

# {Cartel}

magazine

Newsletter N°02  
Mars → mai 2010  
Trimestriel

[www.lecartel.be](http://www.lecartel.be)

Créé par l'Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB), le Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO), et le Syndicat Belge des Médecins Spécialistes (SBMS-SBGS), le Cartel poursuit un double objectif:

- défendre les intérêts de tous les médecins quels que soient leur statut, leur discipline et leur lieu de travail;
- inscrire cette action dans le cadre d'un système de soins de santé qui offre à tous les citoyens un accès abordable à des soins de qualité.

**Les spécialités «intellectuelles» mieux valorisées?** 2

**Refinancer d'urgence les hôpitaux!** 6

**Les assistants mieux lotis à l'avenir?** 10

**Spécialistes hospitaliers en danger** 8

**Conseils et commissions: travail rémunéré?** 11



Rue Solleveld 68  
1200 Bruxelles  
Tél.: 02/538.38.35  
[www.lecartel.be](http://www.lecartel.be)

# Mieux rémunérer les actes «intellectuels»

Notre système de soins de santé pénalise financièrement les médecins qui exercent des spécialités «intellectuelles». Depuis des années, **le Cartel se bat pour obtenir une revalorisation progressive de leurs revenus.**

« Dans beaucoup de spécialités «intellectuelles», la consultation était jusqu'ïl y a peu mal rémunérée »

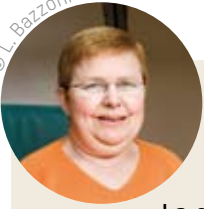
Les spécialités «intellectuelles» sont prises en tenaille entre trois phénomènes dont les effets conjugués maintiennent leurs revenus largement sous la moyenne des spécialités dites «techniques»:

- le moindre nombre d'actes dits «techniques», bien remboursés, effectués dans le cadre de ces spécialités;
- les honoraires de consultation peu adaptés à la durée de celle-ci, qui dépasse souvent la demi-heure et peut atteindre plus d'une heure;
- les coûts directs et indirects de la polyclinique, souvent considérables;
- l'absence ou l'insuffisance de rémunération pour une série de prestations: coordination, consultation multidisciplinaire...

Depuis sa création, le Cartel ne ménage pas ses efforts pour obtenir une revalorisation progressive des revenus de ces spécialités. Si cette mobilisation a permis d'engranger des avancées substantielles, il reste encore beaucoup à faire. Nous avons voulu donner la parole à plusieurs confrères. Sont-ils satisfaits des progrès engrangés? Comment envisagent-ils l'avenir?



© L. Bazzoni



## {Rhumatologie: des progrès substantiels}

Dr Griet De Brabanter, rhumatologue à Bruges

La nomenclature actuelle valorise les actes techniques. Cela représente un réel manque à gagner pour les disciplines plus «intellectuelles», dont fait partie la rhumatologie. Notre activité principale, la consultation, était jusqu'il y a peu assez mal rémunérée. Mais ces dernières années, grâce entre autres à l'action du Cartel, nous avons connu une amélioration progressive:

- les consultations ont été revalorisées: € 4 de plus par consultation en 2004, et une augmentation de presque € 5 prévue pour très bientôt;
- depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2008, les ponctions diagnostiques ou thérapeutiques effectuées sur un patient souffrant d'affections rhumatismales

les inflammatoires sont à nouveau remboursées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en rhumatologie;

- depuis le 1<sup>er</sup> février 2009, la nomenclature de consultation prévoit une prestation particulière pour l'évaluation de la situation d'un patient souffrant d'une affection rhumatismale inflammatoire chronique;
- depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2009, les rhumatologues ont un accès direct à la nomenclature d'électrophysiologie dans le cadre de leurs activités de revalidation

Mais tout n'est pas réglé pour autant. En ce qui concerne la nomenclature de l'ostéoporose, par exemple, un

arrêté royal concernant le remboursement de la densitométrie osseuse est prêt depuis des mois mais attend toujours la signature du ministre compétent. D'autre part, nous espérons une inclusion dans la nomenclature des nouvelles techniques de diagnostic, notamment pour déceler et traiter plus rapidement l'érosion articulaire.

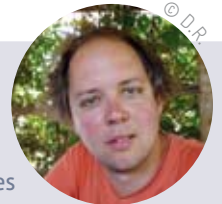
Enfin, à la demande du Cartel, il existe un accord de principe à la Commission Médico-Mutualiste pour inclure dans le prochain accord national une revalorisation de la consultation de rhumatologie à la hauteur des honoraires – récemment augmentés – des endocrinologues, hématologues et oncologues.



© Getty Images

## {Psychiatrie: revaloriser d'urgence les urgences!}

Dr Gérald Deschietere, psychiatre à Bruxelles



Les honoraires de surveillance ont bénéficié d'une augmentation substantielle début 2009. Les séjours de type «A» (séjours aigus de courte durée) sont désormais mieux valorisés. Je suis encore un spécialiste relativement jeune, mais je me souviens que la consultation de psychothérapie a elle aussi connu une revalorisation il y a quelques années. Cependant, il subsiste à mon sens deux points à améliorer dans un contexte où la psychiatrie reste malgré tout une spécialité comparativement mal financée:

- d'une part, les consultations des personnes âgées. Lorsque ces patients présentent des troubles cognitifs, voire une démence, la consultation dure deux fois plus longtemps qu'une consultation «classique», mais reste valorisée au même tarif. Il faudrait valoriser ce type de consultation à l'instar de ce qui se fait en pédopsychiatrie depuis deux ans, avec un échelonnement souple. Une demande doit émaner

du médecin traitant de l'enfant pour bénéficier de cette valorisation. La consultation «démence» récemment créée va dans ce sens, mais elle ne répond que partiellement à la problématique de la prise en charge des patients psychiatriques âgés;

- d'autre part, les consultations d'urgence psychiatrique. Actuellement, elles sont valorisées au tarif d'une consultation psychiatrique normale, soit € 40, alors qu'elles exigent souvent plusieurs heures, notamment parce qu'un contact avec la famille est nécessaire. Cette faible rémunération explique pourquoi peu d'hôpitaux s'occupent de telles urgences et que les hôpitaux qui disposent de ces unités les financent sur fonds propres.

Enfin, j'aimerais souligner qu'il est important que cette revalorisation aille de pair avec un meilleur remboursement par l'INAMI, afin que les patients n'aient pas à en subir les conséquences.



### {Des progrès insuffisants}

Dr Nicolas Berg, gériatre à Liège

Nous avons bénéficié, au cours des dernières années, d'une revalorisation des honoraires de surveillance pour les patients hospitalisés. Cependant, malgré une récente revalorisation, ces honoraires baissent toujours après le 5<sup>e</sup> jour, alors que la durée moyenne des séjours est de 15 à 20 jours. Il reste donc un sérieux manque à gagner.

D'autre part, le montant perçu pour les consultations des patients ambulatoires est insuffisant: il faut savoir qu'une consultation gériatrique dure près d'une heure! Nous avons aujourd'hui un numéro INAMI spécifique. J'espère que cela nous permettra d'obtenir à l'avenir une revalorisation adéquate.

La consultation pluridisciplinaire, effectuée avec une équipe paramédicale, est désormais mieux rémunérée, mais nous ne pouvons y procéder qu'une fois par an. C'est clairement insuffisant: nous pouvons recevoir un patient plusieurs fois sur l'année. Cela peut être pour assurer le suivi d'un même problème, soit pour un problème entièrement différent: un patient que nous voyons en janvier parce qu'il fait des chutes répétées peut venir consulter en juin à cause de problèmes de nutrition. Il existe un accord à ce sujet, mais il n'est pas encore appliqué, et le Cartel essaie de débloquer la situation. Nous espérons donc que cela sera réglé très prochainement.

Enfin, un dernier axe concerne les avis que nous sommes amenés à donner concernant les patients de plus de 75 ans hospitalisés dans d'autres services, et pour lesquels nous ne percevons pas une rémunération suffisante.



© P. De Schryver



### {Endocrinologie: des efforts à fournir pour l'encadrement}

Dr Frank Nobels, endocrinologue à Alost

L'endocrinologie est une spécialisation passionnante, mais malheureusement de moins en moins attractive pour nos jeunes confrères. Non seulement les endocrinologues sont principalement rémunérés à la consultation et effectuent peu d'actes techniques, mais en outre ils consacrent beaucoup de temps à des tâches pour lesquelles aucun financement n'est prévu: régulation du taux de glycémie des patients d'autres services (dans notre hôpital de 850 lits, cela représente 150 patients par jour), organisation de programmes de soins impliquant plusieurs services (nutrition, obésité, ostéoporose etc.), soutien à la première ligne...

Les endocrinologues ne peuvent effectuer leur travail avec une efficacité maximale que lorsqu'ils sont soutenus par une équipe paramédicale multidisciplinaire. Les conventions diabète apportent quelques moyens, mais ils sont insuffisants pour l'accompagnement de patients nécessitant des soins complexes, comme les jeunes, les patients qui ont reçu une pompe et les femmes enceintes. La convention n'offre aucun support pour l'affectation de l'équipe aux patients hospitalisés. Depuis quelques années, il existe aussi une convention pour les soins multidisciplinaires aux patients diabétiques souffrant de problèmes aux pieds, mais elle est lourdement sous-financée. Il faut revaloriser

ces conventions et trouver d'autres modes de financement pour les tâches accomplies par l'équipe d'endocrinologie. Les endocrinologues collaborent intensivement avec la première ligne pour le traitement des affections métaboliques les plus fréquentes. Ils sont donc également demandeurs d'un meilleur soutien aux médecins traitants, afin de pouvoir prodiguer efficacement ces soins. Malheureusement, la Belgique n'est pas très active dans ce domaine, tant en matière d'encadrement des équipes de première ligne, que d'informatisation des dossiers ou de diminution de la charge administrative. Autant de terrains où le Cartel essaie activement d'obtenir des avancées.



« Malgré des progrès, les consultations pluridisciplinaires restent sous-financées »

© Getty Images

### {Pédiatrie: beaucoup reste à faire!}

Dr Myriam Azou, pédiatre à Ostende



© Reporters

Nous avons pu assister à une belle revalorisation en pédiatrie hospitalière. Ainsi, les honoraires de surveillance prévus dans la nomenclature pour les 5 premiers jours d'hospitalisation ont été doublés. Mais en même temps, grâce à une meilleure prévention, et notamment à la vaccination contre le rotavirus, le nombre d'admissions pédiatriques a diminué, ce qui a tempéré l'effet de cette revalorisation financière. Par ailleurs, il reste une série de points en suspens:

- les honoraires de disponibilité n'ont été payés que partiellement l'an dernier. Quand recevrons-nous le solde?;
- l'honoraire de permanence n'a pas été mis en place le 1<sup>er</sup> janvier 2010, alors que nous étions légalement obligés d'organiser ces permanences dans les hôpitaux. Recevrons-nous enfin cet honoraire, et avec effet rétroactif?;
- depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, nous ne percevons plus de tarif de nuit ou de week-end pour les consultations en urgence. C'est inacceptable: nous voyons désormais les enfants

en urgence la nuit et le week-end pour moins de la moitié du tarif des généralistes!;

- nous voulons également obtenir une rémunération pour les hospitalisations de jour et les hospitalisations temporaires de quelques heures, (par exemple les réhydratations par intraveineuse ou les diagnostics effectués après quelques heures d'observation).

À côté de ces problèmes purement financiers, d'autres problèmes, plus organisationnels, doivent également trouver une solution.



© CHBRH

{Une reconnaissance long-temps attendue}

Dr Serge Lampertz, oncologue à Seraing

J'ai été très satisfait de constater que la consultation d'oncologie a enfin été revalorisée en mars dernier, passant de € 32 à € 52. Cependant, dans un premier temps, j'ai appris que les mutuelles ne couvriraient pas cette augmentation, ou seulement en partie, et je m'interroge sur les conséquences négatives que cela aura pour les patients. Heureusement, la Commission Nationale Médico-Mutualiste, avec le soutien du Cartel, a plafonné le ticket modérateur pour éviter ce problème. De plus, le Cartel est partisan d'inclure ces consultations dans le système de l'échelonnement «soft».

Cela dit, je ne pense pas que cela va «susciter des vocations», comme le laissait entendre récemment un de mes confrères dans une revue médicale: les gens choisissent cette discipline par affinité, pas par intérêt. Par contre, je suis vraiment content de cette reconnaissance de notre travail. Une consultation d'oncologie dure longtemps. Pour les patients en traitement, il faut compter une bonne demi-heure. Quant aux nouveaux patients, la première consultation prend souvent une heure ou plus: le temps de leur expliquer le diagnostic, la maladie, et les traitements proposés. La prise en charge psychologique du patient est par ailleurs un élément indispensable de notre discipline, tout comme la nécessité d'avoir de solides connaissances, tant en hématologie et en oncologie qu'en médecine interne générale. À cette reconnaissance financière s'ajoute une dimension symbolique, grâce à un nouveau numéro INAMI qui nous distingue de nos collègues internistes. J'ai le sentiment que l'oncologie n'est plus désormais le «parent pauvre» de la médecine interne qu'elle a longtemps été.

L'inadéquation du système de financement des hôpitaux a enfanté un cercle vicieux auquel il est urgent de mettre un terme.

# Faire revenir les spécialistes dans les hôpitaux

Les hôpitaux reçoivent actuellement un budget insuffisant pour assurer leur financement. «Dans le système actuel, le salaire des membres du personnel est couvert seulement à environ 90%», détaille le Dr Robert Rutsaert, médecin interniste et président de l'ASGB. «Les gestionnaires hospitaliers n'ont que deux choix pour combler ce déficit: soit facturer des suppléments aux patients, soit effectuer des prélèvements sur les honoraires des médecins.»

## Prélèvements

«Comme le gouvernement met la pression sur les hôpitaux depuis plusieurs années pour limiter les suppléments facturés, ils n'ont pas le choix et doivent recourir aux prélèvements», poursuit notre interlocuteur. «Attention, le Cartel n'est pas opposé en soi aux prélèvements. Il nous paraît logique de participer aux frais directs engendrés par notre activité médicale: espace occupé pour les consultations, rémunération du personnel, fournitures, utilisation du matériel médical... Par contre, tous les coûts indirects sur lesquels nous n'avons aucun impact, comme les coûts d'assurance groupe du personnel administratif ou des gestionnaires ou la répartition du solde après paiement de tous les coûts, sont inacceptables.»

## Fuite des spécialistes

«Ces ponctions effectuées sur les honoraires rendent le travail hospitalier nettement moins attractif. Les spécialistes qui en



© Corbis

« Les ponctions effectuées sur les honoraires rendent le travail hospitalier nettement moins attractif »

ont la possibilité préfèrent donc diminuer leur activité hospitalière ambulatoire, voire l'arrêter complètement, et ouvrir une pratique privée», constate le Dr Rutsaert. «Les conditions financières ne sont d'ailleurs pas la seule raison de cette fuite: le service de garde, qui diminue fortement la qualité de vie, est une autre raison de la désaffection dont souffrent les hôpitaux.»

## Spécialités «piégées»

Ce phénomène frappe particulièrement les spécialités «intellectuelles», pour lesquelles les coûts de la consultation à l'hôpital deviennent insurmontables. «Les revalorisations intervenues au cours

des dernières années ont un peu adouci leur sort, mais beaucoup reste à faire. De plus, à quoi servent ces revalorisations si les prélèvements privent ces spécialistes d'une partie plus ou moins importante des gains engrangés?», déplore le Dr Rutsaert. «Nous voulons aussi une sécurité tarifaire pour les médecins.»

## Cercle vicieux

Le départ des spécialistes ne fait qu'aggraver la situation. «Puisqu'il y a moins de spécialistes sur lesquels répartir les coûts indirects, la quote-part individuelle augmente, et les médecins qui continuent à exercer en hôpital sont donc financière-

ment pénalisés. Pour les services médico-techniques, les coûts indirects, souvent comptés sous forme de répartition du solde, pèsent lourd», constate le Dr Rutsaert. «Les gardes deviennent également plus difficiles à assurer. C'est un véritable cercle vicieux, car chaque détérioration de la situation renforce cette évolution.»

### Pénuries

Dans certaines disciplines, les désistements créent une pénurie de spécialistes dans les hôpitaux alors qu'ils sont nombreux en pratique privée. «C'est notamment le cas des pédiatres», souligne le Dr Rutsaert. Parfois aussi, les mauvaises conditions de travail chassent les spécialistes à l'étranger. «Plus du quart des pédopsychiatres diplômés en Flandre partent exercer aux Pays-Bas. Du coup, les enfants souffrant de troubles graves doivent attendre 3 à 6 mois avant d'être pris en charge.»

### Paradoxes

Ailleurs, les hôpitaux essaient de répondre comme ils peuvent à cette pénurie de main-d'œuvre. «Les assistants en formation ont une charge de travail accrue. Dans les services où il n'y a pas ou peu d'assistants, on essaie de régler la situation en engageant des médecins généralistes. Beaucoup de généralistes, par exemple, travaillent aux urgences», note le Dr Rutsaert. «C'est paradoxal: les spécialistes fuient les hôpitaux, alors que les généralistes, qui commencent pourtant à manquer dans certaines régions, rejoignent, eux, l'hôpital.»

### Revoir le financement des hôpitaux

«Pour mettre fin à ce cercle vicieux, il faut arrêter le mal à la source», conclut le Dr Rutsaert. «Permettre aux hôpitaux de financer correctement leur fonctionnement sans devoir recourir à des prélèvements supplémentaires injustifiés est une étape essentielle. Mais il faut aussi améliorer les conditions de travail des médecins hospitaliers.»

«Aujourd'hui, les montants versés aux hôpitaux par le gouvernement ne couvrent pas l'entièreté de leurs dépenses. Le manque à gagner est en grande partie rattrapé par des prélèvements sur les honoraires des médecins. Cette situation est intenable à long terme!»

## {Notre position}

1°) Les autorités doivent prendre leurs responsabilités et donner aux hôpitaux les moyens d'assurer leurs missions. De plus, lorsque des conventions collectives de travail sectorielles prévoient des hausses salariales pour le personnel infirmier et administratif, l'État doit donner aux hôpitaux les moyens d'honorer ces engagements. Par ailleurs, les hôpitaux ne disposent pas de suffisamment de personnel infirmier: les normes d'agrément sont depuis longtemps obsolètes.

2°) Il faut ramener les spécialistes dans les hôpitaux. Pour cela, le Cartel préconise:

- } la poursuite de la revalorisation des actes intellectuels,
- } de veiller à maintenir l'attractivité de la consultation hospitalière en évitant des prélèvements supérieurs à ceux d'une consultation privée.

3°) Les hôpitaux accueillent également de nombreux patients ambulatoires. Le budget des hôpitaux devrait aussi prévoir un financement adéquat des polycliniques.

4°) Il faut réinstaurer le système de «benchmarking» de la gestion hospitalière, afin de responsabiliser aussi les gestionnaires, et pas seulement les médecins.

5°) Les prélèvements qui ne sont pas directement liés à l'activité du médecin doivent être supprimés. Par ailleurs, la négociation sur les prélèvements, qui a actuellement lieu dans les hôpitaux, devrait se dérouler au niveau national. Cela permettrait d'éviter les disparités entre hôpitaux, et de mesurer l'effet réel des augmentations d'honoraires sur le revenu des spécialistes.



# Les spécialités «maudites»

Les spécialités «intellectuelles» ont la **vie dure** à l'hôpital. L'absence d'actes techniques handicape les revenus de certains spécialistes, et les mécanismes de financement des hôpitaux jouent plutôt en leur défaveur. D'autres ressentent une détérioration de leur qualité de vie au travail.

**S**i de nombreux spécialistes désertent aujourd'hui l'hôpital et lui préfèrent la pratique en cabinet privé, tous n'ont pas cette possibilité. Parmi les spécialités hospitalières, les spécialités dites «techniques» arrivent en général à assurer un revenu confortable à ceux qui les pratiquent, car la plupart des actes techniques sont bien valorisés dans la nomenclature. Les spécialités «intellectuelles», par contre, se retrouvent souvent laissées pour compte: gériatres, endocrinologues, hématologues, rhumatologues, neurologues, (neuro) psychiatres, dermatologues, pédiatres se sentent dévalorisés, même si on commence à assister à un retournement de la situation.

### Peu d'homogénéité dans le calcul des coûts

Parmi les problèmes évoqués par les médecins: le manque d'homogénéité dans le calcul des montants refacturés aux spécialistes hospitaliers pour l'utilisation des infrastructures. «Chaque hôpital a son propre mode d'organisation pour le financement», note le Dr Griet De Brabanter, rhumatologue. «Certains hôpitaux prélèvent un pourcentage des honoraires perçus par le médecin. D'autres demandent un loyer, qui correspond à l'utilisation des locaux et des facilités administratives, ce qui me paraît déjà plus objectif.» Mais le problème ne pourra être résolu dans l'ensemble du pays qu'à condition d'uniformiser les règles de financement au niveau national. «Tant qu'il n'y aura pas d'accord au fédéral pour un meilleur financement du fonctionnement des hôpitaux, et en particulier des coûts d'infrastructure», note Rita Cuypers, juriste à l'ASGB, «les hôpitaux continueront à devoir trouver d'autres modes de financement, dont les montants réclamés aux médecins hospitaliers.» Une situation dont ces derniers sont bien conscients. «Nous sommes dans le même bateau que les gestionnaires», confirme le Dr Nicolas Berg, gériatre à Liège. «Les hôpitaux souffrent d'un sous-financement chronique. Qui plus est, les règles qui gouvernent ce financement changent en permanence, et nous sommes donc livrés aux disputes locales entre médecins et gestionnaires.»

## « Les hôpitaux éprouvent de plus en plus de difficultés à trouver des spécialistes dans certaines disciplines »

### Vers un déficit des vocations?

Plusieurs médecins interrogés pointent du doigt les conséquences dommageables de cette situation sur les choix effectués par les futurs spécialistes. «Les hôpitaux éprouvent de plus en plus de difficultés à trouver des spécialistes dans certaines disciplines, dont la gériatrie», poursuit le Dr Berg. «Cette pénurie entraîne un surcroît de travail pour les équipes en place, dont un nombre de gardes plus élevé. Cela rend la profession d'autant moins attractive, et la pénurie s'aggrave, et ainsi de suite. C'est un cercle vicieux.»

Par ailleurs, les jeunes médecins qui débudent dans ces spécialités après leur stage ont moins de poids lors de la négociation de leurs conditions de travail. «Ils sont livrés pieds et poings liés aux hôpitaux», déplore le Dr Luc Dirix, oncologue. «Cela finit par se savoir, et contribue à renforcer le déficit dans certaines disciplines.» Une analyse que ne partagent cependant pas tous ses confrères. «Je pense que le choix de la spécialité reste, dans la majorité des cas, une question d'intérêt scientifique», affirme le Dr Simon Van Belle, oncologue. «Mais cela dit, je ne sais pas comment la situation évoluera d'ici dix ans.»

### Qualité de vie en baisse

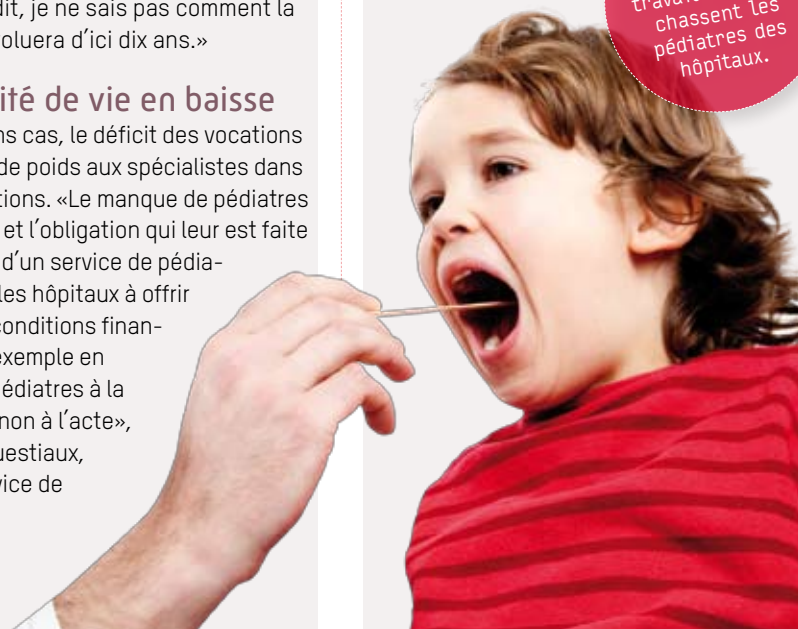
Dans certains cas, le déficit des vocations donne plus de poids aux spécialistes dans les négociations. «Le manque de pédiatres hospitaliers et l'obligation qui leur est faite de disposer d'un service de pédiatrie pousse les hôpitaux à offrir de bonnes conditions financières, par exemple en payant les pédiatres à la vacation et non à l'acte», note le Dr Questiaux, chef du service de pédiatrie au CHBAH à Seraing.

«Mais malgré cela, la profession n'attire plus: il y a un véritable malaise chez les pédiatres hospitaliers. Notre qualité de vie est en baisse constante: à cause du manque de bras, nous devons effectuer de plus en plus de gardes, alors que nos confrères qui exercent en ville n'y sont pas tenus. Ce sont donc nos conditions de travail qui «chassent» les pédiatres des hôpitaux: ils préfèrent gagner moins en ville, mais jouir d'une meilleure qualité de vie.»

### Travail administratif et de coordination peu valorisé

Enfin, de nombreux spécialistes mettent le doigt sur un autre point sensible: la faible valorisation des prestations de coordination, qui pourrait pourtant améliorer leur sort. Oncologues, endocrinologues, rhumatologues et gériatres y consacrent une part non négligeable de leur temps de travail. Si la revalorisation progressive des honoraires a, dans certains cas, amélioré leur sort, ces prestations de coordination restent dans l'ensemble sous-financées. Une piste à suivre?

Les conditions de travail difficiles chassent les pédiatres des hôpitaux.



# Améliorer le sort des assistants?

« La situation des médecins spécialistes en formation reste délicate. De nombreux problèmes liés à l'encadrement pèsent sur les conditions dans lesquelles s'effectue leur apprentissage. »



© Brauner

Les conditions de travail des médecins spécialistes ont souvent été pointées du doigt par le passé.

## Qu'en est-il actuellement?

**J**onathan Brauner, assistant en biologie clinique, estime sa situation correcte. « Mais les spécialités qui, comme la mienne, comptent peu de médecins en formation, sont mieux loties que celles qui drainent de nombreux stagiaires, comme la chirurgie, la pédiatrie, la médecine interne ou la gynécologie. Les conditions de travail et d'apprentissage y sont beaucoup plus pénibles », précise-t-il. « Et cela commence malheureusement à avoir un effet sur les décisions d'orientation des futurs assistants... »

### Problème d'organisation

« Dans de nombreux services de stage, le manque de spécialistes « senior » est patent. Les superviseurs sont débordés, et les stagiaires sont parfois véritablement livrés à eux-mêmes. Le problème est qu'ils préfèrent se taire, de peur de recevoir un mauvais rapport de stage, d'être ennuyés au sein de la commission d'agrément ou d'être envoyés dans un hôpital plus lointain », déplore le Dr Brauner.

### Horaires difficiles

« Les conditions de travail sont difficiles, avec des horaires lourds et des exigences administratives très envahissantes. C'est en partie lié à la pénurie hospitalière qui règne dans certaines spécialités, comme la pédiatrie », relève le Dr Brauner. « Non seulement l'encadrement y est insuffisant, mais le nombre de stagiaires est inférieur au minimum requis pour assurer le bon fonctionnement des services. Du coup, les stagiaires enchaînent souvent gardes de nuit et présence en journée, sans pouvoir prendre la période de repos pourtant prévue par la législation. »



© iStockphoto

### Une offre mal répartie?

« On a voulu régler de nombreux problèmes par le contingentement de l'offre médicale. Cependant, nous attendons toujours que le SPF Santé Publique nous fournisse des chiffres objectifs sur la situation. En effet, nous n'avons toujours pas reçu le cadastre des spécialistes. Le fait que des hôpitaux recrutent - hors quota - des candidats spécialisés en formation dans d'autres pays européens, biaise encore plus le débat, et entraîne, en outre, une discrimination envers les médecins formés en Belgique (dans les quotas). Bien entendu, la situation est loin d'être homogène: il existe en termes de densité médicale des disparités entre disciplines et régions. Il devient cependant urgent de clarifier la situation »

### Vers un mieux?

« Une nouvelle législation, basée sur une directive européenne, prévoit notamment un maximum de 48 heures de travail par semaine, gardes comprises, et éventuellement 12 heures supplémentaires si le stagiaire est d'accord », précise le Dr Brauner. Le Cartel exige d'ailleurs que ces heures supplémentaires soient rémunérées de façon correcte. « L'inspection du travail pourra contrôler le respect de ces dispositions et, notamment, agir sur requête des stagiaires ou des patients. J'espère que cela permettra de réduire les abus et de garantir ainsi une meilleure qualité de vie aux médecins. »

**Le Cartel plaide** pour une meilleure prise en compte de ce travail indispensable au fonctionnement des hôpitaux.

# Rémunérer la participation aux conseils et commissions?

**C**omité d'hygiène hospitalière, comité médico-pharmaceutique, commission sur la sécurité des patients, groupe de travail pluridisciplinaire sur les antibiotiques et commission des matériels médicaux... autant d'organes où la rémunération est plus l'exception que la règle. En dehors du médecin hygiéniste, rémunéré pour sa fonction au sein du comité d'hygiène hospitalière, et du financement pour le groupe de travail sur les antibiotiques, notre système de soins de santé ne prévoit en effet aucun émolument pour la participation aux réunions de ces organes. «Les médecins doivent y assister et effectuer tout le travail de préparation à titre bénévole», déplore le Dr Jean-Paul Ursi, spécialiste en biologie clinique, et, dans son hôpital, président du comité d'hygiène hospitalière et membre du comité des matériels médicaux et de la sécurité des patients.

## Effet pervers

«La conséquence - compréhensible - de cette situation est qu'au fil du temps, les médecins participent de moins en moins aux réunions», poursuit le Dr Ursi. «D'un point de vue légal, ce n'est pas un problème, puisque la réglementation prévoit juste que des médecins doivent être membres de beaucoup de commissions. Mais c'est intenable à long terme. En effet, ces commissions se réunissent en l'absence des médecins, et prennent donc des décisions sur des bases insuffisantes.»

« Il existe, dans chaque hôpital, une série de groupes de travail, de comités et de commissions, dont l'existence est indispensable pour qu'un hôpital soit agréé. Pourquoi les médecins hospitaliers qui y siègent ne sont-ils pas rémunérés? »

## Trouver une solution

«Le temps presse pour trouver une solution», relève enfin le Dr Ursi. «En effet, nous pouvons nous attendre à ce que les audits quinquennaux des hôpitaux - les «visitations» - s'intéressent à la présence (ou à l'absence) des médecins à ces diverses réunions dans leur évaluation de la qualité des prestations.» La seule manière d'assurer

## À NOTER

L'agrément des hôpitaux est actuellement surtout fonction du respect de critères quantitatifs. La Flandre a récemment mis en place un système d'audits quinquennaux, les «visitations». Réalisés par un comité de 5 à 6 experts, ils ont pour objectif un contrôle qualitatif du fonctionnement des hôpitaux. Les deux autres régions ont instauré d'autres types d'inspection.

cette participation active est de leur offrir une compensation décente pour cette participation.



© Reporters

## {Notre position}

Le Cartel plaide pour une rémunération de € 250 par réunion pour la présence effective dans tous les conseils et commissions dont l'instauration est obligatoire pour l'agrément des hôpitaux. Nous estimons en effet que l'État doit donner aux hôpitaux - et aux médecins - les moyens de s'acquitter des obligations qu'il leur impose.

## Élections

Vous allez très bientôt être appelés à élire vos représentants dans les organes de l'INAMI. Votre choix aura un impact direct sur vos conditions de travail et sur vos revenus. Ne laissez pas passer cette chance!

**Votez 2 Cartel (ASGB-GBO).**

**En savoir plus**  
sur le Cartel  
[www.lecartel.be](http://www.lecartel.be)

### Président du Cartel:

Dr Philippe Vandermeeren

### Membres:

- **ASGB** (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België)  
Président: Dr Robert Rutsaert
- **GBO** (Groupement Belge des Omnipraticiens)  
Président: Dr Philippe Vandermeeren
- **SBMS - SBGS** (Syndicat Belge des Médecins Spécialistes - Syndicaat van Belgische Geneesheren Specialisten)  
Responsables: Dr Nicolas Berg  
Dr Dirk Bernard

### Membres du Cartel siégeant dans la Commission Nationale Médico-Mutualiste

| EFFECTIFS                                      | SUPPLÉANTS                                |
|--|---|
| Dr Philippe Vandermeeren<br>Généraliste, Namur | Dr Milan Roex<br>Généraliste, Anderlecht  |
| Dr Robert Rutsaert<br>Interniste, GZA, Anvers  | Dr Nicolas Berg<br>Gériatre, CHBAH, Liège |
| Dr Reinier Hueting<br>Généraliste, Grammont    | Dr Paul Putzeys<br>Généraliste, Berchem   |
| Dr Anne Gillet<br>Généraliste, Bruxelles       | Dr Marcel Bauval<br>Généraliste, Liège    |

## {Erratum}

Bien que nous ayons fait appel à des experts pour réunir les informations liées à ces matières complexes, quelques erreurs et imprécisions sur la protection sociale se sont glissées dans le précédent numéro de Cartel Magazine. Veuillez nous en excuser. Vous trouverez ci-après les corrections et précisions à apporter.

### TRAVAILLER APRÈS LA PENSION (P.3)

Après 65 ans et sans charge de famille, les montants maxima pour 2010 sont de € 17.149,19 pour les indépendants et € 21.346,50 pour les salariés (et non € 29.986,25 et € 23.988,97). Si le revenu dépasse ces plafonds de plus de 15%, votre pension sera supprimée. Si le dépassement est inférieur à 15%, votre pension sera réduite du pourcentage de dépassement. Vous trouverez plus d'information sur notre site internet [www.lecartel.be](http://www.lecartel.be).

### INCAPACITÉ DE TRAVAIL (P.4)

Précision: à partir du deuxième mois d'incapacité de travail, le salarié reçoit une rémunération égale à 60% de son dernier salaire brut avec un maximum de € 71,02 par jour, six jours par semaine.

### CONGÉ DE MATERNITÉ DES INDÉPENDANTES (P.5)

«Elles recevront une prime de maternité de € 2.250 une indemnité de € 372,75 par semaine et 105 chèques services» doit être remplacé par «Au cours de leur congé de maternité, elles recevront de l'assurance-maladie un montant de € 375,72 par semaine. Elles recevront également 105 chèques services».

### Cartel magazine

est une publication du Cartel

Rue Solleveld 68  
1200 Bruxelles

Tél. +32(0)2/538.38.35  
Fax +32(0)2/538.51.05

E-mail: [cartel@lecartel.be](mailto:cartel@lecartel.be)  
Internet: [www.lecartel.be](http://www.lecartel.be)

### Éditeur responsable

Philippe Vandermeeren  
Rue Solleveld 68  
1200 Bruxelles

### Conception et réalisation

V&V Communication Company S.A.



Rue Rodenbach 70  
1190 Bruxelles

Tél. +32(0)2/640.49.13  
Fax +32(0)2/640.97.56  
E-mail: [info@vivio.com](mailto:info@vivio.com)

### Coordination de la rédaction

Frédéric Wauters  
E-mail: [fw@vivio.com](mailto:fw@vivio.com)

### Secrétariat de rédaction

Claudine De Kock

### Rédaction

Rita Cuypers, Robert Rutsaert,  
Philippe Vandermeeren,  
Frédéric Wauters

### Maquette et mise en page

Marie Bourgois, Noémie Chevalier

### Photos et illustrations

L. Bazzoni, Corbis, P. De Schryver,  
Getty Images, iStockphoto, Reporters

### Impression Druco

Trimestriel  
Tirage 30.000 exemplaires  
Verschijnt ook in het Nederlands

Vous êtes intéressé(e) par un de nos articles et souhaitez en savoir plus?

Vous désirez vous faire membre et soutenir concrètement l'action du Cartel pour défendre vos droits?

Appelez-nous au **02/538.38.35**,  
envoyez-nous un mail à [cartel@lecartel.be](mailto:cartel@lecartel.be)  
ou surfez sur [www.lecartel.be](http://www.lecartel.be).

