologie	22,31	26,05	24,15	24,60	16,93	19,53	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77	22,56	20,70
22 Méd. physique et physiothérapie	26,69	26,28	24,41	25,10	20,73	20,25	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04	18,48	21,74
23 Neurochirurgie	28,85	26,37	25,39	24,35	20,74	22,03	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41	25,45	23,65
24 O.R.L.	31,38	32,40	31,09	29,68	27,12	27,84	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94	29,50	28,72
25 Urologie	31,59	33,01	32,08	32,31	28,13	27,08	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65	25,44	27,72
26 Radiologie	32,77	34,73	35,42	32,96	29,40	30,95	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41	20,33	24,44
27 Orthopédie	39,44	38,31	36,47	34,91	25,53	26,40	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57	23,51	28,36
28 Stomatologie	39,76	40,73	40,79	39,74	37,70	35,08	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	37,55
29 Gynécologie-obstétrique	51,25	51,73	50,70	50,31	40,46	41,60	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69	43,05	45,14
30 Ophtalmologie	58,59	56,95	54,65	53,23	49,39	52,84	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94	52,46	53,36
31 Chirurgie plastique	61,89	61,60	61,20	63,11	59,05	64,25	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64	58,52	61,59
32 Dermatologie-vénérologie	70,00	68,87	66,35	63,87	59,72	61,57	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54	60,65	63,54
Total médecins spécialistes + médecins spécialistes en formation	20,04	20,25	19,96	20,19	17,62	18,43	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77	18,61	18,53
TOTAL GENERAL	16,90	17,10	16,87	17,22	15,48	16,36	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27	18,87	16,66

Source : INAMI ; compilation Dr M. MOENS : situation au 20.03.2013

Table 5

## 5.7. L'accréditation

### Comparaison du nombre de médecins accrédités 01.02.2013 – 21.01.2014

2014		Nombre Actifs		Nombre Accrédités		% accrédités		% Diff. 2014-2013
		21.01.2014	01.02.2013	21.01.2014	01.02.2013	21.01.2014	01.02.2013	
	Médecins 000 & 009	1.575	1.478	0	0	0	0,00	0
	Médecine générale 001-002	1.574	1.630	0	0	0	0,00	0
	MG reconnus 003-004-007-008	14.375	14.296	10.189	9.970	70,88	69,74	+ 1,14
	MG. en formation 005-006	779	782	0	0	0	0,00	0
	<b>TOTAL</b>	<b>18.303</b>	<b>18.186</b>	<b>10.189</b>	<b>9.970</b>	<b>55,67</b>	<b>54,82</b>	<b>+ 0,85</b>
	Médecin assistant candidat-spécialiste (MACS)	4.385	4.166	1	2	0,02	0,05	- 0,03
1	Gériatrie	286	277	236	225	82,52	81,23	+ 1,29
2	Oncologie Médicale	229	221	186	182	81,22	82,35	- 1,13
3	Pneumologie	526	518	423	413	80,42	79,73	+ 0,69
4	Gastro-entérologie	688	672	552	527	80,23	78,42	+ 1,81
5	Ophtalmologie	1.135	1.115	900	882	79,30	79,10	- 0,20
6	Neurologie	530	497	411	380	77,55	76,46	+ 1,09
7	Rhumatologie	232	243	179	179	77,16	73,66	+ 3,50
8	Dermato-vénérologie	759	753	578	560	76,15	74,37	+ 1,78
9	Médecine physique	519	518	380	376	73,22	72,59	+ 0,63
10	Radiologie	1.685	1.668	1.227	1.204	72,82	72,18	+ 0,64
11	Anatomie pathologique	343	340	245	242	71,43	71,18	+ 0,25
12	O.R.L.	689	685	492	481	71,41	70,22	+ 1,19
13	Cardiologie	1.125	1.114	787	755	69,96	67,77	+ 2,19
14	Urologie	421	422	292	287	69,36	68,01	+ 1,35
15	Psychiatrie	1.937	1.906	1.298	1.246	67,01	65,37	+ 1,64
16	Radiothérapie	217	212	144	143	66,36	67,45	- 1,09
17	Gynécologie-obstétrique	1.530	1.528	995	964	65,03	63,09	+ 1,94
18	Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1.710	1.678	1.095	1.055	64,04	62,87	+ 1,17
19	Médecine nucléaire	332	332	212	210	63,86	63,25	+ 0,61
20	Anesthésiologie	2.075	2.046	1.278	1.213	61,59	59,29	+ 2,30
21	Médecine aiguë et du sport	847	811	518	480	61,16	59,19	+ 1,97
22	Biologie clinique	648	657	394	390	60,80	59,36	+ 1,44
23	Pharmaciens-biologistes	640	636	387	373	60,47	58,65	+ 1,82
24	Orthopédie	1.065	1.043	621	600	58,31	57,53	+ 0,78
25	Médecine int.. + endocrino-diabét.	1.555	1.550	887	841	57,04	54,26	+ 2,78
26	Neurochirurgie	215	207	104	100	48,37	48,31	+ 0,06
27	Chirurgie	1.537	1.534	729	712	47,43	46,41	+ 1,02
28	Stomatologie	336	338	143	138	42,56	40,83	+ 1,73
29	Chirurgie plastique	270	269	93	83	34,44	30,86	+ 3,58
30	Neuropsychiatrie	227	264	51	71	22,47	26,89	- 4,42
31	Autres spécialités	82	97	16	18	19,51	18,56	+ 0,95
	TOTAL SPECIALISTES	24.390	24.151	15.853	15.329	65,00	63,48	+ 1,52
	TOTAL SPECIALISTES + GSO	28.775	28.316	15.854	15.331	55,10	54,14	+ 0,96
	TOTAL	47.078	46.502	26.043	25.302	55,32	54,41	+ 0,91

Source: INAMI Comité de l'accréditation 15.01.2014 et rapport annuel du GBS 02.02.2013

Table 6

Le top 10 des spécialités les plus accréditées reste inchangé (cf. table 5), mais la gériatrie dépasse désormais l'oncologie médicale, comme spécialité médicale où le pourcentage de spécialistes accrédités est le plus élevé. La proportion totale des médecins accrédités (55,32%) augmente de 0,91% par rapport à l'année dernière (54,41%) ; elle reste donc quasiment inchangée par rapport au pourcentage moyen des 17 dernières années (55,21%<sup>151</sup>) Sur base de séries annuelles publiées dans les rapports successifs du GBS,

<sup>151</sup> "Une pilule mutualiste empoisonnée" Rapport annuel du GBS 2012, Dr Marc Moens, point 5.3. l'accréditation au 2 février 2013

nous pouvons déduire les évolutions importantes dans les différentes spécialités. La table 6 reflète l'évolution entre le 1<sup>er</sup> février 2000 et le 1<sup>er</sup> février 2014 Le soussigné a déjà expliqué dans les rapports précédents l'augmentation du pourcentage d'accréditation des neurologues et des psychiatres: c'est la loi des vases communicants. Depuis 1995, il n'est plus possible de devenir neuropsychiatre. En comparaison avec la dernière année où ils pouvaient encore être formés, le nombre de neuropsychiatres accrédités a diminué de 83,3%. Ils sont remplacés par des psychiatres (+373,59%) et des neurologues (+278,57%). Nous pouvons également observer un quasi statu quo dans l'évolution du nombre de rhumatologues, un recul dramatique en médecine interne (-23,67%) et une diminution préoccupante du nombre de médecins biologistes (-6,64%)

### Evolution du nombre de médecins actifs 01.02.2013-21.01.2014

	01.02. 2014	01.02. 2012	01.02. 2009	01.02. 2006	01.02. 2003	01.02. 2000	% Δ 2000 - 2014 <sup>152</sup>
Médecins 000 & 009	1.575	736	832 <sup>153</sup>	-	-	-	-
Médecine générale 001-002	1.574	2.393	2.373 <sup>154</sup>	2.340	3.693	3.690	- 42,66
Génér. reconnus 003-004-007-008	14.375	14.223	14.144 <sup>155</sup>	15.138 <sup>156</sup>	13.783	13.255	+ 8,45
Génér. en formation 005-006	779	714	537	671	748	747	+ 4,28
<b>TOTAL</b>	<b>18.303</b>	<b>18.066</b>	<b>17.886</b>	<b>18.149</b>	<b>18.224</b>	<b>17.692</b>	<b>+ 3,45</b>
Médecin assistant candidat-spécialiste (MACS)	4.385	3.843	3.302	3.635	3.459	3.404	+ 28,82
1 Psychiatrie	1.937	1.841	1.727	1.569	595	409	+ 373,59
2 Neurologie	530	475	322	256	183	140	+ 278,57
3 Gastro-entérologie	688	652	565	482	405	345	+ 99,42
4 Pneumologie	526	491	434	392	318	268	+ 96,27
5 Neurochirurgie	215	202	193	170	146	124	+ 73,39
6 Chirurgie plastique	270	265	243	215	190	165	+ 63,63
7 Radiothérapie	217	216	196	170	151	136	+ 59,56
8 Cardiologie	1.125	1.089	1.027	901	822	725	+ 55,17
9 Anesthésiologie	2.075	2.011	2.054	1.848	1.639	1.436	+ 44,50
10 Anatomie pathologique	343	338	318	296	272	242	+ 41,74
11 Pédiatrie + Neuropédiatrie	1.710	1.658	1.571	1.443	1.361	1.247	+ 37,13
12 Urologie	421	410	389	368	349	318	+ 32,39
13 Orthopédie	1.065	1.038	997	952	893	808	+ 31,81
14 Gynécologie-obstétrique	1.530	1.510	1.463	1.350	1.287	1.198	+ 27,71
15 Dermato-vénérologie	759	740	715	676	636	598	+ 26,92
16 Médecine physique	519	505	496	472	434	410	+ 26,59
17 O.R.L.	689	684	649	612	578	548	+ 25,73
18 Ophtalmologie	1.135	1.100	1.070	1.021	983	932	+ 21,78
19 Radiologie	1.685	1.651	1.620	1.523	1.456	1.386	+ 21,57
20 Stomatologie	336	329	312	302	305	294	+ 14,29
21 Médecine nucléaire	332	327	319	319	312	291	+ 14,09
22 Chirurgie	1.537	1.519	1.578	1.513	1.443	1.376	+ 11,70
23 Rhumatologie	232	238	251	255	252	229	+ 1,31
24 Biologie clinique	648	665	702	711	699	691	- 6,64
25 Méd. Int. + endocrino-diabétol.	1.555	1.513	2.131	2.078	2.002	1.923	- 23,67
Neuropsychiatrie	227	286	420	477	1.358	-	-
Médecine aiguë et d'urgence	847	788	256	-	-	-	-
Gériatrie	286	328	1	-	-	-	-
Oncologie médicale	229	200	-	-	-	-	-
Pharmaciens biologistes	640	621	-	-	-	-	-
Autres spécialités	82	106	-	-	-	-	-
<b>TOTAL SPECIALISTES</b>	<b>24.390</b>	<b>23.796</b>	<b>22.019</b>	<b>20.371</b>	<b>19.069</b>	<b>17.638</b>	<b>+ 38,28</b>
<b>TOTAL SPECIALISTES + GSO</b>	<b>28.775</b>	<b>27.639</b>	<b>25.321</b>	<b>24.006</b>	<b>22.528</b>	<b>21.042</b>	<b>+ 36,75</b>
<b>TOTAL</b>	<b>47.078</b>	<b>45.705</b>	<b>43.207</b>	<b>42.155</b>	<b>40.752</b>	<b>38.734</b>	<b>+ 21,54</b>

Table 7

<sup>152</sup> Évolution du total cumulé 000-001-002-009 au cours de la période 2000-2014: - 14,66 %

<sup>153</sup> 007-009 (en 2009 et 2012)

<sup>154</sup> 000-002 (en 2009 et 2012)

<sup>155</sup> 003-004 (en 2009 et 2012)

<sup>156</sup> 003-004-007-009 (en 2006)



## **6. PROCEDURES JURIDIQUES**

### **6.1 Évolutions introduites au cours de 2013**

#### **6.1.1 Pensions<sup>157</sup>**

Le Gouvernement est contraint d'imaginer pour les pensions des mesures originales étant donné la situation économique difficile et des moyens financiers disponibles réduits. Les droits à la pension que les professions libérales peuvent se constituer ne suffisent pas à conserver un niveau de vie décent au terme de leur carrière. Ceux dont jouissent les travailleurs salariés ne sont également pas ce que l'on pourrait appeler le nirvana. Tant le vieillissement de la population que la situation précaire du trésor public belge ne permettent de revaloriser les pensions.

Sur la base d'un accord de Gouvernement et dans le cadre d'une réforme sur le régime de pensions, le vice-Premier ministre et ministre des Pensions Alexander DECROO a dégagé une nouvelle règle ; celle-ci offre à quiconque la possibilité théorique de gagner un salaire d'appoint illimité une fois pensionné, à la seule condition que la durée de la carrière s'élève à un minimum de 42 ans. Cette mesure apparaît comme positive à première vue, mais le professeur émérite en droit du travail Roger BLANPAIN, ainsi que le professeur émérite en économie Paul DE GRAUWE la considèrent comme discriminante vis-à-vis de certaines catégories de professions et en général vis-à-vis de tous ceux qui ont continué à étudier au-delà de leurs 23 ans. Le Conseil d'État a abondé dans leur sens et a lui aussi émis une opinion négative à cet égard. Les critiques n'ont cependant pas empêché le gouvernement de publier cette réforme du régime des pensions, sans aucune modification.

Le ministre Alexandre DECROO, ou plutôt un de ses collègues du cabinet ministériel, a été invité à s'exprimer à l'occasion du symposium GBS du 25 mai 2013, qui avait pour thème « L'approche du terme de l'activité professionnelle ». Le Groupement des Unions Professionnelles Belges de Médecins Spécialistes fût gentiment remercié et Alexander DECROO a décliné cette invitation.

Il est mathématiquement impossible pour un médecin de compter 42 ans de carrière à l'âge de 65 ans, même s'il avait racheté ses années d'études et de spécialisation. Ces années rachetées rentrent certes en ligne de compte dans la détermination du montant de l'allocation de pension, mais pas dans la détermination de la durée de la carrière. Suite à leur statut sui generis, les candidats spécialistes ne cotisent pas aux fonds de pension et de chômage. Or, ces candidats spécialistes ont travaillé, et parfois même d'arrache-pied, tout au long de leur formation. Au sein du comité exécutif du GBS, il y a des voix qui s'élèvent pour œuvrer à leur offrir un statut à part entière afin qu'ils puissent, eux aussi, acquérir des droits de pension. Mais ce changement a bien évidemment un certain prix. Notre partenaire ACERTA calculera dans les prochains jours le surcoût. En 2000, l'ABSyM a calculé que si tous les médecins hospitaliers travaillaient sous le statut d'employé, avec un horaire fixe et une récupération

---

<sup>157</sup> A.R. du 06.06.2013 modifiant l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants (M.B. 18.06.2013)

suite à des prestations de gardes de semaine et de weekend, cela impliquera un surcoût de rémunération de 80 %.

Cette mesure politique est réellement absurde. En effet, les médecins perdent leur pension légale s'ils continuent à exercer leur profession sans limites et enregistrent de rentrées professionnelles, alors que ce même gouvernement est désemparé par le départ prochain à la retraite des nombreux médecins faisant partie de la génération du baby-boom, qui coïncide avec un risque de pénurie dans plusieurs spécialités médicales dans les années à venir. De nombreux médecins entre 65 et 70 ans sont parfaitement capables de continuer à exercer leur profession pendant quelques années supplémentaires, et ils le feraient même volontiers. Il n'est donc pas étonnant qu'aujourd'hui, de nombreux hôpitaux enfreignent régulièrement la limite d'âge de 65 ans fixée dans leurs règlements généraux au cours du siècle dernier. Pour ce qui est des hôpitaux universitaires, les médecins salariés sont obligés de quitter l'hôpital le jour de leur 65<sup>ème</sup> anniversaire et ce, même si la relève n'est pas assurée dans certains services. Ainsi, le risque de perdre sa pension, conjugué à l'offensive fiscale sur le bonus de liquidation (cf. point 6.1.2) auront pour double effet de décourager les médecins à continuer à travailler mais aussi à les inciter à arrêter leur carrière plus tôt que prévu.

Maître *Michel VANDEN DORPE*, avocat au Barreau de Liège, a été chargé par le GBS ainsi que par l'ABSyM d'introduire une requête en annulation contre l'arrêté royal du 6 juin 2013, et de représenter le GBS dans le cadre de cette procédure.

L'État belge, selon les dires de son conseiller Maître Aube WIRTGEN, soutient dans sa réponse que le cumul de la pension légale et d'un salaire non plafonné doit rester l'exception. Si seul le facteur de l'âge était pris en compte, le cumul deviendrait la règle et ne serait donc plus l'exception. Or, en associant le facteur de l'âge au facteur d'une carrière de 42 ans, le gouvernement espère favoriser les populations les plus financièrement vulnérables, tout en tenant compte des contraintes budgétaires. De surcroît, un autre argument est avancé : les Belges qui, après leurs 18 ans, ont poursuivi des études pendant plus de 4 ans ont déjà bénéficié de la générosité de l'État par le biais du subventionnement de l'enseignement. Est-il ici question de solidarité, ou de discrimination inversée ?

### **6.1.2. Le bonus de liquidation<sup>158</sup>**

Les médecins ne sont pas seulement dans le collimateur de la nouvelle politique de l'INAMI, mais également dans celui du fisc. En effet, depuis le début des années 1990, de nombreux médecins exercent leur activité par le biais d'une société. Au cours des dernières années, ces sociétés se sont vues prises pour cible par toutes sortes de mesures fiscales. À titre d'exemple, les voitures de société sont soumises à un impôt supplémentaire et les dispositions régissant l'usufruit des sociétés ont été complètement modifiées. Énormément d'indépendants, dont de nombreux médecins, ont fondé leur société en pensant à leur pension future. Au début des années 90, il n'existait aucun impôt prélevé sur la liquidation de la société. C'est le gouvernement, sur la base d'une proposition du ministre des finances Koen GEENS (CD&V),

---

<sup>158</sup> Loi programme du 28.06.2013 (M.B. 1.07.2013)

qui a décidé d'augmenter ses revenus fiscaux en augmentant l'impôt sur le bonus de liquidation de 10 %<sup>159</sup> à 25% à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014.

Faisant suite à une proposition de Maître Victor DAUGINET, avocat fiscaliste à Anvers, le GBS, l'ABSYM, le SNI<sup>160</sup> et quelques médecins et autres indépendants à titre individuel ont conjointement décidé d'introduire une requête en annulation introduite par Maître DAUGINET à la Cour constitutionnelle. Maître DAUGINET a principalement formulé cette requête en annulation sur le principe d'une expropriation inadmissible.

Le 13 novembre 2013, le GBS a organisé une soirée d'information<sup>161</sup> autour du bonus de liquidation, avec une attention toute particulière sur les mesures de transition. L'événement a attiré plus de 70 personnes. M. Ortwin BOONE, responsable de l'unité professions libérales auprès de la Banque J. Van Breda, a expliqué en détail comment il était encore possible d'échapper à ce rehaussement à 25%. En effet, jusqu'au 31 décembre 2013, il était encore possible de prendre les mesures pour incorporer les réserves au sein du capital de la société et ainsi limiter la taxation à 10%. L'incorporation de ces réserves nécessitait toutefois un acte notarial. Les cabinets de notaires ont dès lors été submergés de questions sur les passations d'actes et sur l'incorporation de réserves au sein du capital, ce qui a décidé le gouvernement d'étendre le délai dans lequel ces formalités doivent être réalisées, au 31 mars 2014. Maître Samuel VANTHIENEN, collaborateur de Maître Victor DAUGINET, a minutieusement expliqué cette requête en annulation. Le débat qui s'est tenu ensuite a été conduit par le journaliste médical Geert VERRIJKEN, rédacteur en chef du magazine « Le Spécialiste » et responsable de la pétition contre l'augmentation de l'impôt sur le bonus de liquidation, qui date de juin 2013 et qui a récolté un franc succès.

En raison du succès de la soirée de décembre 2013, le docteur Th. PONTUS, urologue, a pris l'initiative, avec la collaboration du GBS, d'organiser une nouvelle soirée cette fois exclusivement en français, le 27 novembre 2013 dans la clinique Notre-Dame de Grâce à Gosselies (Charleroi).

Dans le numéro spécial de décembre 2013 de la revue du GBS, cette problématique a été analysée dans un article exhaustif, rédigé par les nouveaux partenaires de GBS, experts en comptabilité et affaires fiscales<sup>162</sup>

Lors de son audience du 16 novembre 2013, le Conseil national de l'Ordre des médecins a décrété que, compte tenu de l'urgence de la situation, il n'était pas nécessaire de soumettre pour approbation aux Conseils provinciaux respectifs, la modification des statuts visant à incorporer les réserves au sein du capital de la société.

---

<sup>159</sup> Loi du 24 12 2002 modifiant le régime des sociétés en matière d'impôts sur les revenus et instituant un système de décision anticipée en matière fiscale. (M.B. 31.12.2002)

<sup>160</sup> Syndicat Neutre pour Indépendants.

<sup>161</sup> 13.11.2013 Le bonus de liquidation – Hôtel Gosset – Grand Bigard.

<sup>162</sup> AccountingTeam et Etugest.

### 6.1.3. L'exclusion des « oncologues à part entière » de la composition des commissions d'agrément

Le conseil supérieur et les commissions d'agrément sont composés d'une manière strictement paritaire. Des représentants de la profession et des universités y siègent en nombre exactement égal. Cette composition paritaire, reflet du parfait équilibre entre les deux groupes, est déjà depuis des décennies le cheval de bataille du Prof. Jacques GRUWEZ. Dès qu'il en a l'occasion, il se réfère avec une touche de nostalgie et beaucoup de respect aux travaux de son illustre prédécesseur, le Prof. Dr. Albert baron LAQUET, le père spirituel des critères d'agrément actuel.

L'arrêté de base<sup>163</sup> qui règle la reconnaissance des médecins spécialistes et des généralistes a été modifié par Arrêté Royal d'une façon bien étrange<sup>164</sup>. Le projet d'arrêté circulait déjà depuis un certain temps, et tous ceux qui étaient quelque peu familiarisés en la matière, ont immédiatement eu l'attention attirée par les failles qu'il présentait. Le contact avec l'auteur du projet, Monsieur Xavier VAN CAUTER, juriste au cabinet ONKELINX, depuis longtemps tristement célèbre parmi les pédiatres, les gastro-entérologues, les pneumologues et les gynécologues, dont il bloque pour d'obscures raisons la reconnaissance de leur compétence particulière en oncologie, ne nous a pas rassurés.

L'objectif de l'arrêté est de régler la composition de la commission d'agrément lorsqu'elle est appelée à rendre un avis dans le cadre de l'attribution d'une compétence professionnelle particulière, comme par ex. « ... et en néphrologie, et en endocrinologie, et en néonatalogie, ...<sup>165</sup> », Le même Xavier VAN CAUTER a rédigé un autre A.R.<sup>166</sup> en 2011, qui modifie en profondeur la composition de la commission d'agrément pour que celle-ci puisse valablement siéger dans ces circonstances particulières. Les quotas de présence institués par cet A.R. sont complètement absurdes, même si d'un point de vue strictement juridique, l'A.R. a été promulgué valablement. Lorsqu'en 2012, la ministre a demandé aux organisations de médecins et aux facultés de présenter des candidats, le GBS a insisté sur le fait qu'elles devaient tenir compte de ces dispositions nouvelles et complexes. Cela s'est produit pour les commissions d'agrément de médecine interne, pédiatrie, et neurologie. La raison pour laquelle la ministre n'a toujours pas invité les organisations professionnelles et les facultés à présenter des candidats pour les commissions d'agrément de pneumologie et de gastro-entérologie pour pouvoir rendre un avis relatif aux titres professionnels particuliers « ... et en oncologie », ne peut se comprendre qu'à la lumière de l'efficacité du lobby des oncologues médicaux auprès du cabinet ONKELINX et de la complaisance dont ces derniers bénéficient depuis des années auprès de son collaborateur de cabinet, Monsieur Xavier VAN CAUTER.

La description de la nouvelle composition des commissions d'agrément dans l'A.R. du 24.10.2013 remet en cause le principe de parfaite parité respectée jusqu'à présent. L'A.R. stipule que la commission d'agrément de la spécialité de base doit être élargie à au moins un membre présenté par les universités et un membre présenté par la profession. La non répétition du terme « au moins » dans la deuxième partie, celle relative aux organisations professionnelles, autorise parfaitement d'un point de vue juridique les universités à présenter

---

<sup>163</sup> AR du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (MB 27.04.1983).

<sup>164</sup> AR du 24.10.2013 modifiant l'AR du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (MB 12.12.2013).

<sup>165</sup> Cf. article 2 de l'AR du 25.11.1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (MB 14.03.1992).

<sup>166</sup> AR du 28.06.2011 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 (M.B. 02.02.2012).

deux ou trois membres, tandis que les unions professionnelles ne peuvent présenter qu'un seul membre. Préméditation ? Erreur linguistique ? Simple exemple parmi d'autres d'un mauvais travail législatif ? Sans doute une combinaison des trois. Une autre nouveauté est qu'une commission d'agrément peut être élargie à un certain nombre de membres (remplacez dans ce contexte par le terme 'oncologues médicaux') disposant d'une voix consultative. Il faut lire dans le marc de café pour savoir qui sera invité à présenter des candidats ou pour savoir combien de membres supplémentaires à voix consultative siégeront. En tout cas, certains oncologues médicaux voient d'un très mauvais œil que leur autorité sur toutes les spécialités qui s'occupent d'oncologie, risque de tomber à l'eau.

Le 16.01.2014 le Comité directeur du GBS a décidé d'introduire une action en annulation contre l'A.R. du 24.10.2013. Le non-respect de la parité dans la composition des commissions d'agrément est inacceptable pour le GBS ;

## **6.2. Jugement : Décret portant notification obligatoire des pratiques médicales à risque**<sup>167</sup>

Le 19 décembre 2013, la Cour Constitutionnelle<sup>168</sup> a annulé le décret de la Communauté Flamande portant notification obligatoire des pratiques médicales à risque<sup>169</sup>.

Le rapport annuel 2012<sup>170</sup> a décrit en détail l'historique de ce décret. La Cour Constitutionnelle a suivi notre argumentation et est d'avis que la Communauté Flamande avait outrepassé ses compétences. Nous l'avions déjà montré le 22.05.2012 lors de la séance publique de la Commission des affaires sociales du parlement flamand, mais on nous a ri au nez lorsque nous avons fait état de nos objections.

Il en ressort que le législateur décréto flamand a voulu, en substance, soumettre les actes médicaux à risque pratiqués en dehors du cadre d'un hôpital agréé à un système de contrôle de qualité, notamment en créant des instruments permettant d'établir dans quelle mesure des normes de qualité sont prises en compte lors de l'exécution de ces actes médicaux et permettant d'imposer éventuellement de telles normes de qualité

Parce que le décret entendait contrôler la qualité de certains traitements médicaux et les soumettre à des critères de qualité, la Cour Constitutionnelle a considéré que ce décret avait une influence sur l'exercice même de la médecine. Les communautés sont effectivement compétentes pour la politique en matière de services de soins, mais elles ne peuvent invoquer cette compétence pour réglementer l'exercice de la médecine dans ces dispositions.

A l'occasion de l'accord structurel avec les organisations de médecins du 17.12.2013 auprès du Ministre flamand du bien-être, de la santé publique et de la famille, Jo VANDEURZEN, à la demande du Dr Marc MOENS, le ministre a informé les participants que depuis l'entrée en vigueur du décret du 01.09.2012, seules 15 notifications ont été enregistrées. Pas vraiment un succès. Ceux qui n'ont pas introduit de notification ont eu bien raison, car deux jours après notre visite chez le ministre Jo VANDEURZEN, le décret a été annulé par la Cour Constitutionnelle.

---

<sup>167</sup> Décret du 22 juin 2012 portant sur la notification obligatoire des pratiques médicales à risque (M.B. 20 juillet 2012)

<sup>168</sup> Cour Constitutionnelle : Arrêt nr 170/2013 du 19.12.2013

<sup>169</sup> Grondwettelijk Hof schraapt meldingsplicht risicovolle praktijken". Artsenkrant, 10.01.2014,

<sup>170</sup> Une pilule mutualiste empoisonnée 02.02.2012 point 6.1.2. p. 50 e.v.

Cela vaut la peine d'ajouter que la ministre fédérale de la santé publique et des affaires sociales, Laurette ONKELINX, avait introduit un recours analogue. Son cabinet était particulièrement ravi de l'annulation du décret. Depuis novembre 2011, le cabinet ONKELINX est lui-même occupé à la rédaction d'un projet de loi sur l'exercice des pratiques médicales, dans le contexte de la transposition de la directive européenne sur les soins transfrontaliers de 2011<sup>171</sup>. Lors d'une réunion avec l'ABSVM le 07.01.2014, il est apparu que la loi ne paraîtrait pas au Moniteur Belge durant la législature actuelle, bien que l'Union Européenne ait imposé aux états-membres de transposer cette directive dans toutes les législations nationales pour le 25.10.2013.

## 7. CONCLUSION

2013 a été une année très particulière. L'animation extraordinaire sur tous les fronts en même temps n'est pas inhabituelle. C'est la grande incertitude du visage que prendront nos soins de santé après l'implémentation de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État qui a été incontestablement l'élément nouveau. Il a suscité aussi bien au niveau du SPF Santé publique que de l'INAMI, des questions à foison auxquelles nous n'avons jusqu'ici reçu que des réponses hypothétiques ou provisoires.

Lorsque le débat autour du numerus clausus est revenu au-devant de la scène, on a vu une nouvelle fois les lions sortir leurs griffes et les coqs affûter leurs ergots. Rik TORFS, le recteur de la KU Leuven, a manifesté son soutien aux doyens flamands à coups de tweets communautaires incendiaires, accusant notamment la ministre ONKELINX de « demander à la Flandre – sous l'effet de la pression préélectorale, comme d'aucuns l'affirment ? – de faire les mêmes erreurs que la Wallonie ». Et on en passe<sup>172</sup>.

La ministre fédérale Laurette ONKELINX, sentant sans doute dans sa nuque le souffle brûlant de sa base socialiste francophone, se l'est jouée purement régionale/communautaire<sup>173</sup>, plus gesticulante que jamais. Je n'ai pas encore eu l'occasion de la confronter à la réponse qu'a donnée Marie-Dominique SIMONET (lorsqu'elle était encore ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et des Relations Internationales dans le gouvernement PS-CDH de la Communauté Française (2004-2009)) à ma question de savoir pourquoi l'Université de Liège, la seule en Belgique francophone à proposer un cycle d'études complet en médecine vétérinaire<sup>1</sup>, avait mis en place un examen d'entrée pour les étudiants souhaitant se lancer dans cette orientation. Réponse du reste particulièrement éloquente : « Lorsqu'il y a pléthore d'étudiants, il n'y a plus suffisamment de patients pour garantir une formation clinique de qualité ». Cet argument ne s'appliquerait toutefois pas à l'espèce humaine, car les médecins (tant francophones que flamands) qui se risquent à invoquer le problème de la qualité de la formation se font immédiatement taxer de corporatistes par des ministres socialistes comme Laurette ONKELINX.

L'exhortation chronique à se défier du corps médical est une autre réalité vieille presque comme le monde, qui se traduit parfois par de petits détails en apparence anodins – lorsque, relatant l'histoire d'un anatomo-pathologiste et médecin légiste qui a eu la malencontreuse

---

<sup>171</sup> Directive 2011/24/EU of the European parliament and of the council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare.

<sup>172</sup> Torfs : "Minister Onkelinx laat Vlamingen links liggen" De Morgen 18.01.2014

<sup>173</sup> « Carte Blanche. La pénurie des médecins ne peut pas hypothéquer l'avenir de nos soins de santé ». Le Soir, 22.01.2014

idée de demander en séance publique d'un procès pour double meurtre quand il toucherait enfin les honoraires qu'il attend depuis quatre ans, un journal qu'on ne peut pourtant pas qualifier de torchon titre « Les médecins à nouveau devant le mur des Lamentations »<sup>174</sup>, tandis qu'un autre plus populaire témoigne tout de même d'une certaine compréhension pour ses doléances plus que justifiées vis-à-vis du Service Public Fédéral Justice<sup>175</sup>. Le respect du médecin, notion du siècle dernier, est devenu, de nos jours, une notion bien ringarde.

Au cours de la célébration du 50<sup>e</sup> anniversaire de l'INAMI, le 30.01.2014, le secrétaire général adjoint de l'OCDE (Paris) et ancien Premier Ministre belge Yves LETERME a dépeint à l'assistance un « meilleur des mondes » où des assureurs de soins privés concluent des contrats individuels avec des (groupes de) prestataires de soins, comme cela se fait aux Pays-Bas. Cela fait sourire, quand on sait qu'en même temps, dans la salle, un nombre non négligeable de participants se demandent comment organiser en Belgique un système de soins plus efficient sans mutuelles.

Pas mal de médecins, dont votre serviteur, sont repartis ce jeudi-là avec un goût amer dans la bouche. Sûrement pas à cause de l'organisation irréprochable de ce 50<sup>e</sup> anniversaire, mais bien à cause du message distillé à cette occasion. Sommes-nous revenus en 1963, à l'époque où un « National Health Service » belge à la sauce LEBURTON avait pu être évité de justesse ?

Tout cela, non sous la pression du (relatif) manque de moyens financiers généré par la crise persistante et qui touche aujourd'hui de plein fouet le monde de la santé, bien plus tard que la plupart des autres secteurs, mais pour des raisons purement idéologiques, comme en 1963. C'est un prétexte pour centraliser la pathologie lourde selon les instructions d'un(e) Ministre. C'est lui (elle), qui décidera de qui peut faire quoi et prescrire quoi, après que les universités se soient servies, elles qui n'ont pas l'habitude de se concerter.

Même si nos petits-enfants ont une chance bien réelle de devenir centenaires, rares sont sans doute les personnes présentes aujourd'hui qui verront encore l'INAMI fêter son 100<sup>e</sup> anniversaire.

L'organisation des soins de santé reste une question passionnante qui, au-delà du spectacle, représente aussi un vrai défi particulièrement en 2014 mais aussi dans les années à venir. A la demande d'un certain nombre de collègues, je suis prêt, lors du vote qui se tiendra tout à l'heure, à accepter un septième mandat de quatre ans en tant que secrétaire général. Il commence toutefois à être grand temps, comme à mes débuts en 1988, de trouver et de préparer celui qui pourra me succéder en 2018.

Dr Marc Moens,  
Secrétaire général  
08.02.2014

---

<sup>174</sup> Du côté flamand seul l'université de Gand offre une formation en médecine vétérinaire.

<sup>175</sup> « Artsen aan de klaagmuur » De Standaard 31.01.2014