

RAPPORT ANNUEL 2015 DU GBS

Dr Marc Moens
Secrétaire général

Changement *in statu nascendi*

Bruxelles
20.02.2016

Table des matières

1	Rapport d'activités	5
1.1	Réunions internes	5
1.2	Publications.....	6
1.3	Symposiums organisés par le GBS et par ses unions professionnelles.....	6
1.3.1	Maladies rares.....	7
1.3.2	Radioprotection	7
1.3.3	Safety First anno 2015 : Symposium de l'association professionnelle des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation (APSAR).....	8
1.3.4	Symposium annuel de l'union professionnelle des soins intensifs	10
1.4	Le site Internet du GBS.....	10
1.4.1	Site Internet	10
1.4.2	Quelques statistiques	10
1.4.3	Le site Internet du GBS, un outil de communication et de gestion pour les unions professionnelles.....	11
1.5	Activité de l'AMSFr.....	11
1.6	AVS – Artsenvereniging Vlaamse Specialisten	13
1.7	Enquête de santé – Le Spécialiste – GBS.....	14
2	Représentation du GBS	16
2.1	Représentation en Belgique	16
2.1.1	L'accord entre l'ABSyM et le GBS.....	16
2.1.2	Medicanorm.....	18
2.1.3	Mdeon.....	18
2.1.4	Rencontre avec Pharma.be	20
2.1.5	Institut Pharmaco-Epidémiologique Belge (IPhEB).....	21
2.1.6	Comité d'évaluation des pratiques médicales.....	21
	en matière de médicaments et CBIP-BCFI	21
2.1.7	Observatoire wallon de la Santé	22
2.1.8	Séminaire de clôture des 50 ans de l'INAMI	22
2.1.9	Cours-conférence du Collège de Belgique (Académie royale des Sciences)	24
2.1.10	Académie royale de Médecine de Belgique (ARMB)	25
2.2	Représentation internationale – UEMS, CPME, FEMS et AEMH	26
2.2.1	UEMS.....	26
2.2.2	Réunion commune – FEMS- AEMH-EJD	28
2.2.3	CMPE.....	29

2.2.4	OMS – EFMA	29
3	Le financement des hôpitaux : des vagues de réformes à l’horizon.....	29
4	Politique	36
4.1	Introduction	36
4.2	Conséquences de la 6 ^e réforme de l’État	41
4.2.1	SPF Santé publique	41
4.2.2	INAMI	42
4.3	Protocole d’accord Imagerie médicale : la saga continue	43
4.3.1	Rétroactes	43
4.3.2	Et en 2015	44
4.4	Euthanasie.....	46
5	Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes	48
6	Cadastre des médecins	49
7	Accord médico-mutualiste	50
7.1	Les mutualités	50
7.2	Suivi de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2014 pour l’année 2015 (MB 27.01.2015).....	52
7.3	Accord médico-mutualiste du 22.12.2015 pour 2016-2017 (MB 27.01.2016)	55
7.3.1	Introduction	55
7.3.2	Quelques chiffres.....	56
7.3.3	Le seuil d'activité minimal : une peau de banane.....	58
7.3.4	Coûts administratifs : les mutualités en conflit avec le gouvernement Michel... ..	59
7.3.5	L'accréditation et les chiffres qui en découlent	61
8	Procédures juridiques	63
8.1	Introduction	63
8.2	Jugements	64
8.2.1	Pensions'.....	64
8.2.2	Maladies rares.....	64
8.2.3	Nouvelles tâches du médecin-chef'	65
8.2.4	Pratiques non conventionnelles'	65
8.3	Affaires en cours et à venir	66
8.3.1	TVA sur les interventions et traitements esthétiques.....	66
8.3.2	Désinfection du matériel endoscopique.....	69
9	Conclusion	70

1 Rapport d'activités

1.1 Réunions internes

La réunion du comité directeur du 5 janvier 2015 a commencé par un véritable choc : le Dr Jean-Luc DEMEERE a dû assumer la difficile tâche d'informer le comité exécutif et le personnel de l'absence prolongée du Dr Marc MOENS, secrétaire général du GBS, pour des raisons de santé. La réception du nouvel an n'a pas été festive. Un élan de solidarité spontané s'est manifesté. L'assemblée générale était prévue le 7 février 2015. Le vingt-cinquième rapport annuel du Dr Marc MOENS est donc devenu un travail collectif. Ont travaillé à sa rédaction, sous la direction à distance, attentive et critique, du Dr M. MOENS : les Drs Bart DEHAES, Jean-Luc DEMEERE, Francis HELLER, Michel LIEVENS, MM. Olivier LAMBRECHTS et Raf DENAYER ainsi que M^{me} Fanny VANDAMME.

En 2015, le comité exécutif s'est réuni à 26 reprises. Les réunions se tenaient alternativement le lundi midi et les mardis ou jeudis soir selon un calendrier établi à l'avance. Ceci permettait aux nouveaux membres du comité exécutif, qui sont encore tous actifs dans la pratique médicale, de participer également physiquement aux activités du comité. Comme par le passé, un compte rendu de chaque réunion est systématiquement rédigé. Cela a permis au secrétaire général de suivre de près les activités du comité. Il les a également complétées d'informations qu'il a reçues via d'autres canaux électroniques.

Le comité directeur s'est réuni à six reprises au Best Western Hotel, situé le long de l'autoroute Bruxelles-Ostende, le lieu de prédilection des réunions du comité directeur et de nombreuses autres unions professionnelles membres du GBS. L'information sur les activités du Conseil technique médical, du Comité de l'assurance et de la Médico-mut, une tâche d'habitude confiée au Dr MOENS, a été prise en charge par le Dr Bart DEHAES.

Le *think tank* sur le financement hospitalier s'est réuni deux fois, à savoir le 19 février et le 21 mai 2015. Le plan d'approche pour le financement des hôpitaux proposé par la ministre Maggie DE BLOCK, et l'étude Maha¹ portant sur l'année 2014 ont fait l'objet d'une analyse critique. Un état des lieux des discussions au cabinet a constitué un sujet récurrent dans les réunions du comité directeur.

Les statuts du GBS ont été modifiés le 11 octobre 2014 afin de les adapter à la nouvelle structure de l'État. Le comité directeur est dorénavant composé d'un membre francophone et d'un membre néerlandophone de chaque union professionnelle. Les unions professionnelles qui n'étaient pas encore représentées par des membres des deux rôles linguistiques ont donc été tenues de participer aux élections du GBS à l'occasion de l'assemblée générale du 7 février 2015. Les membres francophones du comité directeur composent depuis lors l'AMSFr². Les membres néerlandophones composent quant à eux l'AVS³. L'assemblée générale du GBS a été précédée par le symposium sur les maladies rares⁴.

¹ MAHA : Model for Automatic Hospital Analyses. Analyse sectorielle des hôpitaux généraux réalisée par Belfius.

² L'association des médecins spécialistes francophones du GBS. Voir rapport d'activités, point AMSFr.

³ Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten. Voir rapport d'activités, point AVS.

⁴ Voir aussi point n° [8.2.2.](#)

1.2 Publications

Le *Geneesheer-Specialist*, le bulletin des membres néerlandophones des unions professionnelles du GBS, est paru pour la dernière fois sous ce nom en mai 2015. Un mois plus tard, il est paru sous son nouveau nom, neutre en termes de genre : *De Arts-Specialist*. Sept numéros du bulletin (De Arts-Specialist/Le Médecin Spécialiste) ont été envoyés aux membres en format papier en 2015.

E-spécialiste : 58 lettres d'information électroniques ont été envoyées aux membres du GBS entre le 9 janvier et le 24 décembre 2015. Le 27 avril, le cap des 500 e-spécialistes a été atteint avec l'envoi aux membres de l'union professionnelle d'orthopédie d'une communication relative à des modifications dans un formulaire de demande d'intervention dans les coûts des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Outre les e-spécialistes, qui ont été envoyé sous l'étiquette GBS et mis à la disposition du public sur le site Internet, d'autres e-mails ont été envoyés par les unions professionnelles elles-mêmes, par exemple pour annoncer les assemblées générales.

Le courrier électronique constitue un moyen de communication plus rapide et moins coûteux que le courrier postal ordinaire. Il convient particulièrement bien à l'envoi d'enquêtes. Le taux de réponse à ce type de questionnaires en ligne est en outre bien plus élevé que celui des enquêtes envoyées par la poste.

Les unions professionnelles d'anesthésie et de gynécologie-obstétrique ont toutes deux envoyé une enquête propre via le GBS. L'union des anesthésistes a envoyé un questionnaire relatif au pré- et au post-opératoire pour les patients critiques et non critiques. L'union de gynécologie-obstétrique a quant à elle diffusé une enquête concernant l'avenir de la profession à la lumière de l'objectif d'intégration accrue des sages-femmes dans l'eutocie souhaitée par la ministre Maggie DE BLOCK.

En outre, le GBS envoie des e-spécialistes pour annoncer des enquêtes en ligne si elles présentent un intérêt pour un groupe professionnel de médecins spécialistes. On en a compté trois en 2015 : une enquête sur la « Politique et financement des hôpitaux » (Journal du Médecin/Artsenkrant), une enquête sur l'influence du système d'indemnisation des accidents médicaux sur la pratique des médecins (doctorat en économie - U Hasselt), et enfin une enquête sur les équipes d'urgence multidisciplinaires (chercheurs de l'école supérieure Karel de Grote). Le GBS n'envoie en principe de courriers électroniques qu'aux membres, et utilise un fichier contenant les adresses e-mail que les titulaires ont autorisé à utiliser.

1.3 Symposiums organisés par le GBS et par ses unions professionnelles

Les symposiums constituent un moyen idéal à la disposition des unions professionnelles pour attirer davantage l'attention sur leurs activités. Les membres peuvent ainsi être informés des travaux effectués par leur union professionnelle. Mais c'est également un moyen de convaincre les non-membres de l'intérêt d'une défense professionnelle solide. En effet, plus les unions

professionnelles comptent de membres, plus elles ont du poids dans la défense de leur point de vue auprès des politiciens compétents et des instances impliquées. Il n'est pas rare que l'on profite d'un symposium pour inviter un représentant des ministres compétents à s'y exprimer. Cela crée une dynamique entre l'union professionnelle et le pouvoir politique. Le GBS est toujours prêt à apporter son concours à l'organisation d'un symposium avec une union professionnelle.

1.3.1 Maladies rares

Le symposium « Maladies rares » du 7 février 2015 était une réponse à l'étude du KCE⁵ qui, dans son communiqué de presse publié sous le titre « Cancers rares et complexes : enfin des centres de référence reconnus en Belgique ? », a fait l'objet de beaucoup d'attention dans les médias belges. C'était également une manière de mettre davantage en lumière le travail de qualité, par une analyse fine des différents cancers dits « rares »⁶, des nombreux groupes de travail du GBS.

On a enregistré 220 participants effectifs. Les journalistes de la presse médicale comme de la presse générale étaient présents. La VRT était représentée par M. Chris DE NIJS. Ce symposium leur a permis d'entendre « une autre version de l'histoire ». Si l'on en croit M. Raf MERTENS, directeur du KCE, les hôpitaux non universitaires ne pourront à l'avenir offrir que des soins de base.

Toutes les maladies dites « rares » ne peuvent être traitées que dans les centres universitaires. Lors du symposium, des orateurs issus de différents horizons ont été invités à exposer une vision du dossier aussi large que possible. C'est ainsi que l'approche statistique du terme « maladies rares » a été confiée au Dr Liesbet VAN EYCKEN, directeur de la Fondation Registre du Cancer. Les Dr J. WEERTS et Ph. VAN TRAPPEN ont pris respectivement en charge la coordination du groupe de travail des cancers rares du pancréas et celui des cancers rares gynécologiques. Le Dr J.-P. JORIS a été invité à exposer le point de vue du directeur médical. Le rapport annuel du Dr Marc MOENS a été présenté par le Dr Jean-Luc DEMEERE.

1.3.2 Radioprotection

Au cours du grand symposium du 14 décembre 2013 qui a compté plus de 600 participants, quelques problèmes d'organisation se sont posés, ce qui a quelque peu refroidi l'enthousiasme du GBS sur le sujet. C'est ainsi qu'en 2014, aucun symposium de radioprotection n'a été organisé. Mais comme le GBS avait organisé cinq symposiums sur la radioprotection sur une courte période, beaucoup de médecins spécialistes s'attendaient à ce que le GBS organise chaque année une session similaire dans le cadre de la formation continue. Le symposium organisé le 21 mars 2015 n'a enregistré « que » 324 participants, alors que les éditions précédentes avaient attiré en moyenne 450 médecins. Le GBS a donc décidé de ralentir quelque peu la cadence. La majorité des médecins dont l'utilisation des rayons ionisants ne fait pas partie de l'activité principale ont entretemps suivi les heures de formation continue nécessaires. La réglementation oblige les connexistes (et également les radiologues) à pouvoir

⁵ « Organisation des soins pour les adultes avec un cancer rare ou complexe ». Rapport KCE 219, 10.02.2014

⁶ Les rapports des groupes de travail sur les cancers rares ont été rassemblés dans le Médecin Spécialiste n° 8 de décembre 2014.

justifier de quatre heures de formation continue sur une période de 10 ans. Pour la majorité des médecins, cette période de 10 ans a commencé dans le cadre des mesures transitoires en 2001 avec l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 20 juillet 2001, portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants⁷. Depuis 2001, les médecins qui dans leur pratique utilisent des rayons ionisants doivent avoir suivi la formation spécifique appropriée. Ils doivent avoir suivi une formation de 75 heures, composée de 45 heures de formation théorique et de 30 heures de pratique, et « subi avec succès un contrôle de connaissance »⁸.

L'arrêté de 2001 ne constitue pas une donnée statique ; comme toutes les réglementations, il est évalué et, si nécessaire, actualisé. Depuis 2015, les obligations relatives à la formation continue en radioprotection, dont les radiothérapeutes et les spécialistes en médecine nucléaire doivent pouvoir justifier, ont été fortement renforcées. Les deux spécialités doivent en effet pouvoir justifier de trois heures de formation continue en radioprotection par an.⁹ Pour l'année 2015, cela n'a pas posé de problème étant donné que le programme de la société scientifique avait prévu cette formation. Les Drs Bart DEHAES et Marc BROSENS font partie du comité exécutif du GBS et ont collaboré à l'organisation des sessions précédentes. Il est donc apparu logique que le GBS relève le défi. C'est ainsi qu'il organisera le 12 mars 2016, en collaboration avec l'AFCN¹⁰, la première session de formation continue pour les spécialistes en médecine nucléaire et les radiothérapeutes. Les contacts nécessaires ont été pris pour éviter que cette session de radioprotection ne coïncide avec une activité organisée par les sociétés scientifiques. Outre la session commune aux deux disciplines, deux sessions parallèles sont organisées ; des thèmes spécifiques aux disciplines y seront abordés.

1.3.3 Safety First anno 2015 : Symposium de l'association professionnelle des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation (APSAR)

Le symposium des anesthésistes du 31 janvier 2015 à Bruxelles avait pour thème principal la modification des règles de sécurité en anesthésie qui avait été publiées conjointement par la société scientifique (SBAR) et la société professionnelle (APSAR) en 1989 et modifiées en 2001 et 2002.

Ce thème avait été choisi suite à l'inspection des hôpitaux par Zorginspectie Vlaanderen qui avait rendu public son rapport. Ce rapport reconnaissait que dans 2 % des salles d'opération visitées, il n'y avait pas d'anesthésiste. Un hôpital sur 7 serait en défaut. Cette publication avait provoqué une campagne médiatique dans la presse écrite et radio-télévisée en discréditant la profession. En réalité, le texte de 2002 autorise l'anesthésiste à sortir de la salle d'opération à condition de confier la surveillance à une infirmière formée (*skilled person*). L'anesthésiste doit rester à proximité et garde la responsabilité complète de l'anesthésie (art. 2.09). L'inspection flamande a lié cet article à un article précédent (art. 2.07) stipulant qu'en cas d'urgence vitale dans une autre salle (arrêt cardiaque), tout anesthésiste peut quitter sa salle pour apporter son aide. Non sans humour, dans un centre hospitalier, un anesthésiste chef de bloc opératoire a

⁷ M.B. 30.08.2001.

⁸ Art. 53.3.2. de l'AR du 20.07.2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants.

⁹ Il s'agit d'une décision interne de l'AFCN ; ce n'est indiqué que sur son site Internet.

¹⁰ AFNC: Agence fédérale de contrôle nucléaire- FANC : Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle.

quitté sa salle pour accueillir les inspecteurs qui ont constaté qu'il avait quitté sa salle d'opération sans qu'un arrêt cardiaque ne le justifie. Ils ont donc sanctionné le service !

Les anesthésistes voulaient donner à l'article 2.09 une nouvelle interprétation qui correspondait à la réalité clinique. Le Dr René HEYLEN, anesthésiste et juriste, président de l'APSAR, avait préparé une actualisation de l'interprétation de l'article 2.09. Afin d'obtenir un large consensus avant le symposium, le texte avait été présenté, discuté et approuvé par le Concilium Inter Anesthésiologistes (CIA), réunissant la SBAR et l'APSAR. Durant le symposium, le texte a été approuvé à l'unanimité. Cependant, il ne sera pas publié dans les Acta Anaesthesiologica Belgica, comme les textes précédents, la SBAR considérant qu'il s'agit d'une interprétation, et non d'une modification. Ceci permet à l'inspection flamande d'argumenter qu'elle interprète à sa façon le texte de Safety First. Heureusement, les contacts entre l'APSAR et l'administration flamande permettent de rassurer les anesthésistes du nord du pays. L'administration accepte l'interprétation de l'union professionnelle. Malheureusement, dans la presse francophone, le dossier a été communautarisé¹¹. Un article rapporte que 2 % d'anesthésies se déroulent sans la présence de l'anesthésiste ; l'auteur en conclut l'administration d'anesthésies simultanées (à savoir un anesthésiste pour plusieurs patients) en Flandre.

Lors du symposium le Dr Lieven WOSTYN, anesthésiste et juriste, a bien expliqué l'importance de Safety First et son utilisation dans les arrêts des tribunaux. Le Prof. J.T.A. KNAPE a insisté sur le rôle de l'infirmière (*skilled person*) qui assiste l'anesthésiste dans la surveillance et la réalisation de l'anesthésie. Le Dr Jan MULIER a rédigé un communiqué de presse suite à la publication de l'audit des salles d'opération par l'inspection flamande en y citant un journal télévisé peu flatteur de la VTM. Mais il a surtout donné et commenté les résultats de l'audit. Son analyse s'écarte diamétralement de la presse à sensation (ou scandale). Le Dr Eric DEFLANDRE a défendu le modèle du péri-opératoire où l'anesthésiste s'occupe de la consultation préopératoire, de l'anesthésie et du postopératoire (à l'exclusion des soins intensifs) jusqu'à la sortie du patient. Le Dr Dirk HIMPE a dressé de manière claire et succincte l'avenir du medico-mut ainsi que du modèle de concertation.

L'après-midi fut essentiellement consacrée à la réforme des hôpitaux annoncée par la ministre de la Santé. Le Dr Jean-Luc DEMEERE a résumé l'étude 229 du KCE¹². Monsieur Peter DEGADT, administrateur délégué de Zorgnet-Vlaanderen, a développé la vision de Zorgnet Vlaanderen¹³. Enfin, Maître Filip DEWALLENS a développé le modèle juridique de la co-gouvernance dans les hôpitaux et le rôle du Conseil Médical.

Le symposium fut un succès. Il a permis de mieux définir la mission et la fonction de l'anesthésiste. À la suite du symposium, le Dr. Jean-Luc DEMEERE, en charge de l'organisation du symposium depuis près de 20 ans, a transmis le flambeau au Dr René HEYLEN qui dès 2016, s'occupera de l'organisation du symposium.

¹¹ « Le secteur de l'anesthésie doit se réformer pour la sécurité du patient - Polémique : des pratiques illégales en Flandre ». Le Soir, 20.02.2015.

¹² KCE Reports 229B. « Étude comparative du financement des soins hospitaliers dans cinq pays. Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux ». 26.09.2014.

¹³ Le 5 mai 2015 [Zorgnet Vlaanderen](#) et [Icuro](#) ont signé un protocole de fusion. Dès cette date les deux équipes travailleront d'une manière intégrée. La fusion devrait être totale pour le 31 décembre 2017.

1.3.4 Symposium annuel de l'union professionnelle des soins intensifs

L'assemblée générale annuelle de l'union professionnelle des soins intensifs s'est tenue le 26 février 2015. Traditionnellement, un symposium scientifique lui est associé. Quelques intervenants y ont abordé des sujets étroitement liés aux conditions de travail des intensivistes.

En 2015, les principaux sujets abordés ont été le dépassement de budget dans la nomenclature de la réanimation (article 13) ainsi que des propositions de méthodes d'évaluation de la qualité des soins prodigués aux soins intensifs.

Plus de 50 intensivistes ont participé à la réunion.

Les présentations d'un certain nombre d'experts dans des domaines ayant trait ou non aux soins intensifs et les discussions qui en ont découlé, ont constitué une occasion idéale de mettre en lumière les attentes des membres de l'union professionnelle et les points sur lesquels l'union professionnelle doit prendre des initiatives auprès des instances compétentes.

Cette réunion annuelle de février constitue également un incitant pour de nouveaux collègues à adhérer à cette union professionnelle.

1.4 Le site Internet du GBS

1.4.1 Site Internet

Le site du GBS lancé le 3 mars 2014 est régulièrement mis à jour par toute l'équipe du GBS. En plus des rapports annuels, et des archives de tous nos bulletins, les visiteurs y trouveront des informations régulièrement mises à jour par l'équipe du GBS spécifiquement formée pour actualiser les annonces de congrès, les modifications de la nomenclature, les tarifs, ainsi que toutes les autres informations importantes pour l'exercice de la médecine spécialisée.

Le secrétariat du GBS a également mis en place des formulaires d'inscription en ligne aux différents symposiums organisés par le GBS. S'inscrire en ligne à un symposium permet d'une part d'économiser des frais de courrier, d'encre et de papier, d'autre part de faciliter le travail de gestion des inscriptions du secrétariat.

Dans l'année à venir, le GBS mettra en place des outils pour une meilleure interaction avec les visiteurs de notre site, et plus particulièrement pour les membres du GBS.

1.4.2 Quelques statistiques

Le secrétariat qui gère de manière autonome le site internet dispose de statistiques de visites et d'activités sur le site. En ce qui concerne les visiteurs du site internet du GBS : au cours de l'année 2015, sur base des tendances fournies par Google Analytics, le site du GBS a été visité par 19.756 visiteurs distincts, qui ont au total visionné 100.973 pages du site. La fréquentation du site Internet du GBS affiche donc une belle croissance par rapport à l'année précédente : sur une base annualisée, le nombre de visiteurs a augmenté de 20 % et le nombre de pages

visionnées a quant à lui augmenté de 13 %.

En ce qui concerne l'envoi de communications, qu'il s'agisse des e-spécialistes, des bulletins ou d'autres communications à l'intention de tous les membres ou des membres d'une union professionnelle en particulier, le GBS a envoyé 150.439 messages électroniques. Ces e-mails sont lus en moyenne par 38,3 % des destinataires. D'après une étude globale, les messages en provenance d'associations professionnelles sont lus en moyenne par 22,8 % de leurs destinataires, cela confirme la pertinence des informations envoyées par email par le GBS à ses membres.

1.4.3 Le site Internet du GBS, un outil de communication et de gestion pour les unions professionnelles

Le site internet du GBS et les outils à notre disposition permettent l'envoi ciblé de messages pour la promotion et l'inscription à des événements.

Le GBS a également acquis des compétences pour réaliser en ligne des enquêtes au nom des unions professionnelles.

1.5 Activités de l'AMSFr

L'AMSFr s'est réunie à 13 reprises depuis l'assemblée générale du GBS du 7.02.2015.

C'est au cours de la première réunion du comité directeur qui l'a suivie qu'ont été élus président le Prof. Francis HELLER et secrétaire le Dr Michel LIEVENS, pour un mandat de quatre ans.

Du fait de sa très récente création, fin octobre 2014, l'association s'est employée tout au long de l'année à prendre contact avec les autorités de tutelle, en charge de la santé et de la formation des médecins dans la Communauté Wallonie-Bruxelles, pour se faire connaître et être invitée par elles à donner un avis ou mieux, à prendre part aux décisions sur l'orientation à donner à la politique communautaire en soins de santé.

C'est ainsi que, le 10 mars 2015, l'AMSFr a rencontré le cabinet de M. Maxime PRÉVOT, ministre wallon des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et de du Patrimoine. Les discussions ont porté notamment sur la réforme du financement des hôpitaux avec ses conséquences en terme d'offre de soins spécialisés et de collaboration entre institutions hospitalières, la participation active des médecins spécialistes dans le transfert de soins vers l'ambulatoire et le rôle spécifique des hôpitaux universitaires.

Le 19 juin 2015, l'AMSFr a rencontré le chef de cabinet de M. Jean-Claude MARCOURT, ministre entre autres de l'enseignement supérieur, y inclus celui de la médecine. L'AMSFr a rappelé son importante implication dans la formation des médecins spécialistes dans les hôpitaux non-universitaires (au sein des commissions d'agrément) et son souci d'une régulation objective des quotas de spécialistes dans la fédération Wallonie-Bruxelles. Elle a aussi répété sa position dans

la mise en pratique communautaire du numerus clausus imposé par l'autorité fédérale.

C'est à Charleroi le 6 octobre 2015 que l'AMSFr a rencontré le président du MR, M. Olivier CHASTEL. La discussion qui s'est déroulée dans une ambiance très positive, a abordé les différents thèmes qui tiennent à cœur à l'AMSFr, à savoir le numerus clausus, le sous-contingentement des spécialités médicales, la formation en milieu non-universitaire des candidats spécialistes, l'évolution du paysage hospitalier et de l'offre de soins consécutive à la réforme en cours de gestation, la place dans l'ambulatoire de la médecine spécialisée, le respect de la liberté du patient de choisir son médecin, etc.

Sur les conseils du président du MR, M. Olivier CHASTEL, nous avons rencontré le 22 octobre 2015 M. Jean-Noël GODIN, MR, expert en matières médicales et attaché au cabinet de M. Charles MICHEL, Premier Ministre fédéral. Nous lui avons exposé nos positions sur les sujets brûlants du moment : le numerus clausus, le sous-contingentement des spécialistes, l'échelonnement des soins, la responsabilité des intervenants successifs dans les soins prodigués aux malades en dehors de l'hôpital, les critères de qualité à mettre en vigueur dans les hôpitaux, la réforme de l'article 78 sur les professions paramédicales avec le glissement programmé de tâches médicales vers des paramédicaux, les relations entre les institutions universitaires et non-universitaires, les initiatives de collaborations entre les hôpitaux. Par une discussion très interactive, M. GODIN a fait preuve d'une grande connaissance de tous ces sujets et nous a invités à lui faire des propositions concrètes sur les mesures légales qui permettraient de réduire l'afflux important de médecins étrangers.

Des contacts épistolaires ont été pris avec les autorités bruxelloises, dont M. Didier GOSUIN, ministre bruxellois de l'Economie, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle, de la Santé, du Budget et de la Fonction publique. Une entrevue avec Mme Nathalie NOËL, directrice adjointe de son cabinet, devrait se concrétiser prochainement. Le sénateur et confrère Prof. BROTCHE sera lui aussi contacté pour au cours d'une réunion (encore à convenir) lui présenter nos positions sur les dossiers actuels qui concernent l'organisation et la pratique des soins de santé.

Si le ministre président de la Communauté Française, M. Rudy DEMOTTE, n'a pas répondu à la lettre que l'AMSFr lui a adressée, il a néanmoins invité le GBS et donc plus particulièrement son aile francophone à participer au cours du mois de mars 2016, à une réunion sur le sous-contingentement des spécialités médicales. C'est pourquoi, l'AMSFr a lancé un appel aux unions professionnelles pour qu'elles transmettent au secrétariat du GBS leurs réflexions sur le cadastre (imparfait) de leur spécialité et surtout leur évaluation sur les besoins en spécialistes compte tenu de la pyramide des âges et du nombre de candidats spécialistes en formation. Forte de ces informations propres à chaque spécialité, l'AMSFr pourra rédiger un document synthétique qui propose des chiffres concrets pour le sous-contingentement des spécialités médicales au cours des prochaines années.

L'AMSFr est préoccupée par le dossier de la qualité dans les hôpitaux. Qui va définir les critères de qualité auxquels les hôpitaux devront se conformer ? Selon quelles modalités ? Dans quels délais ? Elle s'est donc interrogée sur l'opportunité de poser sa candidature à siéger au sein de l'ASBL PAQS14, fondée en Wallonie par les mutuelles et des associations d'hôpitaux. Aucune association de médecins n'en fait actuellement partie. Après avoir eu un contact avec le

¹⁴ Plateforme Amélioration continue de la Qualité des soins Sécurité des patients.

président de l'ASBL, l'AMSFr a décidé de se contenter d'un rôle d'observateur, qui lui assure d'être informé des activités de la PAQS et d'être invité à participer aux séminaires qu'elle organise.

Ainsi, le 12 octobre 2015, la PAQS a organisé une journée de réflexion qui avait pour thème : « Quels indicateurs (de qualité) pour quels objectifs ? ». Au cours de la journée, des expériences belges et étrangères d'utilisation d'indicateurs de qualité dans les hôpitaux ont été présentées. Et de nombreux représentants politiques des entités fédérées se sont succédé à la tribune pour énoncer leur vision sur la question (R. DEMOTTE, D. GOSUIN, M. PRÉVOT). Leur présence atteste du crédit qu'ils accordent à l'ASBL. Au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, l'AMSFr a pris acte de la création de l'Agence wallonne de la Santé, une OIP15 dans laquelle siègent tous les acteurs de la santé sauf les (associations de) médecins, comme a bien dû le reconnaître le ministre PRÉVOT.

L'AMSFr a par ailleurs rédigé et publié des prises de position (en concordance avec celle du GBS) sur le numerus clausus et sur le rôle des hôpitaux universitaires.

Face aux nombreux dossiers à traiter parmi lesquels la réforme du financement des hôpitaux n'est pas le moins complexe, le comité directeur a pris contact avec un certain nombre de médecins spécialistes, membres du GBS, notamment de la région du Hainaut occidental, sous représenté, en vue d'étoffer le staff actif de l'AMSFr. L'important travail à fournir pour que l'AMSFr puisse intervenir efficacement dans les dossiers pour lesquels elle souhaiterait être consultée par les autorités, ne peut être assumé par un nombre trop restreint de membres, toujours en activité.

En sa réunion du 7 décembre 2015, le comité directeur a été informé du souhait du Prof. Francis HELLER d'être déchargé de ses fonctions de président de l'AMSFr. Il conservera néanmoins cette fonction jusqu'à la nomination de son successeur au cours de la réunion du comité directeur du 10 mars 2016. Au cours de la réunion 13 janvier 2016, après mûre réflexion et conforté par l'assurance d'un partage des tâches à accomplir au sein du comité directeur, le Dr Baudouin MANSVELT a proposé d'introduire sa candidature à la présidence de l'AMSFr en remplacement du Prof. HELLER.

1.6 AVS – Artsenvereniging Vlaamse Specialisten

À l'occasion de la réunion du comité directeur du 12 mars 2015, ses membres néerlandophones ont élu le premier comité de l'AVS.

Dr Bruno VAN HERENDAEL : président ;
Dr Yo BAETEN : vice-président ;
Dr Bart DEHAES : secrétaire ;
Dr Marc BROSENS : conseiller.

Les membres néerlandophones du comité directeur du GBS ont, depuis la modification des

¹⁵ Organisme d'intérêt public.

statuts du 11 octobre 2014, représenté le GBS à l'AVS et y ont poursuivi leurs travaux des années précédentes dans une structure peut-être un peu plus formelle.

L'Agence Soins et Santé flamande a été chargée par les autorités flamandes de développer le projet Vitalink en tant que plateforme pour la répartition sûre des soins et des données de bien-être telles que les schémas de médication, les SUMEHR¹⁶ et les données de vaccination afin que les prestataires de soins puissent mieux collaborer dans l'intérêt du patient.

Un premier contact a été établi le 27 juillet 2015 avec M^{me} Katrien VAN GUCHT, project manager Interopérabilité et Vitalink chez iMinds Health. Jusqu'à présent, Vitalink est exclusivement destiné aux médecins généralistes. La collaboration multidisciplinaire entre les différents prestataires de soins est de plus en plus importante. Pour parvenir à des soins plus qualitatifs et plus efficaces, il faut effacer les frontières entre médecins généralistes, spécialistes, infirmiers à domicile, proches soignants et hôpitaux. Le projet Vitalink pourrait donc être utilement développé pour les spécialistes extramurales également. Il apparaît toutefois très difficile d'avoir un aperçu des logiciels utilisés par ces médecins spécialistes. Au cours des mois passés, un questionnaire relatif aux logiciels utilisés a été rédigé en collaboration avec Vitalink. L'enquête a été envoyée le 8 février 2016.

Vitalink a également pris les contacts nécessaires avec les organisations hospitalières faitières pour analyser les éventuelles possibilités de collaboration. Les médecins actifs en intra-muros utilisent en effet le logiciel mis à leur disposition par l'hôpital.

Cependant, il convient de signaler les limites du système. Le projet Vitalink est un projet purement flamand. Le patient flamand peut éventuellement recevoir des soins au-delà de la frontière linguistique. Il serait donc certainement utile que les médecins ou les pharmaciens wallons ou bruxellois aient accès à ce système.

En 2007, une initiative flamande de concertation structurelle avec les organisations de médecins a été initiée par le ministre flamand de la Santé publique d'alors, Steven VAN ACKERE¹⁷, et poursuivie par ses successeurs. Après la réunion annulée du 22.05.2014 à la suite du décès soudain de Jean-Luc DEHAENE¹⁸, un des tenors du CD&V, le ministre Jo VANDEURZEN n'a pas organisé d'autres réunions. Ces rencontres constituaient cependant une occasion idéale pour échanger des idées.

1.7 Enquête de santé – Le Spécialiste – GBS

Le GBS a réalisé, début 2015, en collaboration avec Le Spécialiste, une enquête de santé parmi les spécialistes. Le GBS a été consulté au préalable sur les questions et a proposé quelques modifications. L'enquête a été diffusée via *Le Spécialiste*. Le GBS a également diffusé l'enquête

¹⁶ Summarized Electronic Health Record, message Kmehr (Kind Messages For Electronic Healthcare Record), utilisé pour l'échange d'informations médicales.

¹⁷ Ministre flamand de la santé de 2007 à 2008.

¹⁸ 15.05.2014.

parmi ses membres via l'e-spécialiste n° 486 du 6 janvier 2015. En outre, l'enquête a été signalée dans la version papier du bulletin du GBS n°1 de janvier 2015. Elle a été clôturée fin février 2015. On a enregistré 882 réponses. Naturellement, plus le nombre de participants est élevé, plus les résultats sont objectifs. Le 3 mars 2015, le Dr J.-L. DEMEERE et M^{me} Fanny VANDAMME ont discuté des résultats de l'enquête avec les journalistes du *Spécialiste*, Vincent CLAES et Pascal SELLESLAGH. Les résultats de l'enquête ont été publiés dans *Le Spécialiste* du 24.03.2015¹⁹.

Voici les chiffres les plus frappants :

- 89 % considèrent que les patients font trop souvent appel aux services d'urgences.
- 88 % trouvent qu'une réforme du financement des hôpitaux est nécessaire.
- 82 % sont en faveur d'une revalorisation de l'acte intellectuel.
- 61 % sont favorables à des honoraires purs. Huit médecins sur dix y lient toutefois une condition de cogestion. Les médecins néerlandophones sont sur ce point plus stricts que leurs confrères francophones avec 82 % contre 74 %. Les hommes se montrent davantage en faveur de la cogestion que les femmes (93% % contre 69 %). Ces pourcentages se reflètent également dans la composition des conseils médicaux qui comptent toujours davantage de confrères masculins. Le résultat est également lié à l'âge. En effet, nos plus jeunes confrères sont moins attachés à la cogestion que leurs confrères plus âgés.
- 64 % des spécialistes ne se sentent pas concernés par la gestion des hôpitaux. Les néerlandophones sont plus impliqués que les francophones (25 % contre 17 %) et les hommes davantage que les femmes (25 % contre 16 %). Les médecins souhaitent cependant être plus impliqués dans la gestion des hôpitaux. Seule une petite minorité (12 %) n'en voit pas la nécessité.
- 70 % des spécialistes souhaitent conserver le système actuel des suppléments pour les admissions dans une chambre individuelle lors d'une hospitalisation classique. Seuls 44 % sont favorables au maintien du système actuel des suppléments d'honoraires pour des chambres communes ou à deux lits en hospitalisation de jour²⁰.
- 64 % des spécialistes souhaitent que la norme de croissance soit maintenue à 3 %. Plus d'un tiers des spécialistes conviennent que la norme de croissance soit fixée à 1,5 %.
- 72 % des spécialistes souhaitent la suppression de la « Loi Colla » sur l'agrément des médecines non-conventionnelles²¹ et les néerlandophones sont plus nombreux que les francophones (76 % contre 64 %) à y être opposés.

La ministre Maggie DE BLOCK s'est montrée satisfaite des résultats mais a toutefois nuancé certains oppositions contre ses plans de réforme dans le financement des hôpitaux. Elle a également annoncé qu'elle évaluerait la « loi Colla ». Les médecines alternatives ne peuvent être agréées²² que pour les indications validées par une preuve scientifique.

¹⁹ « 9 op 10 voor hervorming ziekenhuisfinanciering ». *De Specialist*, 24.03.2015.

²⁰ Ces suppléments sont interdits par la loi depuis le 27.08.2015.

²¹ 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 (MB 24.06.1999).

²² « De Block wil artsen meer betrekken bij ziekenhuismanagement ». *De Specialist*, 01.03.2015.

2 Représentation du GBS

2.1 Représentation en Belgique

2.1.1 L'accord entre l'ABSyM et le GBS

Les unions professionnelles et les organisations syndicales partagent souvent les mêmes valeurs et ont des objectifs communs. Ces objectifs ne sont pas essentiellement financiers : il est question de valeurs. La profession de médecin est assez particulière et le raccourci de l'argent, si commun dans la presse et dans les propos de certains, enlève à la médecine toute sa valeur et son humanisme. Notre préoccupation est de guérir et d'aider le malade, et le GBS conseille à tous ceux qui en doutent de faire un stage en soins palliatifs ! Face aux médecins, des décideurs et des financiers veulent imposer des valeurs et des objectifs différents de ceux des médecins : l'efficacité et la rentabilité. Ces groupes ont les moyens de financer des bureaux d'étude internes ou externes, des campagnes publicitaires, du lobbying dans les cabinets ministériels, au SPF Santé, à l'INAMI, voire dans les bureaux des partis politiques et les mutuelles. Face à ces puissances financières, les médecins, souvent bénévolement et parfois sans subsides autres que la cotisation des médecins à leur organisation ou syndicat, consacrent une partie de leur temps à s'instruire et à comprendre les dossiers rédigés dans un jargon juridique et administratif. Ces médecins souvent démunis de moyens continuent à défendre leurs valeurs et les objectifs de santé publique, sans bureau d'étude...

Pour la médecine spécialisée, il existe les organisations des médecins que sont le GBS, l'ABSyM et le Cartel. Chaque organisation dispose de son juriste, de son personnel administratif et de sa banque de données. Sans collaboration, les médecins perdent des opportunités. En collaborant, les organisations peuvent atteindre plus facilement leurs objectifs. C'est dans cet esprit que l'ABSyM et le GBS, qui représentent la grande majorité des médecins spécialistes, ont conclu un accord de collaboration.

Le premier principe, fondamental, est que chaque organisation conserve son identité. Le GBS est un groupement d'unions professionnelles de médecins spécialistes. L'asbl ABSyM est un syndicat de médecins généralistes et de médecins spécialistes.

L'accord de collaboration concerne la fusion de facto des commissions monospécialisées de l'ABSyM et des unions professionnelles respectives des médecins spécialistes. Pour le moment, il s'agit de trois spécialités. Les unions professionnelles, comme souvent par le passé, continueront à travailler de façon ciblée, jouant un rôle de référence et de bureau d'étude pour les dossiers propres à leur spécialité. Ces dossiers pourront ensuite être défendus par exemple à l'INAMI où siègent les organisations représentatives constituées de médecins généralistes et de médecins spécialistes. L'INAMI ne considère pas le GBS comme un « syndicat ». Les règles de représentation ne comptent pas pour le SPF Santé qui s'adresse aux organisations de médecins, et donc à l'ABSyM et au GBS. Un second volet de l'accord est le Conseil supérieur des médecins généralistes et spécialistes où les représentants des médecins, comme par le passé, sont désignés à partir d'une liste commune aux deux organisations. Le *gentlemen's agreement* conclu en 1998 par les Drs Jacques MERCKEN, président du GBS et Louis BECKERS, président de l'ABSyM n'avait jamais été signé, mais était bien appliqué. Il en va de même pour

les Commissions d'agrément des médecins spécialistes. Une nouveauté en ce domaine est la 6^e réforme de l'État, qui a donné cette compétence aux communautés. Les procédures à ce niveau ne sont pas encore bien établies.

La collaboration la plus importante se situe dans l'analyse et la préparation des dossiers. Cinq chambres syndicales et le GBS ainsi qu'un nombre identique de juristes travaillent séparément ou parfois ensemble à l'analyse juridique des textes et réglementations diverses. Un économiste analyse quant à lui les problèmes sous un angle différent de celui des juristes. Les traducteurs doivent non seulement traduire les textes, mais y apporter les nuances parfois spécifiques à une langue. Le personnel administratif s'occupe par exemple de la recherche de textes importants et de leur synthèse pour les bureaux constitués de médecins. Ces médecins n'ont ni le temps ni, parfois, la connaissance pour assimiler ces centaines et milliers de pages écrites dans une langue juridico-administrative. Ce sont ces textes qui décrivent en effet tout le domaine de la gestion des hôpitaux, du P4P²³ et de la qualité. La mise en commun des moyens permettra aux médecins élus de nos organisations respectives de mieux aider et défendre les médecins spécialistes. *Last but not least* : la médecine est internationalisée. Nous devons être présents dans de nombreuses organisations internationales et européennes. Là aussi, la collaboration actuelle vient d'être renforcée par la participation de notre trésorier, le Dr Bernard MAILLET, comme délégué commun au GBS et à l'ABSyM.

Un dernier volet est la communication. La presse écrite et les médias sont devenus des partenaires du débat de la santé. Pouvoir communiquer est devenu une nécessité, voire une priorité. Les journalistes professionnels en communication analysent les déclarations individuelles. S'ils relatent les points de convergence, ils pointent souvent les divergences. Ces débats s'écartent parfois du point essentiel pour focaliser le lecteur ou l'auditeur sur les détails. Prenons un exemple vécu : si 2 % des anesthésistes flamands n'étaient pas dans leur salle lors de l'inspection de Zorginspectie Vlaanderen, la presse oublie l'énorme majorité des 98 % et fait les gros titres en déclarant que l'anesthésie n'est pas sécurisée en Belgique. Objectivement, le chiffre des 2 % est incorrect, parce que l'anesthésiste doit pouvoir quitter sa salle s'il confie la surveillance à une personne compétente chargée de cette unique tâche, ce qui est inscrit noir sur blanc dans les procédures de sécurité en anesthésie. Mais le message médiatique crée la sensation et inquiète inutilement le patient. À chacun sa déontologie et sa responsabilité. L'ABSyM et le GBS, tout en gardant leur identité, vont s'accorder pour mieux communiquer.

Un point prioritaire concerne l'engagement des médecins spécialistes dans la défense professionnelle. Si les médecins ne définissent pas leur profession, d'autres le feront pour eux, et si les médecins ne valorisent pas leur profession, des non-médecins dicteront des règles de pratique. Si les médecins ne défendent pas une rémunération correcte, d'autres feront des économies en les spoliant d'un revenu équitable. Nos deux organisations ont chacune leur place, mais travaillent ensemble. Y adhérer permet une défense de la médecine spécialisée. On a récemment vu l'effet d'une organisation scientifique de médecins généralistes devenue un syndicat avec des médecins spécialistes (dont le nombre exact des reste inconnu), l'AAMD²⁴, qui a modifié complètement l'équilibre syndical entre la médecine générale et la médecine

²³ Pay for performance.

²⁴ AADM: Alliance Avenir des Médecins - Alliantie Artsenbelang - Domus Medica.

spécialisée. L'accord ABSyM-GBS, signé conjointement par les Drs Jean-Luc DEMEERE et Jacques DE TOEUF, stimule l'adhésion à l'union professionnelle de médecins spécialistes et au syndicat afin d'assurer un meilleur avenir à nos patients et aux médecins.

2.1.2 Medicanorm

Le titre relatif au projet Medicanorm repris dans le rapport annuel 2013 n'était pas prometteur : « *2014, l'année du chant du cygne de MedicaNorm ?* » Le sujet n'a d'ailleurs pas été repris dans le rapport annuel 2014. Ce projet, auquel le GBS a activement collaboré depuis 2010, a pour objectif de familiariser les délégués médicaux à un certain nombre de thèmes tels que le management hospitalier, les structures de la sécurité sociale, l'Evidence based medicine (EMB), la pharmacovigilance, etc.

Malgré la participation décevante aux sessions d'informations, le steering committee de Medicanorm continue à se réunir régulièrement afin de réfléchir à l'avenir du projet et de le faire évoluer en fonction des besoins sur le terrain. Le GBS est représenté dans ces réunions par son président, le Dr J.-L. DEMEERE ou, en cas d'empêchement, par M^{me} Fanny VANDAMME.

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie DE BLOCK, a conclu un « *Pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique*²⁵ » le 27 juillet 2015. Dans le chapitre sur les informateurs médicaux²⁶, qui jouent un rôle clé dans la diffusion d'informations sur les médicaments auprès des travailleurs de la santé, on peut notamment lire que ces informateurs médicaux doivent pouvoir jouir d'une formation adéquate.

Ce passage semblait écrit sur mesure pour Medicanorm ! Le steering committee n'a pas hésité à prendre contact avec le cabinet de la ministre DE BLOCK. Le 3 février 2016, une délégation de Medicanorm a été reçue par M. Briec VAN DAMME, collaborateur de cabinet de Maggie DE BLOCK. La délégation était composée de M^{me} Michèle PAQUE (au nom de Quintiles, qui assure l'organisation pratique des sessions), du Dr François SUKAY (au nom du Collège intermutualiste) et de M^{me} Fanny VANDAMME (au nom du GBS). Medicanorm a été invité à résumer son fonctionnement et ses projets par écrit. L'avenir de Medicanorm n'est donc certainement pas scellé.

2.1.3 Mdeon

L'assemblée générale de Mdeon a eu lieu le 08.12.15 à Diegem. Le GBS y était représenté par les Drs Bernard MAILLET et Jean-Luc DEMEERE. L'assemblée générale a rempli toutes les missions administratives qui lui incombent : rapport des activités, admission d'un nouveau

²⁵ Communiqué de presse du cabinet De Block, 27 juillet 2015 : « *Maggie De Block et le secteur pharmaceutique concluent un pacte d'avenir unique* ».

²⁶ Point 3.6.2.: « Les informateurs médicaux jouent un rôle-clé dans la diffusion des informations relatives aux médicaments auprès des travailleurs de la santé. Les informateurs médicaux doivent être adéquatement formés par l'entreprise pour laquelle ils travaillent et doivent disposer de connaissances suffisantes dans les domaines économique-sanitaire et médico-pharmaceutique pour pouvoir prodiguer des renseignements les plus précis et complets possibles sur les médicaments qu'ils représentent. Une méthode sera dès lors mise au point en accord avec le secteur pharmaceutique afin d'optimiser plus encore le contrôle de qualité des informations prodiguées ; la responsabilisation interne dans les entreprises sera encore développée, par exemple par analogie avec les mécanismes existants de pharmacovigilance. »

membre – l'Association Nationale des Grossistes-Répartiteurs (ANGR) –, décharge des administrateurs, et approbation préalable des comptes.

Cette réunion administrative a été suivie par le Forum de Mdeon sur « La fin du sponsoring direct : pour qui, pourquoi et impact pour Mdeon ». Madame Stéphanie BRILLON, directrice de Mdeon, et Monsieur Richard VANDENBROECK, d'UNAMEC²⁷, ont expliqué que le sponsoring individuel des médecins serait remplacé par un sponsoring « scientifique » des institutions de soins, des services hospitaliers et des unités de recherche. En bref, un sponsoring orienté non plus individuellement vers le médecin prescripteur mais vers la formation médicale continue (CME²⁸), la recherche et les institutions de soins. Cette décision est une décision prise au niveau européen et Monsieur VANDENBROECK a souligné qu'elle avait été prise peu de temps avant par Eucomed, l'association qui représente les industries européennes des technologies médicales.

Pourquoi l'industrie veut-elle abandonner le sponsoring individuel ? Le sponsoring individuel est considéré comme non éthique et comme une démarche mercantile émanant d'une firme pour tenter d'obtenir un changement de comportement du médecin prescripteur. La nouvelle démarche s'inscrit dans une logique institutionnelle et de formation médicale continue. Ce n'est plus le médecin qui est le maître de sa prescription de médicament, mais l'institution qui dans le cadre de l'Arrêté royal du 4 mars 1991, avec le comité médico-pharmaceutique, dispose d'un formulaire thérapeutique reprenant les médicaments utilisés dans l'institution²⁹. Le rôle du pharmacien y est prépondérant. Ainsi, les choix de médicaments sont justifiés par l'apport thérapeutique et le financement des médicaments hospitaliers forfaitarisés. Il en est de même pour le matériel médical : la direction des hôpitaux et le service d'achat lancent une offre publique d'achat en fonction d'un cahier des charges. Il est de fait plus intéressant pour l'industrie de sponsoriser les décideurs que les médecins prescripteurs.

Il est assez révélateur selon le GBS que pour les délégués médicaux, il existe une formation au niveau national, à savoir Medicanorm (cf. point 2.1.1.), une organisation où sont représentés les médecins généralistes (Domus Medica et SSMG) et spécialistes (GBS), l'Agence Intermutualiste et enfin CEBAM³⁰ pour l'EBM. Par contre, en Flandre, il existe une formation avec l'UNAMEC et la fédération hospitalière Zorgnet-Icuro et à notre connaissance, les médecins n'y sont pas représentés. Qui sont les décideurs ? Les médecins ou les directions des hôpitaux ?

Le directeur médical de Janssen Pharmaceutica et son collègue du marketing nous ont démontré que le sponsoring individuel des congrès pouvait être remplacé par une CME réunissant de nombreux médecins dans un auditoire. Grâce à la communication par satellite, on projette un congrès international qui se déroule à l'étranger, ce qui permet d'informer de nombreux médecins plutôt que de devoir financer le séjour au congrès d'un nombre limité de médecins choisis par la firme pharmaceutique. Pour les médecins spécialistes en formation, les directeurs demandent aux chefs de service universitaire de choisir les assistants pouvant participer à un congrès à l'étranger. Malheureusement, les directeurs ignoraient qu'au moins

²⁷ La Fédération belge de l'industrie des technologies médicales.

²⁸ Continuing medical education.

²⁹ Chapitre V ; Organes de concertation pour les médicaments et le matériel médical. Section 1. Le comité médico-pharmaceutique. Arrêté royal du 04.03.1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée (MB 23.03.1991).

³⁰ Centre for Evidence Based Medicine.

33 % de la formation des assistants doit être effectuée dans un hôpital non universitaire mais aussi la présence de maîtres de stage dans des hôpitaux non académiques³¹.

Ce sponsoring des médecins soulève deux questions. La première est de savoir pourquoi les firmes pharmaceutiques et les firmes de matériel médical estiment utile de sponsoriser des congrès, des dîners, des réunions, et les acheteurs potentiels. S'agit-il réellement de CME ou de marketing ? La science est-elle le prétexte d'une pratique commerciale ? La seconde question concerne l'évolution des mentalités. La médecine devient – ou est déjà – une pratique commerciale subordonnée aux lois du marché, et dans laquelle le patient et le médecin se soumettent au diktat financier des firmes commerciales et où les directions des hôpitaux et les pharmaciens hospitaliers deviennent les réels décideurs. Cela pose aussi la question éthique de la liberté thérapeutique du médecin spécialiste. La liberté thérapeutique devient subordonnée aux lois du marché et à des décisions prises par des non-médecins. Si Mdeon se porte garant de cette éthique, on peut s'interroger sur le transfert du pouvoir décisionnel actuel des médecins vers les directeurs d'hôpitaux, les chefs de services universitaires et les maîtres de stage, qui décideront souverainement des bénéficiaires du sponsoring.

2.1.4 Rencontre avec Pharma.be

Le 16 juin 2015 Madame Mieke GOOSSENS, avec sa collègue juriste, Charlotte WEYNE, a demandé à rencontrer une délégation du GBS. M^{me} Fanny Vandamme, le Prof. Francis HELLER et le Dr Jean-Luc DEMEERE les ont reçus dans les locaux du GBS. Pharma.be souhaite à l'avenir organiser des symposiums accrédités par l'INAMI afin d'informer les médecins sur les nouveaux médicaments ou sur le « bon usage » des médicaments. L'industrie pharmaceutique souhaite être représentée dans des congrès scientifiques par ses médecins, qui auront pour mission de donner *l'information correcte* aux médecins. Cela sous-entend que les recherches effectuées par leurs chercheurs et les études cliniques réalisées par des médecins spécialistes ne seraient plus présentées par les chercheurs ou les cliniciens, mais bien par un médecin de la firme pharmaceutique. Pharma.be se défend de cette nouveauté en soulignant le caractère scientifique des présentations, ne laissant pas à des tiers qui ont publié les études ou effectué des travaux cliniques la possibilité d'y adjoindre des impressions ou commentaires personnels qui pourraient s'écarter de la pure réalité scientifique. Cette démarche a poussé certaines firmes à engager des médecins qui pourraient informer les médecins à l'échelle mondiale sur la base des études scientifiques validées. Une des questions soulevées par le GBS est la valeur commerciale d'une telle démarche. Il est en effet curieux que l'objectivité scientifique des médecins de l'industrie pharmaceutique soit telle qu'ils craignent que les résultats et les revues de la littérature présentés par les auteurs des études, ou d'autres orateurs, ne puissent pas être présentés par ces auteurs, mais bien par les médecins des firmes qui doivent informer le corps médical en toute objectivité.

Madame GOOSSENS nous a informés que Pharma.be et des organisations sœurs essaient de supprimer le sponsoring individuel des médecins au niveau européen. Au nom de la transparence, l'industrie pharmaceutique informe le public (et les patients) du sponsoring à un congrès ou à des réunions. Le nom des médecins et le montant du sponsoring seront publiés. Il est à noter que le médecin, à la demande de la commission de la vie privée, doit donner son

³¹ Art. 10 de l'arrêté ministériel du 23.04.2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (MB 27.05.2014).

accord pour la publication de son nom. Les firmes ont trouvé une parade. Les clauses du contrat pour certaines firmes contiennent l'autorisation de la publication du montant du sponsoring et du nom du médecin. À l'avenir, Pharma.be souhaite supprimer le sponsoring individuel des médecins et, avec MDeon, sponsoriser des institutions, des services, des unités de recherche et les services des professeurs, responsables de la formation des futurs médecins spécialistes. Le GBS a souligné le caractère commercial de ce sponsoring scientifique. Ce ne sont désormais plus les prescripteurs qui constituent un marché intéressant, mais bien les directeurs, les pharmaciens hospitaliers et les formateurs de jeunes médecins.

Se pose alors la question de la représentation médicale. Qui les « délégués médicaux » doivent-ils visiter ? Le médecin hospitalier doit prescrire les médicaments du formulaire pharmaceutique. Le pharmacien hospitalier et le médecin-chef ou directeur médical sont nettement plus intéressants. En outre, on peut sponsoriser l'institution qui à son tour distribuera le sponsoring scientifique aux pharmaciens, directeurs, et amis ! Le médecin spécialiste extra-muros et le médecin généraliste sont encore des clients des firmes. La visite du délégué médical n'apportera plus au médecin que l'information scientifique qui ne peut être sponsorisée.

Pour Pharma.be, la transparence est la priorité. Mais peut-on parler de transparence quand un sponsoring sera adressé à une direction d'hôpital ou une institution, sans connaître la destination finale réelle de ce sponsoring ? Ne nous trompons pas. L'industrie pharmaceutique est en quête de bénéfices. Toute aide, tout sponsoring, font partie d'une stratégie commerciale. Même les aides philanthropiques sont une forme de publicité. La leçon que l'on peut tirer de la démarche de Pharma.be est que le sponsoring individuel est moins intéressant qu'un sponsoring institutionnel.

2.1.5 Institut Pharmaco-Epidémiologique Belge (IPhEB)

Le Prof. Francis Heller représente le GBS à l'Institut Pharmaco-Epidémiologique Belge (IPhEB). Après quelles années difficiles suite au non renouvellement de plusieurs contrats avec l'INAMI, l'institut met actuellement sur pied, à la demande du SPF Santé Publique, un système de monitoring des psychotropes (inventaire des données existantes, indicateurs, etc.).

2.1.6 Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments et CBIP-BCFI

Au Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments de l'INAMI, il a participé à la préparation des réunions de consensus ainsi qu'à la mise sur pied et au fonctionnement de la Concertation Médico-Pharmaceutique, qui a pour objet d'optimiser les soins dispensés au patient, grâce à la coordination des missions respectives des médecins et des pharmaciens en matière de prescription, de délivrance rationnelle et d'utilisation sans risque des médicaments. Cette collaboration s'appuie sur des réunions locales au cours desquelles les médecins et les pharmaciens participent à un dialogue sur certains sujets. La discussion porte sur les difficultés rencontrées dans la pratique, les solutions envisageables et les recommandations visant à mettre en œuvre les solutions proposées.

Il est toujours sollicité comme expert dans la rédaction du chapitre sur les médicaments

hypolipidémiants pour le Répertoire Commenté des Médicaments (CBIP-BCFI).

2.1.7 Observatoire wallon de la Santé

À l'Observatoire Wallon de la Santé (<http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/observatoire-wallon-de-la-sante>), le Prof. Francis HELLER et le Dr Sabri EL BANNA (suppléant) continuent de participer aux travaux du conseil scientifique. Le travail consiste actuellement à poursuivre la mise à niveau du Tableau de bord de la santé, édition 2015 (décembre 2015), et à sélectionner les indicateurs classiques de la santé.

2.1.8 Séminaire de clôture des 50 ans de l'INAMI

Le lundi 27 avril 2015, le Dr Michel LIEVENS a participé au nom du Comité exécutif du GBS au séminaire de clôture des 50 ans de l'INAMI dont le thème était : « Dialogue sociétal sur des enjeux prioritaires pour garantir un système de santé financièrement abordable, accessible et de qualité. »

L'option choisie a été celle d'une approche qualitative et participative. Dix tables rondes ont réuni 400 participants citoyens qui ont émis leurs réflexions sur cinq questions importantes que sont la solidarité, le financement, la participation, l'information et l'incapacité de travail.

Il s'agit du compte rendu qui reprend les résultats et les discussions ; le point de vue du GBS n'est pas forcément repris et ce compte rendu n'engage donc pas le GBS.

Les résultats sont les suivants :

1. Le système de santé est globalement jugé positivement par les citoyens. Quelques lacunes ont cependant été relevées : faible accessibilité pour la population défavorisée ; coûts importants pour les malades chroniques ; médecine alternative peu valorisée ; médecine psychique peu accessible.
2. La solidarité doit rester le fondement du système. Elle n'est pas très bien organisée pour deux catégories de la population : les plus pauvres et les aînés. Tous les citoyens ne contribuent pas suffisamment selon leurs moyens. La solidarité est mise à mal par les pressions qu'elle subit du fait des restrictions dans le budget alloué aux soins, des besoins de santé accrus par le vieillissement de la population, et de l'individualisme grandissant dans notre société.
3. La participation du citoyen au fonctionnement et à l'évolution des soins en Belgique est perçue comme tout à fait marginale.
4. Le financement des soins paraît suffisant pour les citoyens. Mais les moyens alloués sont utilisés à mauvais escient : le système est inefficace, morcelé, bureaucratique. La rémunération à l'acte induit de la surconsommation ; et dans le chef des patients, le shopping médical est aussi générateur de dépenses inappropriées. Si les autorités continuent à raisonner exclusivement en termes budgétaires (c.-à-d. en termes d'économies), les citoyens craignent une augmentation des inégalités et une commercialisation des soins. Pourquoi y a-t-il encore des médecins non conventionnés (source de variations importantes dans les honoraires) ?
5. L'incapacité de travail est perçue comme juste : il ne faut pas exagérer la fraude sociale. Mais il existe un réel problème de stigmatisation des personnes qui en bénéficient (et

particulièrement les malades psychiques), difficile à résoudre.

Trois axes d'orientation à donner à notre système ont été évoqués : éliminer les inefficacités, les incitants à la surconsommation, ne pas moduler la solidarité ; préconiser la prévention et lui allouer plus de moyens ; humaniser les soins : impliquer le patient, préférer la qualité de vie à la vie à tout prix.

La journée s'est poursuivie par deux tours de réflexions d'une heure chacun, au cours desquels cinq thèmes ont été abordés : prévention, participation, humanisation, efficacité, incapacité de travail.

A. Prévention

Elle est intimement liée à l'éducation et à la scolarité. De passive, elle doit devenir active : le citoyen doit s'impliquer dans une prévention primaire qui touche son style de vie, le milieu dans lequel il gravite, son mode de déplacement (vélo plutôt que voiture), etc. Quel serait le rôle de l'INAMI ? Les professionnels qui prennent la prévention en charge devraient être honorés pour ces prestations (pourquoi pas par le fédéral ?). À titre d'exemple, on remarque une grande variabilité à la demande de soins dentaires « préventifs ». On pourrait créer un nouvel « Institut pour la santé » qui s'occuperait de la promotion et de l'organisation de la prévention et serait composé de nombreux acteurs (prestataires et autres). On pourrait aussi imaginer des actions de promotion de soins préventifs au niveau local (soins de quartiers).

B. Humanisation

Le patient doit pouvoir accéder facilement à son dossier hospitalier. Le médecin devrait faire systématiquement preuve d'empathie pour son patient en lui consacrant le temps nécessaire à l'écouter (ce n'est pas toujours le cas, soit parce qu'il ne veut pas soit parce qu'il ne peut pas lui accorder plus de temps). Entre autres, la dimension sociale du patient devrait être analysée ; sa « qualité de vie » dépend de son degré d'isolement social. Des choix thérapeutiques doivent parfois être posés en fonction de ce paramètre. La capacité d'autonomie du patient devrait aussi être évaluée avant qu'il ne soit renvoyé à son domicile, au terme de son hospitalisation.

Pourquoi le patient n'aurait-il pas un dossier médical qu'il rédigerait et conserverait chez lui ? Beaucoup de patients prennent des antidépresseurs : un avis psychologique et un suivi professionnel ne seraient certainement pas superflus. Les médecins ne sont pas non plus épargnés par le stress de la vie professionnelle : il faut se préoccuper du grand nombre de médecins en « *burn out* ».

C. Incapacité de travail

Il faut casser le cercle vicieux qui conduit de l'incapacité de travail à l'invalidité. Parce qu'on observe au terme de six mois d'incapacité que des troubles psychiques apparaissent. Il faut donc pousser à la réintégration active. Il faudrait d'ailleurs responsabiliser l'employeur pour qu'il prenne l'initiative d'un reclassement « préventif » pour éviter ces complications et faire la preuve qu'il ne profite pas de l'arrêt de travail pour faire des économies de personnel, le travailleur en incapacité étant à charge de sa mutuelle. Il faut aussi susciter le dialogue entre le médecin du travail, le médecin contrôleur et le généraliste du travailleur en arrêt (et

l'employeur et les syndicats).

D. Efficience

L'organisation des soins est devenue très compartimentée par la technicité de plus en plus poussée de la médecine et est donc actuellement centrée sur le médecin. Il faut replacer le patient au centre des préoccupations, surtout en ce qui concerne les patients chroniques. Il n'y a pas d'incitants à la qualité des prestations offertes par les médecins. Il faut établir des objectifs de santé à traduire dans des *guidelines* et en évaluer les résultats à moyen terme. D'ailleurs, il faudrait aussi enregistrer et publier les résultats des soins des hôpitaux en toute transparence.

Le financement des soins devrait être basé sur le patient et englober l'intégralité de sa prise en charge, en couvrant à la fois les prestations ambulatoires et hospitalières, et ce en priorité pour les pathologies chroniques. Des projets pilotes pourraient être mis rapidement sur pied. Il ne faut pas perdre de vue que 25 % des frais de santé sont couverts par les patients eux-mêmes, et que 5 % des Belges consomment 60 % des dépenses des soins. Considérer la santé comme un bien de consommation n'est certes pas la voie à suivre. Il faut traquer les actes inutiles, les répétitions d'actes, en suscitant une meilleure collaboration entre les différents acteurs. Et il faut planifier les moyens humains et non humains alloués à la santé : ni pénurie, ni pléthore, cette dernière engendrant inévitablement de la surconsommation. L'efficience économique de certains traitements (nouveaux médicaments coûteux) devrait être analysée de manière critique.

E. Participation du citoyen à l'évolution des soins

Il existe actuellement au sein de l'INAMI des organes de décision bien en place qui se préoccupent des évolutions à apporter à notre système de soins de santé. Ils fonctionnent sans participation propre de représentants de la population saine et avec la participation indirecte et imparfaite des malades dans le chef des mutuelles. Ce constat étant fait, la majorité des participants ne pense pas que ce soit une bonne idée d'ouvrir les instances de l'INAMI à des représentants directs de ces deux groupes de la population, qui peuvent aussi présenter des divergences de vue sur certains sujets. Si les patients sont représentés par les mutuelles, les médecins peuvent aussi être considérés comme leurs représentants. En un mot, il ne faut pas « sur-structurer » et se prémunir de toute forme de populisme que risquerait d'engendrer une participation trop pesante de la population aux décisions.

Pourtant, de manière générale, la population s'estime mal informée sur les rouages du système des soins de santé : ici, les mutuelles doivent faire leur *mea culpa*. Elles sont à l'origine de l'information : il y a indéniablement un problème de communication avec leurs adhérents. Heureusement, le développement des nouveaux moyens d'accès à l'information offre à la population de combler ce souhait de plus en plus affirmé d'être informé et de participer activement à ses soins propres mais aussi aux débats de société sur certaines orientations à leur donner.

2.1.9 Cours-conférence du Collège Belgique (Académie royale des Sciences)

Le jeudi 24 septembre 2015, le Dr Michel LIEVENS a représenté le GBS lors de la conférence du Collège Belgique (Académie royale des Sciences) sur « La saga du numerus clausus en Belgique. Retour aux fondamentaux de la pratique, de la recherche, de l'enseignement de la médecine » du Dr Jean CREPLET.

L'orateur y a fait l'historique des règles chaotiques et dramatiques mises en place en Communauté française face à la constance et l'efficacité des règles instituées en Communauté flamande.

2.1.10 Académie royale de Médecine de Belgique (ARMB) ³²

Dans le cadre de la représentation internationale, le Dr Yo BAETEN a participé au nom du GBS à la rencontre « Exchange of views on health policy » organisée par l'ARMB. Le commissaire européen lituanien à la santé et à la sécurité alimentaire, Vytenis ANDRIUKAITIS, et la ministre de la Santé publique belge, Maggie DE BLOCK, s'y sont exprimés.

M. Vytenis ANDRIUKAITIS a mis l'accent sur une politique dite des 4 P : **P**romotion (sport, alimentation, activité), **P**revention (alcool, tabac), **P**rotection (ceintures de sécurité) et **P**articipation. Il veut surtout engager la lutte contre le tabac (en Belgique, on compte 25 à 30 % de fumeurs), l'alcool (consommation élevée en Lituanie) et l'obésité. Au sein de l'Union européenne, il souhaite créer un forum pour améliorer l'échange d'expériences autour de l'organisation des soins de santé et ainsi en améliorer l'efficacité. Il promeut le réseau européen de médecine spécialisée ainsi que le système eHealth au niveau international. Logiquement, on accorde beaucoup d'attention au « care and cure ». Il souligne cependant l'importance de la prévention et de la promotion. Au cours de la discussion, on a principalement fait référence à la structure très lourde de l'Europe, au manque de soins de santé mentale dans les objectifs présentés, et à la nécessité d'une régularisation des applications et du système eHealth.

La ministre DE BLOCK a expliqué ses idées sur l'organisation des soins de santé en Belgique. Le patient occupe une place centrale et chaque citoyen a le droit à des soins de qualité et abordables. Les soins doivent être durables et basés sur l'Evidence Based Medicine. Il convient de mesurer la qualité au niveau international (Health System Performance Assessment).

Il est important de tirer les leçons des fautes commises dans d'autres pays en mettant en place un financement « *pay for performance* ». Elle a souligné l'importance de la perception du patient et celle des « *value based care* ». La participation du patient est nécessaire dans les choix thérapeutiques. Elle a confirmé la nécessité de réviser³³ l'AR 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, dans le cadre des discussions relatives à la réforme du financement de la santé.

³² Samedi 24.10.2015. Académie royale de Médecine de Belgique (ARMB), Rue Ducale, 1, 1000 Bruxelles.

³³ Il a entretemps été complété par l'AR du 10.05.2015 portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB 18.06.2015).

2.2 Représentation internationale – UEMS³⁴, CPME³⁵, FEMS³⁶ et AEMH³⁷

Au cours des dernières années, il est apparu très clairement que les décisions prises au niveau européen ont une grande influence sur la législation nationale. Par conséquent, il est également important que le GBS participe activement aux activités des organisations de médecins européennes, de manière à ce que nous puissions marquer de notre empreinte ces décisions supranationales via un lobbying actif. Le Dr B. MAILLET, anatomo-pathologiste et trésorier du GBS, assume la responsabilité de représenter le GBS dans les organisations de médecins européennes et internationales. Pour rappel : le GBS est l'organisation membre de l'UEMS et de la FEMS, et est indirectement représenté aux CPME, AEMH, EFMA³⁸ et WMA³⁹ via l'ABSyM-BVAS, avec qui un accord de coopération a été conclu.

2.2.1 UEMS

Les organisations nationales membres de l'UEMS sont encouragées à informer annuellement leurs représentants au sein des Sections de l'UEMS des décisions prises par le **Management Council** au cours de l'année écoulée. Le GBS a organisé cette réunion le 5 mars 2015. Il s'agissait de la toute première réunion organisée dans les locaux de Domus Medica Europea (DME), étant donné que l'UEMS avait quitté ses locaux du GBS le 28 février 2015 pour emménager dans le quartier européen⁴⁰.

Après les tracas de l'année 2014 autour des travaux de rénovation des locaux de Domus Medica Europea, l'occasion de visiter ces nouveaux locaux a sans l'ombre d'un doute contribué à une participation au Management Council significativement meilleure que l'année précédente. La réunion a été dirigée par les Drs Bernard MAILLET et Jean-Paul JORIS qui ont été désignés représentants du GBS au Management Council de l'UEMS par le comité directeur du GBS le 16 janvier 2014. À l'issue de la réunion, une visite guidée a été organisée dans les nouveaux locaux. Les avis ont été partagés. Certains ont remis en question la fonctionnalité du bâtiment, en particulier à la lumière des moyens financiers importants qui ont été nécessaires pour réaliser les travaux de rénovation. Les différences de niveaux sur un même étage ont été jugées gênantes dans la mesure où elles rendent les locaux difficiles d'accès aux personnes à mobilité réduite, ce qui est regrettable pour une organisation qui représente les médecins !

L'UEMS a acquis les bureaux à rénover en 2011. Les plans de construction originaux ont été rejetés par la ville de Bruxelles, ce qui explique que les travaux de rénovation ont commencé avec beaucoup de retard. En outre, l'architecte responsable avait commis des erreurs d'appréciation graves sur l'ampleur des travaux. Le budget originel était loin d'être suffisant. Les travaux finaux ont coûté deux fois plus que prévu. C'est ce dépassement de budget qui a entraîné les problèmes financiers actuels de l'UEMS.

Avec le projet Domus Medica Europea, l'UEMS avait pour objectif de réunir toutes les

³⁴ UEMS: Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists.

³⁵ CPME: Comité Permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors.

³⁶ FEMS: Fédération Européenne des Médecins Salariés – European Federation of Salaried Doctors.

³⁷ AEMH: Association Européenne des Médecins Hospitaliers – European Association of Hospital Physicians.

³⁸ EFMA: European Forum of Medical Associations.

³⁹ WMA: World Medical Association.

⁴⁰ Domus Medica Europea, rue de l'Industrie 24, 1040 Bruxelles.

organisations de médecins européennes importantes sous un même toit. Bien que les autres organisations européennes de médecins aient au départ manifesté un intérêt, cet objectif ne semble pas se réaliser. Si les organisations de médecins internationales et européennes sont invitées à participer au Management Council et à apporter leur contribution, il est quasiment certain que le CPME ne s'installera jamais au Domus Medica Europa (DME). Cela apparaît psychologiquement difficile étant donné que le CPME considère la location comme une certaine forme de subordination. Entretemps, l'UEMS a décidé de chercher des nouveaux locataires. D'autres locataires – non médicaux – se manifestent, étant donné que le bâtiment se trouve au cœur du quartier européen. Les Sections de l'UEMS sont encouragées à organiser leurs réunions dans les locaux du DME.

Le **Council** de l'UEMS s'est réuni à deux reprises. La réunion de printemps s'est tenue à Bruxelles les 10 et 11 avril 2015. Les problèmes financiers de l'UEMS ont constitué un sujet de discussion important qui a occupé une grande partie de la réunion. Comme d'habitude, la réunion a été organisée à l'Union des Associations Internationales⁴¹. La capacité des salles de réunion au Domus Medica Europa est limitée à 50 participants. Le Council compte généralement une petite centaine de participants.

Au cours du Management Council, un certain nombre de pistes de réflexion ont été étudiées pour améliorer la situation financière de l'UEMS :

- Le paiement des évaluateurs des activités de l'EACCME serait reporté ; l'UEMS s'engagerait cependant à payer tous les arriérés dès que possible ;
- On demanderait aux Sections de mettre à disposition de l'UEMS une partie de leurs moyens financiers contre une indemnisation de 2 % sur une base annuelle, en contraste avec les 0,2 % que les banques proposent aujourd'hui sur leurs comptes d'épargne ;
- On demande aux organisations membres d'anticiper le paiement de leur cotisation 2016 ; le GBS a répondu favorablement à cet appel ;
- On envisage d'augmenter la cotisation, qui n'a pas été modifiée depuis 15 ans ; cette proposition a été très critiquée par les organisations membres. Une augmentation de la cotisation n'est acceptable qu'à travers une amélioration de la prestation des services de l'UEMS, et non pour couvrir les dettes engendrées par la rénovation.

Au cours de la réunion d'automne qui s'est tenue à Varsovie les 16 et 17 octobre 2015, les membres du Management Council ont été réélus. Le GBS avait introduit les candidatures du Dr Bernard MAILLET à la fonction de trésorier et du Dr Marc Hermans, psychiatre, à la fonction de vice-président. Ils ont été tous deux brillamment élus à ces fonctions. Le Dr Romuald KRAJEWSKI, neurochirurgien, a été réélu en tant que président. En raison de sa fonction très prenante de médecin directeur du Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust, le Dr Edwin BORMAN, anesthésiste, ne s'est pas représenté à la fonction de secrétaire général. C'est le Dr Vassilios PAPALOIS, chirurgien et vice-président de l'UEMS depuis octobre 2014, qui lui a succédé.

En fil rouge dans les discussions des différents « groupings », l'accent a été mis sur le travail fondamental presté par les Sections UEMS. Les Sections souhaitent que leur travail soit reconnu et demandent à avoir davantage leur mot à dire dans les décisions du Management Council. Le bureau de l'UEMS examinera cette possibilité sur le plan statutaire et prendra les contacts

⁴¹ Maison des Associations Internationales ; Centrum voor Internationale Verenigingen ; International Associations Centre, rue Washington 40, 1050 Bruxelles.

nécessaires avec les organisations membres nationales et les présidents des Sections et des Boards.

Au cours de la réunion d'automne du Management Council, les critères de formation pour les spécialités suivantes ont été acceptés : pédiatrie, orthopédie, chirurgie traumatologique, angiologie, chirurgie du thorax, neurochirurgie et médecine manuelle.

La réunion de l'Advisory Council for EACCME⁴² prévue le 28 novembre 2015 à Bruxelles a été annulée en raison de la menace terroriste à la suite des attentats de Paris du 13 novembre 2015. La signature solennelle de la convention entre l'EACCME et le groupe de direction de l'accréditation belge a donc dû être reportée. La réunion a été déplacée au 9 janvier 2016 et s'est tenue à Bruxelles.

La **réunion d'automne du CESMA** s'est tenue au DME les 11 et 12 décembre 2015. CESMA est la structure de l'UEMS qui vise à harmoniser les examens européens des spécialistes, promouvant ainsi leur agrément par les autorités nationales. Ces examens connaissent un succès grandissant. Certains pays ou spécialités n'organisent plus ces examens eux-mêmes mais exigent que les candidats spécialistes participent aux examens européens. Malheureusement, on a enregistré les premiers cas de falsification des certificats délivrés. Pour lutter contre la falsification, une base de données des certificats délivrés est en cours de réalisation.

L'organisation pratique de ces examens a fait l'objet d'une discussion critique. Aussi bien l'examen écrit que l'examen oral sont réalisés entièrement en anglais ; les candidats anglophones bénéficient donc d'un avantage certain. Certains pays ou spécialités qui participent à ces examens exigent que l'examen puisse être passé dans la langue nationale. Afin de garantir la neutralité des examinateurs, un interprète est mis à leur disposition. Ce mode opératoire va indiscutablement faire des vagues et entraîner de longs débats.

La session du 11 décembre 2015 a été consacrée à une formation des examinateurs.

2.2.2 Réunion commune – FEMS- AEMH-EJD⁴³

Du 7 au 9 mai 2015, une réunion commune des FEMS, AEMH et EJD s'est tenue à Vienne.

La réunion a commencé par une conférence sur le « Clinical Leadership ». Cela concerne non seulement les fonctions de direction dans les soins de santé de manière générale mais aussi au sein de l'hôpital et de ses différents services.

L'évaluation de la European Working Time Directive (EWTD) a traditionnellement constitué un sujet de discussion virulent. Sur le terrain, on constate en effet une grande différence entre la théorie et la pratique. La délégation autrichienne a fait savoir que le système d'opt-out était progressivement démantelé et qu'il devrait avoir disparu complètement en 2021. Au cours des discussions, il est apparu que la grande majorité des participants préfèrent continuer d'appliquer l'EWTD telle quelle.

⁴² European Accreditation Council for Continuing Medical Education.

⁴³ European junior doctors.

La session administrative du FEMS s'est tenue le 7 mai 2015. Elle s'est déroulée de manière moins fluide que par le passé. En effet, le Dr Enrico REGINATO, actuel président, ne jouit pas encore de l'expérience et des talents organisationnels du président sortant, le Dr Claude WETZEL. La langue constituait également une certaine barrière. Le projet de modification des statuts a été soumis à la discussion. La modification des statuts concerne principalement le droit de vote pondéré attribué aux différentes organisations membres.

2.2.3 CMPE

Comme le veut la tradition au sein du CPME, l'assemblée générale qui doit mener à l'élection du nouveau comité directeur s'est tenue dans le pays du président en fonction, et donc sortant, le médecin généraliste islandais Katrin FJELDSTED. La réunion s'est tenue les 22 et 23 mai 2015 à Reykjavik. Dans trois ans, la réunion aura à nouveau lieu dans un pays hors Union européenne. Le président nouvellement élu, le Dr Jacques DE HALLER, médecin généraliste, vit et travaille en effet en Suisse.

De manière plutôt inattendue, le Dr Bernard MAILLET a été élu vice-président du CPME. Le CPME n'est pas toujours sur la même longueur d'onde que l'UEMS, organisation dans laquelle Bernard MAILLET a exercé la fonction de secrétaire général pendant 9 ans et occupe la fonction de trésorier depuis le 1 janvier 2016 ; en tant que vice-président du CPME, il souhaite contribuer à améliorer les relations entre le CPME et l'UEMS. Il espère pouvoir à terme mettre en place une collaboration constructive entre les deux organisations afin d'atteindre des objectifs communs de manière plus efficace.

Lors de la réunion d'automne du CMPE des 30 et 31 octobre 2015 à Bruxelles, le Transatlantic Trade and Investment Project (TTIP) a constitué le thème central. Le TTIP est le successeur de l'accord GATT⁴⁴. Les organisations médicales européennes craignent surtout, davantage que sous le GATT, que les États-Unis imposent la privatisation des soins de santé à l'Europe.

2.2.4 OMS⁴⁵ – EFMA

La réunion annuelle de l'Organisation mondiale de la santé s'est tenue à Oslo du 16 au 18 avril 2015.

Une semaine plus tard, les 23 et 24 avril 2015, c'est le European Forum of Medical Associations (EFMA) qui s'est réuni à Tbilissi (Géorgie). L'EFMA est une structure créée en collaboration avec l'OMS pour préparer les pays d'Europe de l'Est à rejoindre l'Union européenne. Étant donné qu'il n'est pas certain que les ex-pays soviétiques vont rapidement adhérer à l'Union européenne, l'EFMA a été quelque peu mise sur la touche.

3 Le financement des hôpitaux : des vagues de réformes à l'horizon

L'économie belge en 2015, vers une sortie de crise ?

⁴⁴ Le General Agreement on Tariffs and Trade (Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce) a été signé par 23 pays à Genève en 1947 et a abouti à la création en 1995 de l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

⁴⁵ Organisation mondiale de la santé.

Au cours de 2015, l'économie belge s'est quelque peu redressée, profitant surtout de la forte baisse des prix des produits pétroliers. La Belgique vu la faible inflation, aurait vraisemblablement échappé à une hausse des coûts salariaux, même en l'absence de saut d'index. La baisse du prix des produits pétroliers profite également aux hôpitaux qui ont des coûts énergétiques importants, notamment pour le chauffage de leurs bâtiments. Se dirige-t-on pour autant vers une sortie de crise ?

Les économistes de la commission européenne prévoient un retour durable à une croissance économique, même si celle-ci reste plutôt faible. Ce faisant, les experts de l'Union européenne se montrent plus optimistes quant au sort de l'économie belge qui devrait croître modérément en 2016 (1,3%), et davantage en 2017 (1,7%)⁴⁶. L'inflation restera sous contrôle, tandis que l'indexation des prestations sociales et des rémunérations des agents du service public n'est prévue que pour la fin de l'année 2016, ce qui permettra de maintenir le déficit public stable. Les entreprises recommenceront à investir davantage à partir de 2017, année où les investissements publics devraient repartir quelque peu à la hausse, entraînant une plus forte croissance de l'économie.

Mais quelques écueils menacent néanmoins ce scénario plutôt positif :

- Si l'économie belge redémarre, ses finances publiques ne s'amélioreront pas à moyen terme. La Commission Européenne a notamment fait part de son inquiétude quant à l'évolution du financement de l'État Fédéral, qui en dépit de toutes les réformes mises en place reste le seul à supporter les coûts du vieillissement de la population (en ce compris le coût des soins de santé qu'il induit).⁴⁷

- Le risque que la croissance économique se retourne à cause de la conjoncture internationale est très présent : ralentissement de l'économie américaine, ralentissement de l'économie des pays émergents (Inde, Chine...), chute des prix des matières premières entraînant une baisse des exportations belges... La Belgique qui a une économie très ouverte n'est dès lors pas à l'abri. *2015, l'année de la grande concertation avant des véritables réformes ?*

Dès le début de l'année, la ministre des affaires sociales et de la santé publique Madame Maggie DE BLOCK déclare en commission de santé à la chambre des représentants qu'elle présentera bientôt un « plan d'action relatif au refinancement des hôpitaux et qu'une concertation est en cours. ».⁴⁸

Le cabinet s'affaire, dans la plus grande discrétion.

Durant le 1^{er} trimestre de l'année 2015, il n'y a pas eu de déclaration publique fracassante sur le financement des hôpitaux. Au cours de ce « round d'observation », les parties prenantes ont néanmoins pris conscience qu'il fallait s'attendre à des changements.

Poursuivant les réflexions faites au sein du comité exécutif, du comité directeur, et du *think tank*

⁴⁶ Les prévisions économiques des experts de la Commission Européenne sont des prévisions faites sur base des données fournies par le Gouvernement fédéral belge (bureau du plan). Elles sont disponibles à l'adresse suivante : http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/countries/belgium_en.htm

⁴⁷ Voyez notamment Macroeconomic imbalances, Country Report – Belgium 2015: p.29 disponible à l'adresse: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2015/pdf/ocp212_en.pdf

⁴⁸ <http://www.dekamer.be/doc/CCRI/pdf/54/ic052.pdf>: op. Cit. 13.01.2015.

sur le financement des hôpitaux l'année dernière, le GBS a tout au long de l'année activement défendu sa position : les médecins doivent piloter la politique de santé dans tous ses aspects, même si les spécialistes sont bien conscients qu'ils doivent dépasser la seule défense de leur spécialité pour éviter confisqués de la politique de la santé par des économistes ou autres gourous surtout préoccupés de rendre leur rôle indispensable.

- Début 2015, le GBS a diffusé une enquête menée en collaboration avec le spécialiste. Cette enquête dont les résultats ont été publiés dans le spécialiste du 12 mars 2015 montre que 88% des spécialistes sont favorables à une réforme du financement des hôpitaux. Mais pas la réforme voulue par les associations d'hôpitaux ni par les mutuelles. Le Dr Jean-Luc DEMEERE plaide pour un nouveau système qui d'une part limite la contribution financière des médecins plutôt que de la voir continuellement augmenter, et d'autre part garantisse davantage l'implication des spécialistes dans les prises de décisions au sein des instances de leur hôpital.

- Le GBS a enrichi son point de vue en organisant deux réunions du *think tank* qu'il a tenues les 19 février et 21 mai 2015. Lors de la première réunion, les participants ont analysé et comparé les différentes propositions de réforme du financement des hôpitaux, émanant du centre d'expertise (KCE), des associations de directeurs d'hôpitaux et des mutuelles. Le *think tank* a conclu qu'aucune de ces propositions ne conviennent vraiment aux médecins spécialistes, notamment en ce qu'elles sont démotivantes, qu'elles risquent de diminuer l'accessibilité aux soins de santé (qui en Belgique reste la meilleure d'Europe), et en ce qu'elles n'incitent pas à pratiquer partout la meilleure médecine. Lors de la deuxième réunion, les participants ont débattu des propositions de la ministre en essayant d'en mesurer les conséquences sur l'exercice de la médecine spécialisée. Au cours de la même réunion, ils ont parcouru les propositions de la cellule stratégique du SPF Santé Publique et Affaires Sociales, et ont notamment mis en avant la difficulté pour des médecins spécialistes en activité de libérer du temps pour participer à l'étude de propositions qui les concernent directement ; le Pr. HELLER a insisté sur l'importance de prendre en compte le point des vue des spécialistes dans la continuité des soins, alors qu'elle pourrait être confiée à des non-médecins hors de l'hôpital.

- Le 25 mars 2015, une délégation du GBS a été reçue au cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé publique, Madame Magie DE BLOCK. Cette délégation, composée du professeur Jacques GRUWEZ, des docteurs Jean-Luc DEMEERE, Michel LIEVENS et de monsieur Olivier LAMBRECHTS, a été reçue par le Dr Bert WINNEN (chef de cabinet adjoint), le professeur Katrien KESTELOOT (responsable de la mise en place de la réforme du financement des hôpitaux) et de Monsieur Bernard VERHEYDEN. Les discussions ont porté sur des questions très précises concernant la manière de mettre en œuvre la réforme du financement de l'hôpital. Ces questions ont dominé les débats durant la rencontre au cours de laquelle le Dr Jean-Luc DEMEERE a présenté le système TARMED développé en Suisse (un système qui a particulièrement attiré l'attention du cabinet), tandis que le Dr Michel LIEVENS a insisté sur le fait qu'une réduction de la durée d'hospitalisation devrait être compensée par la mise en place de structures capables d'accueillir le patient (centres de soins ou équipes (para)médicales au domicile). Or la prise en charge à domicile est communautarisée et les communautés n'ont pas prévu de budgets supplémentaires, si celle-ci se développe. Le Dr Jean-Luc DEMEERE a également rappelé que l'objectif essentiel de la réforme du financement des hôpitaux, au-delà de la concertation et d'objectifs tels que l'amélioration de la qualité grâce à la mise en place

d'un système de P4P⁴⁹, est de maintenir la viabilité financière des hôpitaux qui sont tout juste à l'équilibre financier et qui, pour y parvenir, ponctionnent en moyenne plus de 40% des honoraires des médecins.⁵⁰

Dans l'édition 2014 du rapport annuel, nous avons commenté la dernière enquête MAHA⁵¹ qui montre que 40 % des hôpitaux ont un résultat courant négatif, et que certains d'entre eux finissent même l'année dans le rouge. Le GBS a suivi avec attention l'évolution des résultats financiers du secteur hospitalier. Monsieur Olivier LAMBRECHTS a assisté à la présentation de l'enquête MAHA le 18 septembre 2015.⁵² L'analyse MAHA dans le Médecin Spécialiste de novembre 2015, met en évidence que même si les résultats financiers des 92 hôpitaux généraux s'améliorent, ils ne sont que 14 à réussir tous les tests de l'enquête MAHA. De plus 2016 risque d'être financièrement difficile pour un secteur dont l'équilibre est précaire. Cela s'explique par le fait que la stabilité dans le financement de l'activité soignante est mise en péril : pour l'année 2016, la norme réelle de croissance des honoraires a été fixée à 0,63 %, ce qui peut contribuer à fragiliser davantage les résultats de certains hôpitaux généraux.

La proposition de réforme du financement des hôpitaux de la ministre des affaires sociales et de la santé publique, Madame Maggie DE BLOCK

Le 24 avril 2015, la ministre a présenté son « Plan d'approche pour la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux ». La ministre présente une réforme du financement de l'hôpital centrée sur le patient et l'évolution de ses besoins. La ministre souhaite mettre en place les réformes esquissées durant la législature précédente par le rapport 229 du KCE⁵³, en créant « des réseaux entre hôpitaux, avec des hôpitaux de base, de référence et universitaires. Dans ce contexte, la technologie onéreuse, par exemple, sera attribuée à un réseau et pas à un hôpital. »

Reprenant des mots du GBS, la ministre de la santé évoque une « évolution sans révolution »⁵⁴, et présente un plan à long terme, qui ira au-delà de sa propre législature.

Ce plan de réforme a été élaboré en concertation avec les organisations coupoles d'hôpitaux, les mutualités et les associations de médecins représentées dans les organes de l'INAMI.

Le plan de réforme du financement des hôpitaux s'apparente à une refonte par phase et sous forme de projets-pilotes de l'ensemble du financement des soins de santé et entend associer toutes les parties prenantes. La ministre a présenté un plan très ambitieux qu'elle a l'intention de coupler à une réforme de la nomenclature, tout en révisant l'A.R. n°78.⁵⁵

⁴⁹ Pay for performance.

⁵⁰ En 2013, le taux moyen de rétrocession était de 40,9 % selon l'enquête MAHA du 2 octobre 2014. En 2014, le taux de rétrocession moyen pour les hôpitaux généraux s'est élevé à 40,4 %.

⁵¹ Model for Automated Hospital Analysis ; voir « Feu bleu pour le changement », rapport annuel du GBS 2014, 07.02.2015.

⁵² L'analyse MAHA est disponible dans sa version publique sur le site de Belfius: https://www.belfius.be/common/FR/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social_Profit/MMDF%20MAHA%20Communique%20presse%202015.pdf

⁵³ « Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux ». KCE Reports 229 ; 26.09.2014.

⁵⁴ Vous pouvez consulter le bulletin du GBS qui reprend cette expression à l'adresse suivante: http://www.vbs-gbs.org/fileadmin/user_upload/Bulletin/2014/fr/1406_fr_-_site.pdf et le site de la ministre de la santé publique qui dans sa communication se sert des mêmes termes : <http://www.deblock.belgium.be/fr/maggie-de-block-lance-la-r%C3%A9forme-du-financement-des-h%C3%B4pitaux>

⁵⁵ Au Moniteur Belge du 18 juin 2015, l'Arrêté Royal n° 78 du 10 novembre 1967 a été remanié et remplacé par la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015. Cette coordination n'a

Il a été présenté à la chambre le 28 avril dernier⁵⁶, très ambitieux puisqu'il comprend 10 objectifs principaux⁵⁷ :

1. Améliorer l'efficacité et la qualité des soins
2. Réinventer l'hôpital et l'organiser en réseaux en développant les soins « transmuraux »
3. Mettre en place un nouveau système de financement qui distingue les soins à faible variation, à moyenne variation et à forte variation : mise en place de 3 clusters
4. Récompenser la qualité en allouant de 1 à 2 % du budget de l'hôpital à la mise en place d'un système Pay-for-Performance.
5. Augmenter la transparence dans le financement de l'hôpital universitaire
6. Simplifier les règles de financement, moins de charges d'enregistrement.
7. Associer le médecin au fonctionnement de l'hôpital en maintenant la cogestion (ce que le plan ne détaille pas)
8. Conserver les points forts dont l'accessibilité de l'offre de soins et l'absence des listes d'attente, en éliminant les points faibles
9. Procéder de manière ciblée et progressive. Il s'agit de l'évolution d'une situation, nous n'amenons pas une révolution dans le cadre d'un plan qui dépasse celui de la législature
10. Associer les parties prenantes aux réformes

La mise en œuvre du plan avec le GBS :

Dans la communication de la ministre, la concertation de tous les acteurs est prise très au sérieux. Ainsi, la cellule stratégique⁵⁸ de la ministre des Affaires sociales de la Santé publique et a mis en place un groupe de concertation sur le financement des hôpitaux. Ce groupe inclut des représentants des hôpitaux (délégués par leurs organisations faïtières), des médecins et des mutualités.

Ce groupe n'est pas un organe décisionnel. Le Plan d'approche et, donc, le champ d'action du Groupe de concertation englobent tant des aspects qui concernent purement le financement que des aspects qui ont trait à la place qu'occupe l'hôpital dans l'offre des soins. Compte tenu de cette mission, ainsi que de la représentativité des syndicats de médecins en général et auprès

amené aucun changement mais a pour but de mettre dans un seul document les dispositions relatives à l'exercice des professions de soins de santé, les dispositions relatives à l'octroi des titres et des compétences particulières ainsi que des dispositions plus générales pour rendre plus simple la réforme en cours. La Ministre de la santé ambitionne de revoir les dispositions relatives aux attributions des médecins, pour mettre fin à leur monopole, ce qui permettrait un enrichissement de la nomenclature autorisant la délégation ou le transfert de compétences pour réaliser des économies.

⁵⁶ Le plan d'approche de la ministre de la santé publique a été présenté le 28 avril 2015 à la chambre, il est disponible à l'adresse suivante : http://www.gbs-vbs.org/fileadmin/user_upload/News/2015/fr/Plan_d_approche_Reforme_Financement_Hopitaux_Commission_SP_20150428.pdf

⁵⁷ Dans les grandes lignes ce plan reprend tel quel le rapport 229 du KCE sur le cadre conceptuel de la réforme du financement de l'hôpital présenté à l'adresse suivante : https://kce.fgov.be/fr/publication/report/cadre-conceptuel-pour-la-r%C3%A9forme-du-financement-des-h%C3%B4pitaux#.Vr4Vn_krKUK

⁵⁸ Pour faire taire les reproches faits aux cabinets politiques, souvent accusés de confisquer le pouvoir, et de prendre des décisions importantes échappant à tout contrôle, le gouvernement Verhofstadt avait *in illo tempore* décidé une réforme des cabinets ministériels. Il n'en est resté qu'un changement de nom : il faut désormais parler de cellule stratégique. Nous avons utilisé indifféremment les termes de « cabinet » et de « cellule stratégique » dans ce rapport ; en pratique il n'y a aucune différence.

des médecins spécialistes, en particulier, le cabinet de la ministre a imposé qu'au moins un des représentants des médecins au sein du groupe de concertation représente le GBS, alors que le GBS n'est pas un syndicat médical représentatif au sein de l'INAMI. Il semble que la visite de la délégation du GBS ait fait forte impression auprès de la cellule stratégique du SPF Affaires Sociales et Santé Publique : même si le GBS n'est pas une organisation représentative au sein de l'INAMI, le chef de cabinet, monsieur Pedro FACON a exigé que l'ABSyM fournisse parmi ses 3 représentants au moins un représentant du GBS, à savoir le soussigné, lui-même muni d'une double casquette.⁵⁹

Jusqu'à présent, ce groupe de concertation s'est réuni à cinq reprises : lors de la réunion d'introduction du 24 juin, puis les 15 juillet, 15 septembre, 28 octobre et 9 décembre 2015. La mission est colossale et de nombreuses affaires se chevauchent, ce qui en ralentit l'efficacité. Début 2015, la ministre DE BLOCK avait lancé un appel à introduire des projets susceptibles de limiter les dépenses de la médecine hospitalière, bien qu'elle ait indiqué à plusieurs reprises que les économies ne constituaient pas la base de la réforme des hôpitaux. Pas moins de 219 instances différentes ont introduit au total 470 propositions.

Le groupe de travail s'est réparti en quatre clusters :

1) Éviter les admissions en hôpital, par exemple en traitant à domicile des contractions précoces, en administrant les antibiotiques et les cytostatiques en intraveineuse, ce qui est actuellement remboursé qu'en cas de prise en charge à l'hôpital.

2) Raccourcir la durée de l'hospitalisation, par exemple en raccourcissant le séjour après un accouchement.

3) Assurer la prise en charge de patients hors de l'hôpital (= hospitalisation à domicile ou en hôtel de soins).

4) Instaurer une meilleure collaboration entre hôpitaux.

C'est le projet pilote de raccourcissement de la durée d'hospitalisation après un accouchement normal qui a le plus avancé, par contre les cinq projets prévus n'ont pas encore été accordés⁶⁰. De nombreux hôpitaux ont investi dans l'élaboration et l'introduction de projets pilotes, qui devaient être structurés selon un modèle défini, rédigé par le cabinet en collaboration avec le SPF Santé Publique. Le cabinet a reçu pas moins de 35 candidatures pour le projet de raccourcissement de la durée d'hospitalisation après un accouchement normal (60 % des lits de maternité en Belgique). *Apparent rari nantes in gurgite vasto*⁶¹. Quels projets vont aboutir ?

Lors des réunions, il régnait une atmosphère critique dans les trois groupes. Chaque partie se

⁵⁹ Le groupe de concertation est composé de cinq médecins : 3 représentants de l'ABSyM (les Drs Jacques DE TOEUF, Marc MOENS, aussi représentant GBS, et Philippe DEVOS), un représentant du CARTEL (le Dr Robert RUTSAERT), et un représentant d'AADM (le Dr Dirk RAMAEKERS).

⁶⁰ Au 14. 02. 2016.

⁶¹ « De rares naufragés flottent sur le vaste abîme ». D'après Virgile dans l'Énéide, et non d'un homme politique flamand célèbre.

heurte à des lois et à des objections pratiques.⁶² L'enthousiasme est clairement moins important chez les « techniciens » (qui doivent traduire les desideratas en pratique) que chez les médecins, à en croire les réponses à l'enquête réalisée par le GBS avec le journal bimensuel *Le Spécialiste* sur la réforme du financement (voir point 1.7.). Les médecins généralistes, infirmières à domicile, kinésithérapeutes, paramédicaux et autres professions doivent être impliqués dans les projets. Parmi eux, certains accueillent les modifications du système de financement hospitalier avec enthousiasme, et d'autres sont plus sceptiques. Les non-médecins espèrent que cette modification du système, avec la réforme de l'ancien AR 78, qui a entretemps changé de numéro⁶³, leur donne davantage d'autonomie par rapport aux médecins et donc une extension de leur domaine d'activités ainsi qu'une revalorisation de leurs revenus.

Le fait que la réalisation des projets n'est pas conforme à la législation existante constitue une difficulté supplémentaire. Il faut trouver une solution à des problèmes comme l'absence de ticket modérateur lorsqu'un patient est hospitalisé, ce qui n'est pas le cas lorsqu'il est soigné à la maison (médicaments, biologie clinique, consultation chez le gynécologue ou le pédiatre, etc.) : l'objectif n'est pas que le patient paie plus. Une possibilité pourrait être qu'un statut spécial soit créé pour un patient qui n'est ni hospitalisé ni véritablement ambulancier, mais qui est soigné à la maison sous la supervision d'un hôpital avec une équipe mixte de médecins hospitaliers, de généralistes et d'autres prestataires de soins nécessaires au traitement. Et le patient est considéré comme un élément actif au sein de l'équipe multidisciplinaire.

Cela revient au paradoxe de l'œuf et de la poule. Au vu des nombreux liens entre toutes sortes de lois et d'arrêtés complexes, effectuer un travail législatif pour démarrer les projets pilotes n'est pas conseillé. Mais on ne peut pas non plus travailler dans l'illégalité et on doit veiller à la qualité. Ainsi, la sortie plus rapide des nouveau-nés entraînera l'intervention du médecin généraliste pour le contrôle clinique et sanguin du bébé, mais les médecins généralistes n'en ont pas l'expérience. Quid de la responsabilité du gynécologue si la sage-femme fait le suivi des contractions précoces ? Pour les autorités, les projets doivent être budgétairement neutres et le traitement ne doit pas coûter plus cher au patient que le traitement classique en hôpital. Si un traitement à domicile apparaissait moins cher qu'un traitement en hôpital, le montant économisé pourrait être investi dans le Budget des Moyens Financiers (BMF). S'il apparaît que le traitement à domicile coûte plus cher qu'à l'hôpital, l'hôpital devrait payer la différence. Cela soulève automatiquement la question suivante : qui rembourse dans l'équipe multidisciplinaire ? Qui est responsable des dépenses supplémentaires ? La solution de facilité selon laquelle l'hôpital devrait porter cette responsabilité financière devrait, et c'est compréhensible, se heurter à l'opposition des hôpitaux.

Face aux propositions qui fusent autour de la table des négociations, et outre les nombreuses

⁶² Ce qui n'est pas sans rappeler un vers célèbre de Willem Elsschot (1882-1960) : « Mais il ne l'a pas tuée : entre rêve et acte, des lois et des questions pratiques font obstacle [...] » (traduction: Dan Kaminski).

⁶³ Entretemps, le gouvernement fédéral a publié une nouvelle version coordonnée de l'« AR n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé » qui a valeur de loi. L'AR était : « Loi coordonnée du 10 mai 2015 relatif à l'exercice des professions de santé » (MB 18.06.2015). La coordination a été faite par le Conseil d'État sur demande du Premier ministre.

questions pratiques/organisationnelles/financières, il faut aussi tenir compte de la 6^e réforme de l'État.

L'exercice devrait aussi être une opération de simplification. À la fin des années 1980, le président de la Commission nationale médico-mutualiste d'alors, feu Dr Jérôme Dujardin⁶⁴, qui assistait à l'une de ses premières réunions, avait déclaré de manière assez prophétique que la simplification entraînait presque toujours davantage de complexité. Ce risque est aussi réel dans la présente opération étant donné que le paiement par prestation continuera d'exister parallèlement à un paiement plus forfaitaire.

Les discussions se poursuivent inlassablement. Le P4P et/ou P4Q⁶⁵ constituent des points prioritaires de l'agenda. Bien qu'au niveau international il n'existe quasiment aucun article scientifique montrant de manière convaincante que ces systèmes fonctionnent, le cabinet semble convaincu de leur utilité. On a demandé aux interlocuteurs de rechercher des indicateurs auxquels on pourrait associer la « récompense » ou la « non-sanction ». Dans la littérature internationale, il existe de nombreuses idées et modalités et des *think tank* belges y apportent également leur contribution^{66,67}. Le cabinet avance le chiffre de 1 à 2 % du budget qui pourrait être consacré aux P4P/P4Q. Mais à quelle sous-partie ces **moyens** seront-ils consacrés ? À l'ensemble du BMF, à l'hôpital entier, ou à une sous-partie ? Au service dans lequel une amélioration de qualité ou de performance est constatée ? Les honoraires sont-ils concernés ? Feraient-on des rapports qui seraient rendus publics, comme le souhaite Zorginspectie Vlaanderen qui veille à ce que cette pratique entre peu à peu dans les habitudes en Flandre⁶⁸ ?

Ce sont autant de questions passionnantes qui attendent des réponses. Davantage sur le sujet sera dit dans le rapport annuel du GBS de l'année prochaine...

4 Politique

4.1 Introduction

Avec « seulement » 82.000 pages, le Moniteur belge de l'année 2015 fut une édition moins volumineuse que les éditions précédentes : 25.270 pages de moins qu'en 2014, soit une baisse de 23,6 % (voir Tableau 1). Le « changement bleu » annoncé⁶⁹ en serait-il pour quelque chose ? Ou serait-ce parce que le gouvernement, avec ses trois médecins – la ministre des Affaires

⁶⁴ Le Dr Jérôme Dujardin était administrateur général de l'INAMI, et, de 1964 à 1997, président de la Commission nationale médico-mutualiste.

⁶⁵ Pay for Quality.

⁶⁶ « Opinion: Plaidoyer contre la dégradation du financement des hôpitaux ». Jeroen Trybou et Brieuc Van Damme ; Itinera ; 04.07.2011. Brieuc Van Damme est depuis lors devenu collaborateur au cabinet de la ministre DE BLOCK.

⁶⁷ « Opinion: est-il possible de diminuer le nombre de lits disponibles dans les hôpitaux ? », Svin Deneckere ; Itinera ; 22.10.2014.

⁶⁸ http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/inspectieverslagen/Paginas/ziekenhuizen_verslagen.aspx

⁶⁹ « Feu bleu pour le changement ». Rapport annuel 2014, 07.02.2015.

sociales et de la Santé publique, Maggie DE BLOCK (Open VLD), le ministre des Pensions, Daniel BACQUELAINE (MR), tous deux (ex-)médecins généralistes, et la secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, à l'Égalité des chances, aux Personnes handicapées et à la Politique scientifique, Elke SLEURS, (ex-) gynécologue (N-VA) –, n'était pas encore tout à fait lancé ?

Abstraction faite d'un certain nombre de traductions allemandes (d'arrêtés ou de lois datant parfois de plus de 30 ans⁷⁰), Maggie DE BLOCK a (co)-signé plus de 17 lois (dont une loi programme et 5 lois portant sur diverses dispositions, qui, nous n'en sommes pas dupes, peuvent dissimuler de désagréables bombes à retardement), 306 arrêtés royaux et 127 arrêtés ministériels.

Parmi les lois, nous nous souvenons surtout de la loi du 17 juillet 2015⁷¹. La grande majorité des Technologues de Laboratoire Médical (TLM) et des Technologues en Imagerie Médicale (TIM), ont été rassurés par cette loi sur leur droit à poursuivre l'exercice de leur profession. Elle abroge l'obligation pour les technologues d'avoir, à la date de la reconnaissance de leur titre professionnel, exercé depuis au moins 22 ans pour les TLM⁷² et 18 ans pour les TIM⁷³, pour avoir le droit continuer à exercer leur profession, ramenant cette obligation à au moins trois ans avant la date du 02.12.2013.

La même loi interdit désormais définitivement la demande de suppléments dans les chambres doubles ou communes en hôpital de jour par des médecins non-conventionnés. L'article en question est entré en vigueur 10 jours après la date de publication, à savoir le 27 août 2015.⁷⁴ Le chapitre sur la transparence a ajouté une série d'obligations administratives⁷⁵. Cette loi a entériné à partir du 1^{er} juillet 2015 la réglementation obligatoire du tiers payant pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, pour la consultation chez un médecin généraliste⁷⁶. Elle instaure également des économies sur les honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale à travers la réadmission d'un patient pour la même pathologie dans les dix jours après sa sortie⁷⁷. Le fonctionnement de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) a été redéfini ; des modifications technico-administratives ont été apportées en ce qui concerne la réglementation relative au sang et dérivés du sang d'origine humaine, la procréation médicalement assistée et la destination des embryons surnuméraires et des gamètes ainsi que l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique^{78, 79}.

⁷⁰ Par ex. : Loi du 29.06.1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Traduction allemande des dispositions de modifications (MB 17.11.2015; Éd. 1).

⁷¹ Art. 77 de la loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé (1) (MB du 17.08.2015 ; Éd. 1).

⁷² A.R. du 02.06.1993 relatif à la profession de technologue de laboratoire médical (MB 10.07.1993).

⁷³ A.R. du 28.02.1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de technologue en imagerie médicale et portant fixation de la liste des actes dont celui-ci peut être chargé par un médecin.

⁷⁴ Art. 97 de la loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé (1) (MB du 17.08.2015 ; Éd. 1).

⁷⁵ Art. 22 et 23 ; ibidem ; en vigueur à partir du 01.07.2015.

⁷⁶ Art. 20 et 21 ; ibidem.

⁷⁷ Art. 17 et 18 ; ibidem : le remboursement des honoraires forfaitaires passe de 82 à 67 pour cent.

⁷⁸ Art. 57 à 69 ; ibidem.

⁷⁹ Art. 70 à 76 ; ibidem.

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
2014	107.270	+2,97	495,8
2015	82.000	-23,6	379,0

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

Tableau 1

En vertu de cette loi du 17.02.2015, le nom « *Orde der Geneesheren* » passe aussi à la trappe. Il est remplacé par « *Orde der Artsen* » (plus neutre en termes de genre) et on a enfin trouvé une solution au problème éternel de l'inscription des médecins du Brabant flamand, du Brabant wallon et de Bruxelles⁸⁰. Peut-être que la ministre Maggie DE BLOCK s'est inspirée de la modification des statuts que le GBS a entérinée lors de son assemblée générale extraordinaire du 11.10.2014. Le *Verbond der Belgische beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten* est devenu le *Verbond van Belgische beroepsverenigingen van artsen-specialisten*⁸¹. Enfin, cette même loi du 17.07.2015 a rendu possible la représentation des patients et des utilisateurs des services de santé au conseil d'administration du Centre d'expertise⁸² par deux nouveaux membres.

Bref, pas mal de changements, sans véritable surprise toutefois, étant donné que les modifications ont été discutées point par point avec les parties concernées, ce qui ne signifie naturellement pas que toutes étaient d'accord sur l'ensemble des décisions.

Cela a inspiré à Guy TEGENBOS, journaliste émérite du journal *De Standaard*, un éditorial titré « Maggie en Cola »⁸³ : tout comme l'acide phosphorique du Coca Cola dissout l'oxydation, la

⁸⁰ Art. 90 à 93 ; ibidem.

⁸¹ Statuts publiés au Moniteur belge du 15.12.2014.

⁸² Art. 102 ; ibidem.

⁸³ « Maggie en Cola ». Éditorial. *Le Journal du Médecin*, 11.09.2015.

ministre DE BLOCK est parvenue à démêler quelques points bien rouillés. Guy TEGENBOS a naturellement fait abstraction des quantités de sucre que le Coca Cola contient, déclenchant ainsi dans les semaines qui ont suivi la énième bisbille au sein du cabinet des querelles, cette fois sur la taxe sur les boissons sucrées qui s'applique aussi aux boissons non sucrées.⁸⁴.

Parmi les 306 arrêtés royaux que la ministre a soumis à la signature du Roi, nous relevons toute une série de dossiers administratifs au sujet desquels les médecins ont été consultés directement ou (très) indirectement. En 2015, chronologiquement, nous avons eu : l'approbation du règlement d'ordre intérieur du Comité général de gestion de l'INAMI ⁸⁵ sur la reconnaissance de l'ASBL « Do not call me » (en abrégé, DNCM) qui lutte contre les appels non souhaités⁸⁶, l'interdiction des lessives contenant des phosphates, les mesures de prophylaxie en cas d'exposition accidentelle non professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou d'exposition professionnelle^{87,88}.

Outre les arrêtés royaux, un certain nombre de commissions, de collèges, de conseils et autres organes ont été renforcés de nouveaux membres, parmi lesquels la Commission de planification de l'offre médicale, et les comités directeurs de la plateforme eHealth et du KCE.^{89,90,91}

Sur les 127 arrêtés ministériels de la ministre DE BLOCK, nous en sélectionnons quelques-uns, de janvier à décembre 2015 : l'octroi d'un subside complémentaire aux centres universitaires et interuniversitaires de médecine générale ⁹² ; en ce qui concerne la biologie clinique : la nomination des membres de la Commission de Biologie clinique, de la Commission d'appel de biologie clinique et des membres du Collège d'experts pour l'évaluation externe de la qualité⁹³ ;

⁸⁴ « *De Block over suikertaks: "Ik was van plan om te wachten". Suikertaks voor frisdrank zonder suiker: "Platte belastingverhoging."* » *De Morgen*, 12.10.2015.

⁸⁵ AR du 10.12.2014 modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 8 décembre 1999 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Comité général de gestion de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (MB 13.01.2015 ; Éd. 1).

⁸⁶ AR du 28.06.2015 portant agrément d'une association visée aux articles VI.114 et XIV.81 du Code de droit économique en matière de communications téléphoniques non souhaitées (MB 01.07.2015; Éd. 2).

⁸⁷ AR du 16.11.2015 abrogeant l'arrêté royal du 13 février 2003 portant interdiction de la mise sur le marché des produits destinés à usage ménager pour le lavage des textiles et contenant des phosphates (MB 11.12.2015; Éd. 1).

⁸⁸ AR du 26.12.2015 fixant les conditions selon lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être octroyée aux Centres de référence VIH/SIDA pour le traitement prophylactique en cas d'exposition accidentelle non-professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou d'exposition accidentelle professionnelle (MB 29.12.2015; Éd. 1).

⁸⁹ AR du 16.06.2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale (MB 02.07.2015; Éd. 2).

⁹⁰ AR portant nomination des membres du Comité de gestion de la plate-forme eHealth (MB 22.06.2015 ; Éd. 2).

⁹¹ AR portant nomination de certains membres du conseil d'administration du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (MB 16.06.2015; Éd. 1).

⁹² AM du 11.12.2014 octroyant un subside complémentaire aux centres universitaires et interuniversitaires de médecine générale pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2014 (MB 15.01.2015; Éd. 1).

⁹³ Trois AM du 14.08.2015 portant nomination des membres de la Commission de Biologie clinique, des membres de la Commission d'appel de biologie clinique et des membres du Collège d'experts pour l'évaluation externe de la qualité (BS 10.09.2015; Éd. 1).

l'agrément du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale⁹⁴ et, *last but not least*, la veille de Noël, l'assouplissement des critères d'agrément des médecins généralistes⁹⁵.

Une partie des médecins généralistes s'est révoltée. Le Prof. Dr Jan DE MAESENEER⁹⁶ s'est empressé de s'associer aux protestations⁹⁷. Les parties directement concernées dans l'assouplissement des critères d'agrément des médecins généralistes sont les patients des 4000 à 5000 médecins ; bien que ces médecins prestent des soins nécessaires à la population, ils ne pouvaient répondre aux critères de l'article 10 abrogé de l'arrêté ministériel originel du 1^{er} mars 2010 et perdraient leur agrément. Le risque que des médecins généralistes ne participent plus aux services de garde doit néanmoins être relativisé. D'une part, ce problème existe déjà aujourd'hui, et d'autre part, la participation aux services de garde constitue tant une obligation déontologique qu'une condition imposée par l'INAMI pour pouvoir être accrédité.⁹⁸ Dans les conditions d'accréditation de l'INAMI pour les médecins généralistes, contrairement à celles des médecins spécialistes, figure expressément la condition d'assurer la continuité des soins⁹⁹. L'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 était d'ailleurs en grande partie inspiré par ces conditions d'accréditation. La modification de l'article 10 de l'arrêté du 1^{er} mars 2010 par la phrase « *Le médecin généraliste agréé est tenu de maintenir et de développer ses compétences pendant toute sa carrière par une formation pratique et scientifique* » a aligné les conditions d'agrément des médecins généralistes à celles des médecins spécialistes. En effet, aucun des arrêtés d'agrément des spécialistes ne contient de conditions relatives à la participation au service de garde. Cette condition est considérée régie par les directions hospitalières/conseils médicaux et par le code déontologique de l'Ordre des médecins.

⁹⁴ AM du 28.10.2015 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage (MB 10.11.2015 ; Éd. 1).

⁹⁵ AM du 12.11.2015 modifiant l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (BS 24.12.2015; Éd. 1).

⁹⁶ Le Prof. Jan De Maeseneer est président du *Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg* de l'université de Gand et est à l'origine de l'AM du 01.03.2010 signé par la ministre Laurette ONKELINX (PS).

⁹⁷ Dans le Journal du Médecin en ligne et en version papier du 24.12.2015 « *Wie heeft belang bij 'Kerst-MB' erkenning huisartsen?* ».

⁹⁸ Code de déontologie médicale, art. 117 (modifié le 30.06.2007) : « *Il est du devoir de chaque médecin inscrit au Tableau de l'Ordre de participer à ces services de garde, compte tenu de sa compétence, et le cas échéant, d'intervenir dans les frais de fonctionnement de ceux-ci. Des exceptions peuvent être admises pour des raisons d'âge, de santé ou d'autres motifs justifiés. L'appréciation des manquements aux règles déontologiques relatives aux services de garde relève de la compétence des conseils provinciaux.* »

⁹⁹ Les règles d'accréditation établies au 13.12.1933 prévoient notamment : « Le médecin généraliste qui souhaite être accrédité doit introduire une demande d'accréditation au moyen des documents adéquats, dans lesquels il déclare notamment :

- qu'il tient un dossier médical par patient et qu'il échange avec tout autre médecin, consulté par le patient et/ou qui le soigne, tous les éléments de ce dossier, qui sont utiles à l'établissement du diagnostic et du traitement ;
- qu'il exerce une activité principale en tant que médecin généraliste et qu'il assure la continuité effective des soins ;
- qu'il possède un seuil d'activité d'au moins 5 contacts par jour ouvrable en moyenne (consultations et visites) pendant l'année civile précédente (1.250 par an), exception faite pour les jeunes médecins dans leurs 4 premières années de pratique ;
- qu'il n'a pas fait l'objet de remarques répétées sur la base des constatations de la commission compétente pour l'évaluation des profils médicaux. Ces constatations concernent la prescription et l'exécution de prestations diagnostiques et thérapeutiques selon les critères fixés par la commission ;
- qu'il prête son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité, organisées par les pairs.

Pour les médecins généralistes, c'est la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. Ce fut d'abord l'application obligatoire du tiers payant avec les tracas administratifs supplémentaires dans le cadre de la transparence – juridiquement mal ficelé et impraticable¹⁰⁰ –, puis la réaction malheureuse du représentant de la ministre au décès du médecin généraliste Patrik ROELANDT, le 1^{er} décembre 2015¹⁰¹, dans l'exercice de sa fonction (« les médecins doivent être plus vigilants »¹⁰²), et enfin la prétendue attaque du contenu de leur profession. Si Maggie DE BLOCK bat tous les records de popularité dans les sondages dans les trois régions du pays, ce qui est particulièrement exceptionnel¹⁰³, seuls 29 % des médecins généralistes estiment que sa politique est bonne, contre 47,9 % des spécialistes¹⁰⁴.

4.2 Conséquences de la 6^e réforme de l'État

4.2.1 SPF Santé publique

Depuis 1993, les candidatures pour les commissions d'agrément et le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes sont présentées de manière commune par le GBS et l'ABSyM. Dans le cadre de la 6^e réforme de l'État, l'agrément des médecins a été transféré aux communautés. Jusqu'au 31.12.2015, le SPF Santé publique a encore mis à disposition du personnel pour former les fonctionnaires qui devront assumer la tâche pour leur communauté. Depuis le 01.01.2016, la phase transitoire est officiellement arrivée à terme, ce qui peut entraîner des problèmes pour quelques dossiers individuels en recours alors qu'il n'existe pas encore de structure pouvant accueillir de tels dossiers.

Au sein de la communauté flamande, la situation est relativement simple, étant donné que seul un ministre est compétent en matière de santé : Jo VANDEURZEN. Il nomme les membres de la commission d'agrément et agrée les médecins. Dans la communauté française, la situation est plus compliquée. En effet, pas moins de sept ministres sont compétents en matière de santé. La compétence d'agrément est attribuée au ministre président, en l'espèce Rudy Demotte. Celui-ci a délégué sa compétence au ministre Jean-Claude MARCOURT, compétent entre autres pour l'Enseignement supérieur ; c'est donc lui qui nommera les membres de la commissions d'agrément.

Sur demande du ministre JO VANDEURZEN, le GBS a été invité le 29.10.2015 par l'Agence Soins et Santé à discuter de tout ce qui a trait à l'agrément des médecins. Le GBS y a été représenté

¹⁰⁰ La loi date du 17 juillet, est parue au Moniteur belge du 18 août, mais devrait entrer en vigueur le 01 juillet 2015. Arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant: (MB 23.09.2015 ; Éd. 1).

¹⁰¹ Patrik Roelandt (16.02.1951- 01.12.2015) était un grand homme en médecine générale, qui, aussi cruel que le destin puisse être, se démenait depuis des années pour la sécurité des médecins généralistes. J'ai été diplômé avec lui au R.U.Gent, le 15.07.1975.

¹⁰² « *Overlijden dr. Roelandt: artsen verontwaardigd over reactie kabinet De Block* ». Mediplanet.be; 07.12.2015.

¹⁰³ Le Soir, 19.12.2015.

¹⁰⁴ « *Huisartsen buizen De Block* ». Artsenkrant, 18.12.2015.

par le Dr Marc BROSENS ; j'ai quant à moi été invité en tant que président du VAS¹⁰⁵. L'ASGB¹⁰⁶ et l'AADM¹⁰⁷ étaient également présents. Bien que l'AADM représente à peine les spécialistes, sa porte-parole, le Dr Roel VAN GIEL, a argumenté que le GBS ne pouvait pas être considéré comme un interlocuteur représentatif, idée soutenue par Rita CUYPERS, juriste de l'ASGB. Avec Marc BROSENS, au nom du VAS et de l'ABSyM, j'ai défendu bec et ongles la présence du GBS dans la nouvelle structure flamande pour l'agrément des professions de santé, y compris dans les commissions d'agrément pour les médecins. Après une participation active pendant un quart de siècle, je sais que le GBS a le plus d'expérience dans cette matière. Il serait particulièrement regrettable pour la communauté des médecins de ne pas pouvoir continuer à en profiter. L'interlocuteur responsable de l'administration a clairement fait savoir qu'il s'agit là d'une décision appartenant au ministre Jo VANDEURZEN.

Les normes d'agrément des hôpitaux sont transférées du SPF Santé publique vers les communautés, mais la compétence relative au financement et à la programmation reste fédérale. Pourtant, le financement de l'infrastructure hospitalière, le budget pour la construction/rénovation (BMF partie A1) et les coûts d'investissements pour les IRM, les PET et la radiothérapie (BMF partie A3) sont transférés aux communautés. Cela ne peut pas avoir d'impact négatif sur le budget fédéral. Pour quasiment chaque décision, la Cour des comptes devra intervenir, ce qui va ralentir les décisions. Christiaan DECOSTER, directeur général du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, fait partie des rares personnes qui dans ce pays peuvent avoir une vue d'ensemble de toutes les conséquences de la 6^e réforme de l'État. Il veille scrupuleusement à l'application de la réforme de l'État, en corrélation avec toute la législation antérieure qu'il a vue naître ou à la rédaction de laquelle il a collaboré pendant sa longue carrière.

La différence de compétence sur le BMF partie A3 selon les communautés explique par exemple le problème actuel de la non-installation d'IRM en Flandre, alors qu'au sud de la frontière linguistique, les difficultés sont moindres.

4.2.2 INAMI

Le transfert d'une série de compétences a également des conséquences importantes au niveau de l'INAMI. Les communautés reçoivent la responsabilité organisationnelle mais aussi financière pour les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de retraite et de soins, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitations protégées, une partie du secteur des bandagistes-orthopédistes et le secteur particulièrement large de la rééducation. Sont notamment concernés les centres de réadaptation ambulatoires (C.R.A., anciennement centres de rééducation NOK et PSY) avec des groupes cibles prioritaires tels que les personnes atteintes du trouble du déficit de l'attention (TDA), de lésions cérébrales acquises, d'infirmité motrice cérébrale (IMC), de certains troubles auditifs, et de certains troubles de la voix et de la déglutition¹⁰⁸. Le transfert est encore en pleine mutation.

¹⁰⁵ VAS : *Vlaams artsensyndicaat*, l'aile flamande de l'Association belge des syndicats médicaux- Belgische Vereniging van Artsensyndicaten – (ABSyM-BVAS).

¹⁰⁶ ASGB : *Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België*, aile flamande du Cartel.

¹⁰⁷ AADM : *Alliantie Artsenbelang* – Domus Medica- Alliance Avenir Des Médecins.

¹⁰⁸Note CGSS 2015/052 du 17.07.2015 : Budget 2016 : détermination, par les accords et les commissions d'accord, des moyens financiers nécessaires au financement de leur secteur. Partie matières transférées.

J'ai la plus grande admiration pour les collaborateurs de l'actuariat de l'INAMI qui répertorient toutes ces décisions politiques et établissent les redéploiements adéquats des flux financiers.

En effet, si les compétences sont transférées, les milliards d'euros le sont aussi. Si nous comparons le montant du budget soins de santé INAMI de l'année dernière avant le début des transferts (budget établi en 2013 pour l'année 2014¹⁰⁹ : 27,862 milliards d'euros)¹¹⁰, – en mettant de côté tous les détails et nouvelles économies ou initiatives appliquées depuis lors – avec celui proposé en 2015 pour l'année 2016 par la délégation gouvernementale, à savoir 23,813 milliards d'euros, nous constatons un transfert d'environ 4,049 milliards d'euros en deux ans.

4.3 Protocole d'accord Imagerie médicale : la saga continue

4.3.1 Rétroactes

Comme nous l'avons déjà signalé dans notre précédent rapport annuel¹¹¹, le Moniteur Belge a publié le 20 juin 2014 un protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale – un document qui porte la signature de quelque huit ministres qui sont, dans notre pays, compétents d'une manière ou d'une autre pour une ou plusieurs de ses facettes.

Cet accord est en réalité un quadriptyque :

- Premièrement, il prévoit une augmentation du nombre d'appareils d'IRM de 12 unités (5 en Wallonie et 7 en Flandre). Cette mesure vise à stimuler le recours aux examens sans rayonnements ionisants et à réduire la prescription d'examen CT suboptimaux.

- Deuxièmement, il prévoit une augmentation du nombre d'appareils PET (qui passe de 12 à 27,5) en réponse à la capacité insuffisante des appareils actuellement agréés suite à l'important élargissement (*evidence-based*) du nombre d'indications majoritairement oncologiques.

- Troisièmement, il met un frein à la prolifération incontrôlée d'un certain nombre d'appareils radiologiques (à savoir, les appareils CT). Pour atteindre cet objectif sera créé un registre national où devront figurer l'ensemble des « appareils médicaux lourds » (CT, PET, SPECT-CT, PET-CT, PET-IRM, IRM). Un moratoire sera ensuite instauré sur certains appareils.

- Quatrièmement, il entérine la nécessité d'une politique de contrôle. La situation qui existait dans le passé, où un certain nombre d'appareils PET et IRM non agréés étaient malgré tout tolérés, était devenue intenable et entravait toute forme d'adaptation de la programmation ou de la nomenclature. Une politique de contrôle devrait permettre de garantir le strict respect de la programmation et de bannir les appareils non agréés.

Les arrêtés d'exécution nécessaires ont ensuite été pris et publiés au Moniteur Belge le 8 août 2014, sous la forme de six arrêtés royaux distincts.

¹⁰⁹ Note CGSS 2013/70 du 01.10.2013. Budget 2014 Proposition globale du Comité de l'assurance Version finale.

¹¹⁰ Note CGSS 2015/073 du 12.10.2015. Budget 2016

¹¹¹ « Le feu passe au bleu pour le changement ». Rapport annuel GBS 2014, 07.02.2015. Point 4.5.

4.3.2 Et en 2015

a. IRM

Douze appareils supplémentaires pouvaient donc être agréés, mais exclusivement dans des hôpitaux qui n'en disposaient pas jusque-là.

En **Wallonie**, ce processus s'est déroulé sans encombre : les critères d'agrément ont été publiés en janvier 2015, débouchant le 24.09.2015 sur la publication de l'arrêté ministériel du 1^{er} juillet 2015 attribuant les IRM supplémentaires à EpiCURA à Hornu, à la Clinique Saint-Luc de Bouge, au Centre hospitalier de Mouscron, au Centre hospitalier régional de Huy et au Centre hospitalier de l'Ardenne. Cinq autres établissements se sont vu refuser l'agrément.

En **Flandre**, l'administration des Soins et de la Santé a attendu le 24 novembre 2014 pour expédier une circulaire à l'ensemble des hôpitaux pour les informer des règles et critères d'attribution des services d'IRM supplémentaires (sept nouveaux centres au maximum).

Dès le 19 décembre suivait une correction de cette circulaire interdisant aux (collaborations avec des) hôpitaux catégoriels et/ou psychiatriques de satisfaire aux critères.

Début 2015, des demandes ont été déposées par 12 (associations d') hôpitaux et le ministre VANDEURZEN a accordé un agrément provisoire à 7 d'entre eux – ceux de Rumst/Bornem, Malle, Heusden-Zolder, Renaix, Tielt/Izegem, Furnes/Torhout et l'hôpital Heilig Hart Louvain/Diest. Face à la décision de l'administration flamande d'imposer des critères supplémentaires (en sus de ceux du protocole d'accord) et à la confusion générée par la double circulaire, les hôpitaux n'ayant pas été retenus ont fait opposition auprès de la commission d'avis compétente. Le ministre ayant décidé de maintenir sa décision en dépit des réticences de la commission, plusieurs procédures (non suspensives) sont actuellement en cours devant le Conseil d'État. Verdict d'ici quelques années...

b. PET

Le protocole d'accord prévoyait une augmentation du nombre de centres PET de 13 à 24, avec un maximum de trois appareils supplémentaires en Wallonie, 1 à Bruxelles et 6 en Flandre. Comme pour l'IRM, les communautés et régions étaient chargées de définir les critères d'agrément et d'accorder la reconnaissance finale aux centres sélectionnés.

Le protocole d'accord leur laissait pour cela le temps jusqu'au 1^{er} janvier 2016. C'est en effet à cette date que devaient entrer en vigueur les autres accords touchant aux PET, à savoir une mise à jour du nombre d'indications *evidence-based* remboursées ainsi qu'un ajustement du financement tant de l'examen proprement dit que de la caméra et des moyens diagnostiques utilisés. Un autre point important est que s'applique depuis le 1^{er} janvier 2016 une limitation du nombre d'examens pouvant être remboursés par an et par caméra PET agréée. Ce calcul part du principe que 27,5 appareils seraient effectivement opérationnels au 1^{er} janvier 2016.

La **Région bruxelloise** a rapidement pris les mesures nécessaires. Conformément au protocole d'accord, son unique appareil supplémentaire a été réparti sur 3 hôpitaux dès le 01.08.2015.

La **Région wallonne** a entériné sur le fil du rasoir l'agrément de 3 centres supplémentaires au travers d'un arrêté ministériel en date du 21 décembre 2015, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016. La Région wallonne a donc toujours la possibilité d'agréer un centre PET supplémentaire.

En **Flandre**, l'agence pour les soins et la santé n'a toujours pas fixé ses critères d'agrément, de sorte qu'aucun appareil PET supplémentaire n'est aujourd'hui opérationnel ou même simplement agréé dans le Nord du pays. En lieu et place d'une extension de capacité pourtant indispensable, la population flamande sera donc confrontée (à tout le moins pour l'année 2016) à une diminution de fait de cette capacité. L'échéance pour permettre à des caméras PET supplémentaires d'être opérationnelles au 1^{er} janvier 2017 approche en outre à grands pas : si les agréments provisoires ne sont pas accordés avant fin mars 2016, la capacité restera nettement insuffisante en 2017 aussi.

Des négociations sont actuellement en cours entre les cabinets des ministres Maggie DE BLOCK et Jo VANDEURZEN pour dégager une solution. Gageons que nous n'avons pas fini d'en entendre parler...

c. Cadastre de l'appareillage médical lourd

Dans le passé, personne n'avait une idée très claire du nombre et de la localisation des divers appareils radiographiques, nucléaires ou de radiothérapie. Parce que cette situation empêche tout prise de décision adéquate et dans le but de rendre possible l'identification des appareils illégaux, il était nécessaire de regrouper les données jusqu'ici éparpillées entre différents acteurs (SPF, INAMI, AFCN, communautés, industrie) en un registre fédéral unique accessible à tous les intéressés. Le contenu exact de ce registre a fait l'objet en 2015 de plusieurs réunions au SPF, qui ont débouché sur un « *Arrêté royal du 19 janvier 2016 déterminant les règles suivant lesquelles les données relatives à l'appareillage médical lourd sont communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions* », publié au Moniteur belge le 3 février 2016.

Le texte prévoit que tout gestionnaire d'hôpital (ou exploitant lorsque l'équipement est installé extramuros) doit communiquer une description détaillée de tous les appareils installés et exploités par l'établissement qui figurent sur la liste de l'appareillage médical lourd. Il dispose pour cela d'un délai de 30 (pour les appareils PET, PET-CT et PET-IRM) ou de 90 jours (pour les CT, IRM, SPECT-CT, et appareils de radiothérapie).

Pour tous les nouveaux appareils, le fabricant se chargera de communiquer toutes les données d'identification nécessaires au cadastre lors de la livraison. Lorsqu'un appareil est retiré du service, le gestionnaire doit également faire connaître la date de cette mise hors service.

Le SPF transmettra ensuite toutes ces informations à l'INAMI, qui attribuera à chaque appareil un numéro unique devant être mentionné sur chaque attestation de soins donnés. Sans mention de ce code d'identification, la prestation ne pourra faire l'objet d'aucune intervention de l'assurance-maladie.

d. Politique de contrôle

Un paragraphe du protocole d'accord (3.3.2) est spécifiquement consacré à l'exigence européenne de fermer tous les centres PET non agréés. Dans notre pays, l'existence au cours des dernières années de 7 caméras PET non agréées en sus des 13 centres officiels était un secret de polichinelle. Dans ce paragraphe, les différents gouvernements s'engagent à fermer

définitivement ces centres PET non reconnus et à cesser tout remboursement des examens réalisés au moyen des appareils concernés. Pour prévenir le risque de procédures judiciaires, l'INAMI a conclu en 2014 un accord avec ces centres pour qu'ils remboursent 65 % des interventions de l'assurance indûment perçues.

Depuis, ces caméras ont été soit retirées du service, soit définitivement agréées dans le cadre de l'élargissement de la programmation.

Comme nous l'avons déjà mentionné ci-dessus à propos du cadastre de l'appareillage médical lourd, la mention d'un numéro d'identification unique permettra d'éviter automatiquement le remboursement d'examen réalisés au moyen d'un appareil non agréé.

La politique de contrôle ira toutefois encore plus loin : comme les fabricants sont désormais obligés de signaler tout appareil médical lourd vendu dans notre pays, tous les dispositifs non agréés pourront être activement recherchés et retirés du circuit.

4.4 Euthanasie

Le 29 octobre 2015, la cour constitutionnelle a rejeté les recours en annulation de la loi qui a rendu l'euthanasie possible pour les mineurs¹¹². En 2014-2015, cette loi avait causé beaucoup d'émois, en particulier chez les pédiatres. Les défenseurs et les opposants étaient diamétralement opposés¹¹³. D'ailleurs, à ce jour, pas une seule demande d'euthanasie n'a été soumise pour un mineur.

Avant 2014, le mot euthanasie évoquait des situations de phase terminale de cancer dans lesquelles la possibilité d'une euthanasie pouvait être synonyme de délivrance – un acte de compassion. Une majorité des médecins est d'accord sur ce point. En revanche, en 2015, le débat a porté surtout sur l'euthanasie chez les personnes atteintes de démence et les patients psychiatriques. Le lobby de l'euthanasie est inventif pour faire accepter l'euthanasie ; il a même organisé un dîner le 01.06.2015 avec des orateurs et invités importants, chrétiens comme libéraux. Dans son toast, la ministre Maggie DE BLOCK a défendu la loi sur l'euthanasie, pour laquelle elle avait voté en tant que membre du parlement¹¹⁴. La ministre avait à juste titre déclaré : « Il faut respecter la vie et les patients, mais aussi les patients qui veulent eux-mêmes décider quand ils veulent en finir, et leur donner le droit à une fin de vie digne. »

Entretemps, les frontières se sont estompées. Les médecins qui appliquent une analgésie palliative sont montrés du doigt. Il a été signalé qu'ils exécutent des euthanasies non désirées qu'ils appellent « sédation palliative ». C'est là une confusion conceptuelle entretenue notamment par le Prof. Wim DISTELMANS¹¹⁵. Par ailleurs, les soins palliatifs sont sous-valorisés et insuffisamment financés, peut-être précisément parce que la frontière entre l'euthanasie et

¹¹² Arrêté n° 153/2015 du 29 octobre 2015. Numéro de rôle : 6030, 6033 et 6034. Recours en annulation de la loi du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs.

¹¹³ Voir « Feu bleu pour le changement ». Rapport annuel du GBS 2014, 07.02.2015. Point 4.7. : « L'euthanasie belge de nouveau au centre de toutes les attentions (internationales). »

¹¹⁴ « *Tafelrede Maggie De Block "koken voor LEIF"* (NDR : *LevensEinde InformatieForum*, « Forum d'information sur la fin de vie »). » *De Specialist*, 10.06.2015.

¹¹⁵ Le Professeur Dr Wim Distelmans est spécialiste du cancer à l'hôpital universitaire de la VUB à Jette et défenseur du droit aux soins palliatifs et à l'euthanasie et également président de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie au SPF Santé publique.

les soins palliatifs est maintenue floue par l'intervention de certains, comme Wim DISTELMANS, qui sont bien plus connus dans les médias pour leurs positions fortes sur l'euthanasie que pour leur défense des soins palliatifs.

Le journal américain *The New Yorker* se demande « à partir de quel moment les patients qui ne sont pas en phase terminale doivent être aidés à mourir » dans le contexte belge.¹¹⁶ En 2015, l'euthanasie dans les cas de démence et de souffrance psychiatriques s'est retrouvée sous le feu des projecteurs. Le 21.02.2015 s'est tenu un symposium sur l'extension de la loi de l'euthanasie aux personnes qui ne sont pas en mesure d'exercer leur volonté ; Monsieur Jean-Jacques DE GUCHT, membre du parlement et sénateur communautaire (Open-VLD), y a fait la remarque imprudente que pour la majorité fédérale actuelle, il n'avait pas été convenu de ne pas proposer de thèmes éthiques¹¹⁷.

Pour la première fois depuis la création de la loi en 2002 et après environ 12.721 euthanasies, un médecin qui avait réalisé une euthanasie a été traduit en justice par la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, qui veille au respect de la législation sur l'euthanasie. Depuis la légalisation de l'euthanasie en Belgique en 2002, 8.776 euthanasies ont officiellement été réalisées jusque fin 2013¹¹⁸. Les chiffres de 2014 et 2015 ne sont certes pas (encore) disponibles sur le site Internet du SPF Santé publique, mais ils ont toutefois été officieusement rendus publics par l'agence de presse Belga. En 2014, la hausse s'est limitée à 6,5 % par rapport à 2013 (1.924 enregistrements en 2014 contre 1.807 en 2013) et en 2015, le nombre d'enregistrements a augmenté de 5 % par rapport à 2014 (pour atteindre 2021). « Le cap des 2.000 enregistrements est atteint pour la première fois, mais on peut s'attendre à ce que l'augmentation ne soit plus aussi frappante dans les années à venir », selon le Professeur Wim DISTELMANS, qui « suppose qu'une période de stagnation est en vue ». ¹¹⁹

La probabilité qu'un dossier lié à l'euthanasie soit porté en justice est donc légèrement inférieure à 0,008 %. Dans ce dossier, une femme de 85 ans, après la mort de sa fille, avait déclaré être lasse de la vie. Normalement, un psychiatre doit approuver la décision, ce qui n'a pas été le cas. Le dossier a été révélé après la diffusion d'une émission (sur ce cas) par la chaîne télévisée australienne SBS World News en septembre 2015. La presse anglophone a qualifié la Belgique de « *failed state* »¹²⁰ en raison du lien qui a pu être établi par une enquête policière entre Bruxelles et les odieux attentats perpétrés par l'État islamique à Paris le 13.11.2015 mais aussi antérieurement à Paris et ailleurs en Europe (dont Bruxelles). En 2014, on avait déjà pu lire dans le même média : « *This must be Belgium. Belgian doctors kill five people a day.* »¹²¹

Ce n'est pas toujours « *chocolate, beer and fries* » quand on décrit notre pays.

¹¹⁶ « *Euthanasie is te vanzelfsprekend geworden* ». *De Morgen*, 17.06.2015.

¹¹⁷ « *Euthanasie bij wilsonbekwamen: "Niets afgesproken over ethische stop"* », MediQuality 22.02.2015.

¹¹⁸ Le 31.12.2013, le compteur de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie affichait 8.776 euthanasies. Dans les années 2011, 2012 et 2013, le nombre d'euthanasie a fortement augmenté, à hauteur d'environ 25 % par an.

¹¹⁹ « *Voor het eerst meer dan 2.000 aangiftes van euthanasie* », *Het Laatste Nieuws*, 27.01.2016.

¹²⁰ « *Belgium is a failed state* ». Tim King, dans le magazine politique *Politico*, 19.11.2015. Diffusé à l'échelle internationale.

¹²¹ *Mail online* (US), 28.05.2014, repris par *De Morgen*, 30.05.2014.

5 Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes

Un rapport annuel des activités du GBS de l'année écoulée serait incomplet sans un état des lieux des activités du Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes, que l'on désignera par « Conseil supérieur ».

Les réunions plénières du Conseil supérieur se sont tenues les 26 février, 18 juin, 15 octobre et 12 décembre 2015. Il s'agit systématiquement de la deuxième date à laquelle le Conseil supérieur était convoqué. Voici en effet la procédure :

Toutes les convocations prévoient deux dates de réunions à 7 jours d'intervalle, la seconde ne nécessitant pas de quorum légal pour statuer valablement. Parce que ce quorum ne peut quasiment jamais être atteint, pour éviter que les médecins membres ne se déplacent inutilement, les membres convoqués s'excusent massivement pour la première réunion. C'est donc au cours de la seconde réunion que, quel que soit le nombre de participants, les membres présents peuvent décider valablement.

Ce manège va certainement continuer encore un certain temps. En effet, pour adapter cela juridiquement, une modification de l'AR du 23 avril 1983 est nécessaire. Au vu de l'absence excusée du Dr Marc MOENS lors des deux premières réunions de 2015, c'est le Prof. Francis HELLER qui a endossé le rôle de détracteur de service au nom du GBS. Les agendas du Conseil supérieur ont été préparés en profondeur avec l'aide des services administratifs du GBS. Pour chaque ordre du jour, les éventuels points de discussion sont détaillés dans une note, ce qui permet de formuler des remarques adéquates lors de la réunion.

L'actualisation des critères d'agrément pour les différentes disciplines constitue l'une des tâches centrales du Conseil supérieur pour 2016 et les années à venir. Les travaux préparatoires ont commencé en 2012. Les groupes de travail *ad hoc* des membres des commissions d'agrément et du Conseil supérieur de (presque) toutes les spécialités se sont réunis à plusieurs reprises au cours des dernières années afin d'échanger des idées. Le Prof Jacques GRUWEZ y a activement participé. Plusieurs projets de texte ont été rédigés. La mutation vers un autre service gouvernemental fédéral du moteur administratif de ces réunions, M^{me} Veerle DELERUE, a entraîné l'abandon de nombreux de ces textes.

L'arrivée du Dr Patrick WATERBLEY en tant que secrétaire du Conseil supérieur a donné une nouvelle dynamique à ces dossiers. Depuis fin 2014, les représentants d'un certain nombre de disciplines ont pu présenter leurs propositions à la réunion plénière du Conseil supérieur. Avant que les premiers critères d'agrément mis à jour n'aient pu être soumis à l'avis du Conseil supérieur, il a fallu actualiser les critères transversaux, valables pour toutes les spécialités. Il était en effet absurde de mettre au point les critères spécifiques tant que les critères transversaux généraux n'étaient pas définis. Ceux-ci ont été publiés au Moniteur belge du 27 mai 2014¹²². Dans l'actualisation des critères d'agrément, il faut toujours tenir compte des principes généraux repris dans cet arrêté. En 2015, la ministre Maggie DE BLOCK a demandé l'avis du Conseil supérieur sur un certain nombre de questions supplémentaires relatives à ces

¹²² AM du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (MB 27.05.2014.).

critères transversaux. Ces questions portaient notamment sur l'obligation pour les maîtres de stage de s'assurer que les candidats spécialistes qu'ils forment entrent dans les quotas autorisés pour le maître de stage concerné ainsi que dans les quotas établis dans le cadre de la planification de l'offre médicale.

La rectification visant à faire concorder les versions française et néerlandaise de l'art. 10 de l'arrêté ministériel du 23 avril 2014, publiée au Moniteur belge du 20 septembre 2014, n'était pas correcte d'un point de vue purement technico-légal. Dans le cadre de sa demande d'avis du 11 mai 2015, la base d'une correction en bonne et due forme a été établie. Le GBS a réagi de manière adéquate et formulé des propositions relatives aux avis demandés.

Un certain nombre de spécialités, parmi lesquelles la chirurgie et la médecine interne, ont eu en 2015 la possibilité d'esquisser, lors de la réunion plénière, l'état d'avancement des discussions dans les groupes de travail concernés : « *work in progress* » pour toutes les disciplines. Un avis positif a été formulé pour la génétique clinique, la pédiatrie, l'orthopédie et la psychiatrie. Les propositions doivent être fondées sous la forme d'un arrêté ministériel. Un tel exercice ne doit pas être sous-estimé. Une préparation minutieuse est en effet nécessaire avant que le projet ne puisse être soumis à la signature de la ministre.

6 Cadastre des médecins¹²³

Toutes les informations relatives aux médecins spécialistes (spécialisation, coordonnées, données à caractère personnel...) sont reprises dans une base de données qui permet à la commission de planification de publier les statistiques annuelles des professionnels de soins de santé.¹²⁴

Ces statistiques sont insuffisantes pour une planification adéquate de l'offre médicale : si elles permettent d'avoir une vue des personnes qui peuvent exercer une spécialité, en revanche, elles ne permettent pas d'avoir une vue sur celles qui l'exercent effectivement, sur le nombre d'ETP par spécialité.

Le cadastre dynamique des médecins présenté en mai 2015 par la ministre de la santé publique et des affaires sociales, Madame Maggie DE BLOCK comble partiellement cette lacune, en calculant pour chaque spécialité des taux d'activité. Ces taux d'activité sont obtenus en croisant des données en provenance de différentes sources (ONSS, INAMI...)¹²⁵

Il permettra à la commission de planification dont le soussigné fait partie d'arriver à estimer plus finement le nombre de médecins spécialistes nécessaires pour couvrir les besoins en soins spécialisés de la population, région par région, et en tenant compte de l'évolution de l'activité réelle des médecins spécialistes.

¹²³ [http://www.gbs-vbs.org/services/news-single-view/?tx_ttnews\[tt_news\]=942&cHash=9d79b9d394afbcef337468032f762172](http://www.gbs-vbs.org/services/news-single-view/?tx_ttnews[tt_news]=942&cHash=9d79b9d394afbcef337468032f762172)

¹²⁴ http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles/12056470_FR?ie2Term=statistiques?&fodnlang=fr#.VsRWYvkrKUK

¹²⁵ Le GBS fait une analyse critique du cadastre dans le bulletin de septembre 2015 : http://www.vbs-gbs.org/fileadmin/user_upload/Bulletin/2015/fr/1505_fr_-_online.pdf

Certaines spécialités s'emploient sans cesse à commenter le cadastre au niveau du GBS, d'autres ont déjà réagi via le GBS ou par d'autres canaux de communication. Nous y reviendrons la fois prochaine. Certaines tribunes à propos du cadastre et de la planification de l'offre médicale ont été publiées dans le bulletin du GBS.

Le cadastre dynamique a selon la ministre « *une importance cruciale pour la planification de l'offre médicale dans notre pays. Il nous offre un instantané extrêmement détaillé du terrain à l'heure actuelle*¹²⁶ ». L'instantané est de qualité, mais comme toutes les photos en mouvement, il présente certaines zones floues, des biais certes non intentionnels, mais qui compliquent son interprétation, ne faisant que confirmer que la statistique est la reine des sciences inexactes : le principal, qui concerne toutes les spécialités, est que les médecins sont répartis dans les différentes régions en fonction de leur domicile et non en fonction de la région dans laquelle ils exercent leur activité principale, ce qui aurait été plus approprié pour estimer les besoins de soins et élaborer les sous-quotas plus sainement dans les communautés.

7 Accord médico-mutualiste

7.1 Les mutualités

Le mandat de Marc JUSTAERT, président de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, a pris fin le 20 juin 2015 après 21 ans de service, avec une session académique au « Square » à Bruxelles, en présence de plus de 1000 collaborateurs de la MC et de nombreux invités (dont je faisais partie).

Dans son discours à l'occasion de la session académique intitulée : « *Samen innoveren* », la ministre Maggie DE BLOCK a déclaré que le rôle des mutualités était en plein développement : « De caisses de versement principalement administratives, nous évoluons de plus en plus vers des centres de service pour leurs membres mais aussi des partenaires du pouvoir politique » [...] « Les mutuelles sont proches de leurs membres et sont donc bien placées pour améliorer leur *health literacy*. Et ce n'est pas pour rien qu'il s'agit là d'un des objectifs de l'accord de gouvernement » [...] « Grâce à une meilleure connaissance de la santé et de notre système de soins de santé, les patients utiliseront mieux les informations sur les maladies et la santé, trouveront plus facilement les soins adaptés, poseront les bonnes questions, etc. Ainsi, les patients deviennent maîtres de la gestion de leur propre santé. »

Plus de deux décennies se sont écoulées depuis les « manifestes du citoyen¹²⁷ » de Guy VERHOFSTADT, qui, en tant que libéral progressiste eut préféré voir disparaître les mutuelles. Pendant son mandat de Premier ministre (jusqu'en 2008), Guy VERHOFSTADT a dû se retenir pour ne pas trop susciter la colère de ses partenaires de gouvernement. « Ça peut changer », disait Gerbrand Adriaensz BREDERO¹²⁸, lui aussi libéral. Signe de leur estime pour Marc JUSTAERT, les membres du gouvernement l'ont nommé **nouveau président du Conseil**

¹²⁶ <http://www.deblock.belgium.be/fr/quota-de-m%C3%A9decins-fix%C3%A9-pour-2021>

¹²⁷ On en compte trois : le premier en 1991, le deuxième en 1992, et le troisième en 1994. En 1999, Guy Verhofstadt devenait Premier ministre de Belgique (jusqu'en 2008) et a dû à l'époque se contenir en ce qui concerne son point de vue vis-à-vis des mutualités.

¹²⁸ « *'t Kan verkeren* » était la devise de Gerbrand Adriaensz Bredero, poète, dramaturge et rhétoricien néerlandais (1585- 1618).

général de l'INAMI. Marc JUSTAERT a ainsi succédé à Édouard DESCAMPE, ex-secrétaire général de la MC, qui lui a transmis le flambeau après dix ans de présidence.

Le 01.07.2015, Marc JUSTAERT a été remplacé à la présidence de la MC par Luc VAN GORP, qui jusque-là combinait une série de fonctions telles, qu'entre autres, président de la Croix jaune et blanche et chef du service soins de santé de la Katholieke Hogeschool Limburg¹²⁹. Infirmier de formation, il a combiné une activité d'infirmier à temps partiel à des études de bachelier en philosophie, bachelier en sciences des religions, ainsi qu'un master en théologie¹³⁰. Édouard DESCAMPE était lui aussi licencié en théologie ; serait-ce un hasard si on retrouve un spécialiste des sciences théologiques à la tête de la MC ? Un jeune théologien en remplacement d'un juriste « vieux de la vieille » au moment où la politique redevient plus critique quant au fonctionnement des mutualités et lui impose immédiatement des économies. Pour la N-VA et l'Open VLD, les mutualités sont en effet trop chères, trop complexes, et ont trop de structures. La Cour des comptes et les services de contrôle de l'INAMI ont pour tâche de soumettre les mutualités à un audit.

Marc JUSTAERT est juriste. Sa fonction de président du CIN¹³¹ a été transmise à Jean HERMESSE, économiste de formation, redoutable avec les chiffres et connu chez les médecins pour son expertise des tickets modérateurs et des suppléments d'honoraires¹³². Jean HERMESSE conserve sa fonction au sein de la Commission nationale médico-mutualiste, mais désormais avec pour grand patron un théologien à la place d'un juriste.

Marc JUSTAERT a fait comprendre à la faveur de son départ qu'il défendait l'idée qu'une assurance puisse acheter des soins¹³³. Il a fait pour cela référence au European Health Consumer Index 2015. Avec 836 points sur 1000, la Belgique affiche un très bon résultat parmi les 35 pays testés par ce baromètre d'assurance maladie européen. La Belgique se situe à la cinquième place ¹³⁴ derrière les Pays-Bas (916 points), la Suisse (894 points), la Norvège (854 points) et la Finlande (845 points). Marc JUSTAERT considère que les principales raisons expliquant la première position des Pays-Bas est que les organismes assureurs y jouent un rôle important dans la gestion du système et qu'elles peuvent acquérir des soins. Il a déclaré dans le journal *De Standaard* du 13 juin 2015 : « Cela entraînerait un séisme dans notre paysage des soins si l'on établissait des accords directs avec les hôpitaux pour la prise en charge de certaines thérapies. [...] Pour les interventions complexes telles que le cancer de l'œsophage et du pancréas par exemple, souvent, seuls quelques hôpitaux pouvant réaliser un nombre d'interventions suffisant doivent être pris en considération. Cela a un effet sur la qualité. » Il est étonnant que le président sortant de la MC donne aussi ouvertement en exemple l'approche très commerciale du système de soins néerlandais. Il a toutefois immédiatement fait le lien avec le nouveau financement des hôpitaux actuellement en cours de réalisation (voir [point 3](#)).

¹²⁹ « Luc Van Gorp wordt nieuwe baas Christelijke Mutualiteiten (CM) ». *Trends*, 15.10.2014.

¹³⁰ Rencontre personnelle informelle avec Luc Van Gorp aux bureaux de la MC le 22.09.2015.

¹³¹ CIN : Collège Intermutualiste National, association de mutualités composée de représentants des cinq unions nationales des mutualités, de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité et de la Caisse des soins de santé de la Société nationale des Chemins de fer belges.

¹³² « C'est une bête de chiffres On l'entend souvent s'indigner des hausses des tickets modérateurs qui alourdissent sans cesse la facture médicale des patients. », *La Libre Belgique*, 01.12.2006.

¹³³ « Het is juist goed dat wij een vinger in de pap hebben », Marc Justaert dans *De Standaard*, 13.06.2015.

¹³⁴ La Belgique a grimpé d'une place : elle figurait en sixième position du *European Health Consumer Index* 2014.

Un événement marquant s'est produit lors de la réunion du Comité de l'assurance de l'INAMI du 29.12.2015, la deuxième réunion depuis le départ de Marc JUSTAERT. Au moment de l'établissement du budget 2016, il est apparu clairement que les mutualités n'avaient pas soumis un document commun. Et au moment de décider, les mutualités socialistes ont voté contre la proposition de leurs collègues des autres mutualités. Du jamais vu depuis que je siége au Comité de l'assurance (où je suis entré le 02.04.1993). Les mutualités ont néanmoins approuvé en bloc leur budget de l'année prochaine. On peut se demander si ces votes divergents étaient la conséquence du manque de moyens consacrés aux soins de santé par le gouvernement, du départ de Marc JUSTAERT de sa fonction de président du Collège Intermutualiste National, ou encore si cette situation était simplement due au fait que les mutualités socialistes n'ont plus de relais au gouvernement.

Quoiqu'il en soit, le budget approuvé majorité contre minorité au Comité de l'assurance n'a pas été retenu par le gouvernement¹³⁵. Le 12 octobre 2015, le gouvernement a soumis un budget entièrement revu à la réunion du Conseil général de l'INAMI. Le budget n'a pas été approuvé, pour des raisons clairement politiques : les représentants des mutualités socialistes et de l'ABVV ont voté contre. L'ACV les a suivis. Les mutualités chrétiennes et libérales ainsi que l'ACLVB se sont abstenues. Le président Marc JUSTAERT, qui présidait pour la première fois le Conseil, en a fait autant. Pour la première fois dans l'histoire du Conseil général, le budget de l'exercice prochain n'a pas été approuvé. Le gouvernement a donc établi le budget 2016 unilatéralement.

7.2 Suivi de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2014 pour l'année 2015 (MB 27.01.2015)

Au moment de la rédaction du dernier rapport annuel du GBS du 07.02.2015¹³⁶, nous ne savions pas encore combien de médecins refuserait l'accord 2015, qui a difficilement vu le jour. Les médecins ont en effet trente jours après la publication de l'accord au Moniteur belge pour se déconventionner ou adhérer partiellement, en d'autres termes jusqu'au 26 février 2015. L'accord entre en vigueur si l'on ne relève pas plus de 40 % de refus (et pas plus de 50 % dans chaque groupe – médecins généralistes et spécialistes – et ce dans chaque région du pays). L'accord est entré en vigueur le 13 mars 2015.

Les chiffres de conventionnement sont quasiment restés les mêmes par rapport à l'accord de l'année 2013.

	2014	2013
Total	83,83 %	83,10%
Médecins généralistes	88,59 %	87,87 %
Spécialistes	80,78 %	79,96 %

Tableau 2

Chez les médecins généralistes, le taux de conventionnement est plus élevé en Flandre

¹³⁵ L'ABSyM et le Cartel ont voté contre et l'AADM s'est abstenue.

¹³⁶ « Feu bleu pour le changement ». Dr M. Moens, 07.02.2015.

(91,81 %) et en Wallonie (86,32 %) qu'à Bruxelles (80,45 %). Le taux de conventionnement des spécialistes en Flandre (79,26 %) et à Bruxelles (80,38 %) est presque identique ; en Wallonie, les spécialistes étaient légèrement plus nombreux à adhérer à l'accord (83,52 %).

	Médecins généralistes 2015 (2013)	Spécialistes 2015 (2013)	Total 2015 (2013)
Bruxelles	80,45 % (79,53 %)	80,38 % (78,54 %)	80,40 % (78,88 %)
Wallonie	86,32 % (85,44 %)	83,52 % (82,59 %)	84,63 % (83,75 %)
Flandre	91,81 % (91,28 %)	79,26 % (78,80 %)	84,25 % (83,84 %)
Total	88,59 % (87,87 %)	80,78 % (79,96 %)	83,33 % (83,10 %)

Tableau 3

Le tableau présentant l'évolution des pourcentages de déconventionnement depuis 1993 (Tableau 4) montre que trois spécialités affichent un taux de déconventionnement supérieur à 50 % : la dermatologie (68 %), la chirurgie plastique (59 %) et l'ophtalmologie (58 %). Toutefois, ces taux sont moins prononcés que suite à l'accord du 23.01.2013. En effet, leurs taux de déconventionnement s'élevaient alors respectivement à 70,0 %, 61,89 % et 58,59 %. Depuis l'accord du 17.12.2008 (pour les années 2009 et 2010), le taux de déconventionnement des gynécologues flirte avec la frontière des 50 % : 49,58 % en 2015, soit un peu moins des 51,25 % relevés en 2013.

1993-2013 EVOLUTION DES DECONVENTIONNEMENTS EN % PAR DISCIPLINE																
	22.12.2014	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	Méd. Spécialistes en formation (MSF)	0,24	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	0,44
2	Gériatrie	1,69	2,54	2,75	2,56											2,39
3	Médecine aiguë et méd. d'urgence	2,15	2,46	2,53	2,74											2,47
4	Biologie clinique	3,15	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	2,39
5	Oncologie	3,70	4,46	4,48	3,11											3,94
6	Médecine interne + endocrino diabét	4,96	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	7,44
7	Radiothérapie	5,16	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	4,67
8	Médecine nucléaire	5,45	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	4,91
9	Anatomie pathologique	6,71	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	5,71
10	Pneumologie	7,16	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	6,66
11	Neuropsychiatrie	10,19	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	14,93
12	Neurologie	10,25	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	7,02
13	Psychiatrie	11,15	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	12,60
14	Généralistes	11,41	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	13,85
15	Pédiatrie + neurologie péd.	11,85	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	12,44
16	Anesthésiologie	11,87	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	13,99
17	Autres spécialités	13,04	9,57	9,80	7,89											10,08
18	Gastro-entérologie	18,18	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	15,25
19	Chirurgie	19,56	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	18,62
20	Cardiologie	20,28	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	19,78
21	Rhumatologie	23,21	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	20,88
22	Neurochirurgie	26,24	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	23,83
23	Méd. physique et Physiothérapie	28,25	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	22,20
24	O.R.L.	30,60	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	28,85
25	Radiologie	31,14	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	24,92
26	Urologie	33,41	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	28,13
27	Orthopédie	40,45	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	29,22
28	Stomatologie	41,18	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	37,81
29	Gynécologie-obstétrique	49,58	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	45,46
30	Ophthalmologie	57,94	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	53,69
31	Chirurgie plastique	59,29	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	61,42
32	Dermatologie-vénérologie	67,96	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	63,86
	Total: spécialistes + MSF	19,22	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	18,58
	TOTAL GENERAL	16,17	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	16,62

Source : INAMI; groupage Dr M. MOENS: situation au 05.03.2015

Tableau 4

Dans l'accord médico-mutualiste du 22 décembre 2014, on a prévu, en tant que mesure d'économie, une diminution de 1 % des honoraires liés aux prestations techniques réalisées par des médecins non accrédités. L'INAMI a travaillé à une proposition de diminution de 1% des honoraires de toutes les prestations techniques, l'économie servant à relever en compensation le forfait d'accréditation des médecins accrédités. Il s'agissait d'une économie de 6,13 millions d'euros qui touchait presque exclusivement les spécialistes. L'économie et la compensation auraient été réparties de manière très inégale. La proposition de l'administration de l'INAMI s'est heurtée au veto de l'ABSyM. Pour les spécialistes qui travaillent sur la base de coûts réels, la proposition financière de l'INAMI aurait eu des conséquences négatives importantes. La mesure n'est pas (encore) réalisée, mais étant donné que cette économie a été prise en compte dans le budget 2015, il est certain que la question sera remise sur le tapis en 2016.

7.3 Accord médico-mutualiste du 22.12.2015 pour 2016-2017 (MB 27.01.2016)

7.3.1 Introduction

La médico-mut s'est réunie les 9 février, 2 mars, 23 mars, 27 avril, 13 juillet et 14 septembre 2015. Alors qu'il était temps de démarrer les négociations pour un nouvel accord, les réunions ont cessé en raison de l'indisponibilité du président, M. Jo DE COCK. Les premières discussions ont eu lieu le 9 novembre 2015, sans beaucoup d'enthousiasme. Le vendredi midi 4 décembre 2015, Jo DE COCK a rassemblé de manière informelle quelques dirigeants des groupes concernés afin de s'assurer que, malgré le fait que le gouvernement ait décidé de ne pas accorder l'indexation de 0,62 % (ce qui correspond à une économie de 48,827 millions d'euros), il persistait une volonté de maintenir le système d'accords et la concertation.

Les 4 et 14 décembre 2015, un groupe de travail restreint de la médico-mut s'est réuni afin d'esquisser les lignes directrices, ce qui n'a pas été une sinécure. Bien que le taux de (dé)conventionnement était resté relativement stable en 2015, voire s'était amélioré par rapport à l'accord du 23.01.2013, les mutualités ont attaqué frontalement les suppléments d'honoraires sous la direction du tout nouveau président de la MC (depuis le 1^{er} juillet 2015), Luc VAN GORP. Dans leur proposition originale, tous les suppléments devaient être interdits dans les trois ans. L'ABSyM s'y est opposée, contrairement au Cartel et à l'AADM, qui ont gardé le silence.

Le 21 décembre 2015, la médico-mut s'est réunie en plénière. Pour les médecins généralistes, le financement des postes de garde, les soins pour les maladies chroniques et la mise en œuvre des primes pour l'E-Santé restaient des points difficiles. Pour les spécialistes, les mesures d'amélioration de l'accessibilité du patient (comprendre : la suppression planifiée des suppléments à l'instigation des mutualités) ont alimenté un suspense jusque tard dans la nuit. Finalement, la rédaction du point 4.3 : « Mesures en matière d'accessibilité » a été approuvée. D'ici fin 2017, on attend un rapport final de la médico-mut évaluant un certain nombre de défis et y apportant des solutions. Il est indiqué que la médico-mut : « examinera comment un mécanisme de tarifs indicatifs peut être mis en place et quels critères pertinents peuvent être définis pour les suppléments, portés en compte par des médecins hospitaliers, qui ne soient pas directement liés au type de chambre d'hospitalisation ou à la qualité ou l'efficacité des soins ». Les optimistes pensent qu'on entend par là que l'interdiction actuelle de demande de suppléments par des médecins non conventionnés dans des chambres doubles ou salles communes pourrait disparaître. Les réalistes craignent qu'outre le choix d'une chambre individuelle, d'autres conditions seront imposées pour pouvoir prétendre à un supplément.

À l'aube du 22.12.2015, le président Jo DE COCK est parvenu à trouver un terrain d'entente. L'accord pour les années 2016 et 2017 a été signé à 2 h 10¹³⁷. Il inclut la possibilité de dénoncer l'accord de plein droit si le gouvernement portait atteinte aux fondements de l'accord en imposant unilatéralement des économies supplémentaires, en étendant le régime obligatoire du tiers payant ou en modifiant la réglementation actuelle relative aux suppléments. Cette résolution est une première dans l'histoire des accords médico-mut¹³⁸. Le gel par la ministre Maggie DE BLOCK du budget des postes de garde de médecins généralistes approuvé dans le précédent accord a entraîné l'introduction de cette clause contraignante dans le nouvel accord.

7.3.2 Quelques chiffres

L'économie de 48,827 millions d'euros sur l'index (0,63 %) n'a plus fait l'objet de discussions. Dans l'accord précédent pour l'année 2015, un saut d'index de 0,53 % avait été appliqué¹³⁹. Toutefois, on ne pourra rien changer au fait qu'une économie d'index de 1,16 % est moindre que le saut d'index de 2,0 % imposé à la population active.

L'accord impose 20 millions d'euros d'économies à la biologie clinique. Cette économie a été techniquement divisée en deux : 3,959 millions d'euros¹⁴⁰ + 16,041 millions d'euros. Par contre, à l'intérieur du budget des honoraires, le gouvernement met à disposition 25 millions d'euros pour des nouvelles initiatives en cas de conclusion d'un accord pour deux ans, et y rajoute 2 millions d'euros qu'il transfère du plan cancer de la ministre sortante, Laurette ONKELINX, soit au total 27 millions d'euros. En dehors du budget des honoraires mais dans le budget INAMI global, le gouvernement met également 10 millions d'euros à disposition pour le financement des maîtres de stage non universitaires.

Le tableau 5 détaille la répartition de ces 27 millions d'euros : 10,179 millions d'euros (37,7 %) sont accordés aux médecins généralistes, et 16.821 millions d'euros (62,3 %) sont destinés aux spécialistes.

¹³⁷ Voir point 13.1.2. de l'accord médico-mut du 22.12.2015.

¹³⁸ « Moens: "Ce n'est pas un bâton qu'il y a derrière la porte mais un gourdin" », *Le Spécialiste*, 28.01.2016.

¹³⁹ « *Kamer keurt indexsprong goed* ». *De Morgen*, 23.04.2015.

¹⁴⁰ Le montant de 3,959 millions d'euros correspond au montant des tests d'hormonologie prescrits par les médecins généralistes (sauf TSH, T4 libre et beta-HCG). Au départ, ce montant était considéré comme une dépense inadéquate et les tests prescrits par les médecins généralistes n'allaient plus être remboursés. Ce plan a été raisonnablement écarté, mais l'économie a été maintenue. Ces 3,959 millions d'euros sont attribués à de nouvelles techniques d'application dans les conventions diabète, un secteur qui sort du cadre des honoraires et fait l'objet de la surveillance exclusive du Collège des médecins-directeurs des mutualités.

Moyens disponibles	Total
Initiatives accord médico-mut	25 000
Économie biologie clinique convention diabète	-3 959
Transfert convention diabète	3 959
Transfert plan cancer	2 000
Total	27 000

Accord 2016-2017	Total	Médecin généraliste	Spécialiste
Accréditation adaptation au système d'accréditation			
Incapacité de travail les initiatives en matière de concertation tripartite périodique seront encouragées financièrement (budget allocation) trajet multidisciplinaire en matière de <i>burn out</i> sur la base notamment d'études pilotes CTM : proposition relative aux interventions chirurgicales de la colonne vertébrale	150	150	
Soins chroniques collaboration multidisciplinaire entre médecins généralistes, praticiens de l'art infirmier, pharmaciens, etc.			
E-Santé allocation de pratique, prime télématique et prime Sumehr	5 000	5 000	
Médicaments polymédication accord biosimilaires OCT et médicaments ARMD			
DMG suppression DMG+ statut affection chronique et DMG : DMG + 25 euros (45-74 ans) Le ticket modérateur des consultations de médecins généralistes pour les maladies chroniques des non bénéficiaires préférentiels qui disposent d'un DMG seront alignées au ticket modérateur des bénéficiaires préférentiels	- 6 507 9 136 2 400	- 6 507 9 136 2 400	
Soins urgents non programmables			
Nomenclature montant de 6581 millions d'euros injecté pour le financement des initiatives suivantes : tests chimie (fructosamine, cystatine C, iode) - bio clin 596 tests HER2 et EGFR - cancer de l'estomac - bio clin 565 tests hépatite C PCR 251 coupe APD - art 32 280 Typages HLA dans le cadre d'une transplantation - première phase transplantation 1 460 détection des anticorps et crossmatching - deuxième phase de la transplantation 1 525 PCR agents infectieux pendant une transplantation d'organes 800 calprotectine dans les selles 602 Implants ostéo-intégrés - chirurgie - nomenclature 39 Revalorisation du traitement de l'exstrophie vésicale - chirurgie - nom. art. 14 j) 6 Chirurgie abdominale : Extension des indications debulking + extension 444 Suppléments d'honoraires cathéter veineux central <7a - int. 1 Ponction du ganglion lymphatique - Médecine interne - nom. art. 11 12 6 581	6 581		6 581
mycobacterium tuberculosis et appareils à rayonnement alpha 750 supplément d'urgence aux honoraires pour les accouchements naturels 7 000	750 7 000		750 7 000
biologie clinique : économie de 3,959 millions (voir objectif 2016) -3 959 économies supplémentaires biologie clinique (économie globale de 20 millions d'euros) - 16 041 transfert vers convention diabète (voir objectif 2016) 3 959 transfert supplémentaire vers convention diabète (transfert global de 5 millions d'euros) 1 041 honoraires de consultation pour certains soins, petites spécialités 10 000 maladies oncologiques et consultations chirurgie oncologique 2 290 reconstruction mammaire 1 200 adaptation du budget global pour les examens génétiques 2 000	-3 959 - 16 041 3 959 1 041 10 000 2 290 1 200 2 000		-3 959 - 16 041 3 959 1 041 10 000 2 290 1 200 2 000
biomarkers 2 000	2 000		2 000
Total	27 000	10 179	16 821

Marge	0
--------------	----------

Rappel

- maîtres de stage hôpitaux non universitaires
- collaboration première ligne
- postes de garde médecins généralistes

Tableau 5

Et comme d'habitude, un accord médico-mutualiste offre également un statut social. La médico-mut propose à la ministre DE BLOCK de fixer le statut social 2016 à 4.790,23 euros pour les médecins entièrement conventionnés (au lieu de 4.535 euros en 2015) et à 2.259,67 euros pour les médecins partiellement conventionnés (au lieu de 2.200 euros en 2015). Dans les frais administratifs, le budget INAMI prévoit pour le statut social des médecins 131,465 millions d'euros au total¹⁴¹.

Pour les économies en biologie clinique, on a envisagé d'utiliser la technique que les mutualités avaient proposée au Comité de l'assurance du 21 septembre 2015 : économiser 40 millions d'euros dans le secteur ambulatoire et réinvestir 20 millions d'euros dans le secteur hospitalier. Avec cette mesure, les mutualités souhaitent surtout toucher les laboratoires privés extramuraux. Une partie des 20 millions d'euros d'économies en biologie clinique est destinée au budget global des examens génétiques (2 millions d'euros). Cela reste donc dans le secteur de la médecine de laboratoire, mais seuls huit centres de génétique humaine, dont sept sont universitaires, y ont accès.

L'économie de 5 millions d'euros en imagerie médicale prévue dans la proposition de budget 2016 que les mutualités avaient proposé au Comité de l'assurance n'est pas retenue dans l'accord médico-mutualiste. Le danger n'est cependant pas écarté puisque courant 2017 : « des moyens seront débloqués au moyen d'une réorganisation et de la maîtrise des dépenses en matière de CT, de coronarographies et d'échographies ou d'autres prestations, moyens qui seront destinés au financement économiquement efficient de la technique OCT basé sur une analyse d'économie de la santé et sur une analyse des besoins ». ¹⁴² ¹⁴³ Les ophtalmologues et l'ABSyM avaient à juste titre insisté pour obtenir le remboursement de l'Optical Coherence Tomography, un examen nécessaire pour que les patients puissent obtenir le remboursement du Lucentis® ou de l'Avastin® dans le cadre du traitement intravitréal de la malculopathie liée à l'âge. Mais aucun moyen financier supplémentaire n'a été débloqué pour financer cette initiative louable, et on n'a par ailleurs pas relevé le moindre soutien de la part des mutualités, du Cartel ou de l'AADM. Le remboursement de l'OCT pourrait coûter jusqu'à 24 millions d'euros à l'INAMI.

7.3.3 Le seuil d'activité minimal : une peau de banane

Les *insiders* savaient que l'attribution du statut social serait liée à la condition d'atteindre un montant minimum de remboursement de prestations de la nomenclature INAMI. Les discussions en la matière avaient déjà cours fin 2014 à la médico-mut. L'ABSyM était toujours très sceptique quant à cette condition. À l'origine de cette obligation, on avait constaté des cas de médecins qui ne prestaient pas ou peu d'activités INAMI mais obtenaient tout de même leur statut social. C'était notamment le cas pour certains médecins-conseils des mutualités.

Cet abus a entretemps été rendu impossible. La loi du 17.07.2015 exclut par exemple expressément les médecins-conseils des mutualités¹⁴⁴ du droit d'acquisition du statut social. La loi est entrée en

¹⁴¹ INAMI note CGSS 2015/086 du 08.12.2015. « Prévisions budgétaires pour l'assurance soins de santé. Année budgétaire 2016. »

¹⁴² *Optical coherence tomography*.

¹⁴³ Point 4.2.6. de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2015.

¹⁴⁴ L'article 54 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 a été remplacé par l'article 32 de la loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé. Art. 32 : « L'article 54, § 1^{er}, alinéa 1^{er} est complété par la phrase suivante : "Sont en tout cas exclus du bénéfice de ces avantages sociaux, les

vigueur le 27.08.2015. Mais la liste des montants minimums existe encore. Pour les spécialistes, le seuil minimum oscille entre 25.000 euros et 75.000 euros¹⁴⁵. Cependant, l'arrêté royal qui devait annoncer le nouveau règlement relatif à l'attribution du statut social pour les médecins est resté dans les starting-blocks. Au moment de la publication de l'accord du 22.12.2015 au Moniteur belge du 27 janvier 2016, il est apparu clair que l'arrêté royal annexe pourrait n'être publié que dans plusieurs mois. Par conséquent, la ministre DE BLOCK a décidé de reporter cette liaison d'un an^{146,147,148}.

Au sein de l'INAMI, un groupe de travail multidisciplinaire esquisse les principes généraux liés à l'attribution d'un statut social. Des minimas sont proposés pour les médecins tandis que d'autres prestataires proposent également des maximas, à savoir les kinésithérapeutes. Les dentistes ont eux-mêmes introduit des maximas dans leur nomenclature¹⁴⁹.

Dans le cadre des minimas, l'ABSyM avait émis un certain nombre de remarques concernant des collègues qui perdraient leur statut social à tort, mais on en a tenu compte qu'en partie. Si dans un service médico-technique, le chef de service atteste tout à son nom, ses collègues n'atteignent pas le seuil minimum. Si un minima ou un maxima devait être imposé, les deux groupes auraient des raisons de se plaindre. Certains urgentistes craignent de ne pas atteindre les seuils minimums ; en raison d'une interdiction de cumul dans la nomenclature, et en conséquence de la répartition de tâches dans l'organisation des services d'urgence, l'attestation de prestations techniques plus onéreuses n'est pas équitablement répartie entre tous les médecins urgentistes. On peut craindre des problèmes dans ces groupes également si des minimas (et/ou des maximas) étaient institués. Des médecins-chefs ou chefs de services qui ont beaucoup de tâches administratives et donc plus qu'une pratique clinique limitée craignent eux aussi de perdre leur statut social.

La cellule politique de la ministre DE BLOCK renvoie le projet d'arrêté royal sur les seuils d'activités minimum à la médico-mut. Cela ne doit pas être l'occasion d'en abuser et de mettre en œuvre des maximas, ce qui constituerait l'image en miroir des problèmes existant avec les minimas. On a entretemps trouvé une solution à la raison qui a prévalu pour justifier cette mesure. Puisque cette règle n'est pas introduite en 2016, il serait logique que la ministre DE BLOCK décide d'instaurer une indexation classique du statut social. De juin 2014 à juin 2015, l'index s'est élevé à 0,63 %, si bien que le statut social pour le médecin entièrement conventionné passerait à 4.563,57 euros, et à 2.213,86 euros pour le médecin partiellement conventionné, soit respectivement 226,66 euros et 45,81 euros de moins que ce qui a été proposé à la ministre DE BLOCK via l'accord¹⁵⁰.

7.3.4 Coûts administratifs : les mutualités en conflit avec le gouvernement Michel¹⁵¹

médecins-conseils, les médecins- directeurs auprès des organismes assureurs, les médecins chargés de missions de contrôle ou exerçant leur fonction pour une institution publique ressortissant à l'État fédéral ou à une entité fédérée, hormis les institutions de soins". »

¹⁴⁵ Annexe I de la note CGV 2015/305 du 21.09.2015.

¹⁴⁶ « Statut social des médecins : le seuil d'activité entrera en vigueur en 2017 », Site Internet de l'INAMI, message du 04.02.2016.

¹⁴⁷ « *Invoering activiteitsdrempel is uitgesteld* », *Artsenkrant*, 12.02.2016.

¹⁴⁸ « Statut social : l'Inami joue la prudence », *Le Spécialiste*, 11.02.2016.

¹⁴⁹ Le § 17 de l'article 6 de la nomenclature des prestations de santé a entériné le 01.07.2015 un coefficient de pondération P qui ne peut être dépassé.

¹⁵⁰ Point 8 de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2015.

¹⁵¹ « *Ziekenfondsen op ramkoers met regering-Michel* », *De Specialist*, 26.08.2015.

Entre 2015 et 2016, les mutualités perdront 20,178 millions d'euros, soit 1,85 % de leurs frais d'administration (voir Tableau 6). Sur une période de cinq ans, le gouvernement souhaite économiser 100 millions d'euros sur un montant de 1.088.389 millions d'euros de frais administratifs, soit 9,19 %. Nous pouvons déduire du tableau que les dépenses en frais administratifs des mutualités entre 1986 et 2016 ont augmenté de près de 140 % et que les dépenses des honoraires des médecins augmentent de près de 225 %. Les citoyens/patients sont par essence difficilement classables dans des processus informatiques automatisés. On peut moins économiser sur les soins mêmes que sur leur traitement administratif.

Dépenses en frais administratifs de toutes les mutualités contre dépenses INAMI en honoraires de médecins (en millions d'euros) (en valeur nominale)

Année	Frais administratifs O.A.*		Dépenses INAMI honoraires de médecins	
	Montant	Augmentation par rapport à l'année précédente en %	Montant	Augmentation par rapport à l'année précédente en %
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
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	*7.453,90	+2,59
2014	1.070,390	+ 2,41	**7.599,02	+1,95
2015	1.088,389	+1,68	**7.636,75	+0,50
2016	1.068,211	-1,85	***7.886,13	+3,27

Tableau 6

* Anciens rapport et loi-programme (I) (1) du 26.12.2015 (MB 30.12.2015)

° Note CGSS 2015/035. Rapport normalisé relatif aux dépenses prévues pour l'année 2014 (audit permanent), partie 2, 24.06.2015.

°° Note CGV 2016/022. Évolution des dépenses mensuelles de l'assurance soins de santé, 18.01.2016.

°°° Note CGSS 2015/073, budget 2016, 12.10.2015.

Les mutualités se sont exprimé tous azimuts dans les médias. Jean-Pascal LABILLE, ex ministre PS des Entreprises publiques, de la Coopération au Développement et de la Politique des Grandes Villes, et actuellement secrétaire général des mutualités socialistes, estime que la sécurité sociale serait en danger¹⁵². Jean HERMESSE, son homologue de la mutualité chrétienne, a expliqué que les économies coûteront davantage qu'elles ne rapporteront¹⁵³, soutenu par Luc VAN GORP – critique vis-à-vis du CD&V¹⁵⁴ ami et partenaire au gouvernement – et que les mutualités devront supprimer 2.000 emplois¹⁵⁵. Les mutualités ne payent-elles véritablement leurs employés que 10.000 euros par an ? Devons-nous dans ce cas prendre au sérieux l'économiste Jean HERMESSE quand il déclare qu'en Belgique, 10.000 lits sont superflus ?

Le tout nouveau président de la MC, Luc Van GORP, a déclaré lors de sa première interview à la presse médicale que la mise en œuvre du régime obligatoire du tiers payant change fondamentalement le rôle des mutualités¹⁵⁶. D'une part, il évoque l'accès amélioré aux soins, mais il indique aussi par ailleurs le risque d'abus, comme l'ABSyM et moi-même le disons et l'écrivons depuis déjà trente ans et comme certains excès dans l'art dentaire le prouvent depuis des années. Les hommes politiques voient surtout dans le régime du tiers payant une possibilité de réduire les coûts administratifs des mutualités. Les médecins travaillent de plus en plus pour les mutualités, avec des enregistrements de toutes sortes, mais sans aucune indemnisation.

7.3.5 L'accréditation et les chiffres qui en découlent

Les spécialités qui enregistrent les plus haut pourcentages de collègues accrédités (voir Tableau 7) sont les mêmes que dans l'édition précédente (gériatrie, pneumologie, ophtalmologie, gastro-entérologie et oncologie médicale), mais toutefois, l'ordre change. Ce sont les oncologues médicaux qui enregistrent pour la deuxième fois le plus fort pourcentage d'augmentation de spécialistes accrédités : + 6,26 %. En tête l'année dernière, les gériatres, qui affichaient un taux de 79,86 % d'accrédités, enregistrent également une forte augmentation de 3,58 % pour atteindre le taux de 83,44 %, et conservent ainsi leur position.

¹⁵² « Oui, la Sécurité sociale est en danger », *Le Soir*, 27.08.2015.

¹⁵³ « Les mutuelles sous pression », *La Libre Belgique*, 01.12.2006.

¹⁵⁴ « Topman CM zet CD&V onder druk », *De Standaard*, 03.08.2015.

¹⁵⁵ « Les mutuelles vont devoir supprimer 2000 emplois », *La Libre Belgique*, 26.01.2016.

¹⁵⁶ « Derde betalen verandert rol ziekenfondsen fundamenteel », *Artsenkrant*, 23.10.2015.

Comparaison du nombre de médecins accrédités 01.02.2016 - 01.02.2015

2 0 1 6		Nombre de médecins actifs		Nombre de médecins accrédités		% de médecins accrédités		% différence 2015-2016
		01.02.2016	01.02.2015	01.02.2016	01.02.2015	01.02.2016	01.02.2015	
	Médecins 000 & 009	1.721	1.768	0	0	0	0	0
	Médecins généralistes 001-002	1.464	1.492	0	0	0	0	0
	Médecins généralistes accrédités 003-004-007-008	14.525	14.378	10.392	10.001	71,55	69,56	+1,99
	Médecins en formation 005-006	1.035	873	0	0	0	0	0
	TOTAL	18.745	18.511	10.392	10.001	55,44	54,03	+1,41
	Médecins spécialistes en formation (MSF)	4.758	4.434	4	1	0,08	0,02	+0,06
1	Gériatrie	308	293	257	234	83,44	79,86	+3,58
2	Oncologie médicale	252	241	204	180	80,95	74,69	+6,26
3	Pneumologie	567	543	449	419	79,19	77,16	+2,03
4	Gastro-entérologie	718	704	552	528	76,88	75,00	+1,88
5	Ophtalmologie	1.176	1.149	903	864	76,79	75,20	+1,59
6	Neurologie	584	555	443	410	75,86	73,87	+1,99
7	Rhumatologie	245	238	184	176	75,10	73,95	+1,15
8	Dermato-vénérologie	787	776	589	565	74,84	72,81	+2,03
9	Radiologie	1.757	1.720	1.302	1.204	74,10	70,00	+4,10
10	O.R.L.	699	699	515	477	73,68	68,24	+5,44
11	Médecine physique et physiothérapie	537	530	387	371	72,07	70,00	+2,07
12	Cardiologie	1.171	1.150	830	771	70,88	67,04	+3,84
13	Anatomie pathologique	349	343	246	228	70,49	66,47	+4,02
14	Psychiatrie	2.010	1.965	1.356	1.270	67,46	64,63	+2,83
15	Radiothérapie	220	214	148	140	67,27	65,42	+1,85
16	Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1.748	1.699	1.148	1.072	65,68	63,10	+2,58
17	Urologie	443	432	288	272	65,01	62,96	+2,05
18	Médecine nucléaire	331	334	215	202	64,95	60,48	+4,47
19	Gynécologie-obstétrique	1.586	1.561	1.015	938	64,00	60,09	+3,91
20	Anesthésie	2.147	2.114	1.369	1.267	63,76	59,93	+3,83
21	Médecine aiguë et médecine d'urgence	904	881	553	514	61,17	58,34	+2,83
22	Biologie clinique	630	636	379	379	60,16	59,59	+0,57
23	Orthopédie	1.097	1.077	660	599	60,16	55,62	+4,54
24	Pharmaciens-biologistes	668	653	389	360	58,23	55,13	+3,10
25	Médecine interne + endocrin.-diabet.	1.652	1.590	929	870	56,23	54,72	+1,51
26	Neurochirurgie	224	217	113	105	50,45	48,39	+2,06
27	Chirurgie	1.552	1.534	752	699	48,45	45,57	+2,88
28	Stomatologie	346	340	146	134	42,20	39,41	+2,79
29	Chirurgie plastique	291	279	96	88	32,99	31,54	+1,45
30	Neuropsychiatrie	205	219	41	43	20,00	19,63	-0,37
31	Autres spécialités	67	70	12	14	17,91	20,00	+2,09
	TOTAL SPÉCIALISTES	25.271	24.756	16.470	15.393	65,17	62,18	+2,99
	TOTAL SPÉCIALISTES + MSF	30.029	29.190	16.474	15.394	54,86	52,74	+2,12
	TOTAL	48.774	47.701	26.866	25.395	55,08	53,24	+1,84

Source : Groupe de direction de l'accréditation INAMI 20.01.2016 et rapport annuel du GBS 07.02.2015 -

Tableau 7

Globalement, le taux d'accréditation a légèrement augmenté par rapport à 2014, mais, par rapport à la moyenne des vingt dernières années, qui continue à fluctuer autour de 55,11 %¹⁵⁷, il n'y a pas de différence

¹⁵⁷ Voir les rapports annuels du GBS précédents, entre autres « Feu bleu pour le changement ». Rapport annuel 2014,

significative.

On peut émettre quelques remarques sur la comparaison des chiffres 2015-2016, principalement en ce qui concerne le nombre absolu de médecins par spécialité. Le nombre d'oto-rhino-laryngologistes s'élève encore à 699. Cela signifie probablement que les ORL sont aussi nombreux à commencer dans la profession qu'à partir à la retraite. Le nombre d'accrédités augmente cependant significativement (de 5,44 %), ce qui là aussi pourrait signifier qu'un certain nombre de jeunes collègues arrivent dans la profession, étant donné que les jeunes médecins reçoivent automatiquement leur accréditation pour une année s'ils introduisent leur demande auprès de l'INAMI dans les trois ans après leur agrément.

Le nombre de médecins spécialistes en formation augmente de 18,6 % par rapport à 2015, passant de 873 à 1.035. La tendance à l'augmentation se confirme donc, puisque de 2014 à 2015, le nombre avait également augmenté, passant de 779 à 873, soit une augmentation de 12,1 %.¹⁵⁸. Le nombre de spécialistes en formation continue d'augmenter, mais plus lentement que chez les médecins généralistes : de 4.434 à 4.758 (soit + 7,3 %) de 2015 à 2016 et de 4.385 à 4.434 (soit + 1,1 %) de 2014 à 2015.

Le nombre de spécialités agréées continue d'augmenter dans toutes les disciplines, excepté chez les neuropsychiatres et les biologistes cliniques. Ces deux phénomènes ont déjà été signalés dans nos rapports annuels. Depuis 1995, on ne peut plus agréer de neuropsychiatres étant donné que les disciplines de neurologie et de psychiatrie ont été séparées, ce qui a entraîné une diminution du nombre de neuropsychiatres d'année en année. Il est passé de 219 à 205 de 2015 à 2016. Le nombre de biologistes cliniques connaît aussi une diminution : de 636 à 630, soit - 1 %. La commission de planification de l'offre médicale avait elle aussi remarqué cette diminution.¹⁵⁹.

Il est peut être nécessaire de rappeler que l'accréditation et le conventionnement des médecins sont deux choses complètement indépendantes. Tant le médecin conventionné que le médecin non conventionné peut acquérir son accréditation.

Conformément au point 6 de l'accord médico-mutualiste, un groupe de travail mixte de la Commission nationale médico-mutualiste et du Conseil National de Promotion de la Qualité (CNPQ) doit réviser en profondeur le système d'accréditation pour pouvoir répondre aux nouveaux besoins des prestataires de soins tels que, par exemple, les soins multidisciplinaires, les soins intégrés pour les malades chroniques, l'informatisation, l'échange de données, etc. L'accréditation est également mentionnée au point « soins efficaces ».¹⁶⁰. Le système doit évoluer vers un système de développement professionnel permanent. La Belgique était un pionnier absolu en 1993 avec son système d'accréditation, mais entretemps, elle a pris du retard par rapport à ses pays voisins. Ce retard doit être rattrapé, même si le système ne peut en aucun cas évoluer vers une re-certification obligatoire, comme c'est le cas aux États-Unis ou au Royaume-Uni par exemple.

8 Procédures juridiques

8.1 Introduction

Une demande en annulation n'est introduite auprès du Conseil d'État ou de la Cour constitutionnelle, qu'après avoir reçu un avis juridique externe concernant les chances d'une issue favorable.

07.02.2015., point 6.15.

¹⁵⁸ « Feu bleu pour le changement ». Rapport annuel 2014, 07.02.2015., point 6.15., tableau 17.

¹⁵⁹ Voir « Réflexions sur le cadastre des médecins spécialistes en biologie clinique », le Médecin Spécialiste n° 6, novembre 2015.

¹⁶⁰ Point 1.2.4. de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2015.

Cependant, cet avis ne constitue en aucun cas une garantie de succès. Nous savons par expérience que le Conseil d'État et la Cour constitutionnelle ne nous donnent raison que rarement. Dans la grande majorité des affaires introduites, la demande a été rejetée. Mais si cela peut nous reconforter, il s'agit d'un phénomène général qui n'est pas limité au secteur médical. Et même si la demande est rejetée, on peut parfois trouver une note positive dans le dispositif de jugement de l'arrêt. Malgré le fait qu'en 2015 nous avons systématiquement fait chou blanc nous essayons de souligner çà et là un élément positif, même si nous devons parfois nous contenter de miettes.

8.2 Jugements

8.2.1 Pensions^{161,162}

Le cumul illimité d'une pension avec des revenus professionnels a été associé, dans un arrêté du 6 juin 2013, à la justification de 42 ans de carrière. Pour les médecins et pour de nombreuses autres personnes qui ont suivi des études universitaires, il est mathématiquement impossible de justifier de 42 ans de carrière à l'âge de 65 ans, d'autant plus que les médecins candidats spécialistes ne bénéficient pas d'un statut social à part entière mais travaillent dans le cadre d'un statut *sui generis*. Au cours de leur formation, les candidats ne peuvent pas cumuler de droits à la pension.

Le Conseil d'État a décidé qu'à la suite de l'arrêté de modification du 18 janvier 2015¹⁶³, l'objet de la demande des parties n'avait plus de fondement et l'a donc rejetée¹⁶⁴. En effet, en vertu de cet arrêté, tous les pensionnés âgés d'au moins 65 ans ou ayant 45 ans de carrière derrière eux peuvent percevoir des rentrées complémentaires illimitées sans perdre leurs droits à la pension.

8.2.2 Maladies rares¹⁶⁵

Une fonction de « maladies rares » ne peut être agréée ou ne peut conserver son agrément que dans un hôpital qui dispose d'un centre de génétique humaine¹⁶⁶. Tous les hôpitaux non-universitaires sont *de facto* exclus étant donné qu'un centre de génétique humaine ne peut être exploité que par un hôpital universitaire¹⁶⁷. L'« Institut de pathologie et génétique asbl » constitue la seule exception¹⁶⁸.

Le Conseil d'État indique que l'arrêté controversé ne limite pas en soi l'agrément d'une fonction « maladies rares » aux hôpitaux universitaires dans la mesure où l'arrêté prévoit expressément une exception dans la mesure où dans une région, seule *une* fonction « maladies rares » peut être agréée. En effet, si au sein d'une région, seul un hôpital dispose d'un centre de génétique humaine agréé,

¹⁶¹ Voir antécédents : rapport annuel 2013 du GBS : « Et encore une année passée au "bashing" des médecins », point 6.1.1.

¹⁶² Arrêté royal du 6 juin 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).

¹⁶³ Arrêté royal du 18 janvier 2015 modifiant l'article 107 de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants (MB 23.01.2015).

¹⁶⁴ Arrêt du Conseil d'État n° 231.507 du 10 juin 2015.

¹⁶⁵ Voir historique : rapport annuel 2014 du GBS : « Feu bleu pour le changement », point 7.4.3.

¹⁶⁶ AR du 25.04.2014 fixant les normes auxquelles une fonction « maladies rares » doit répondre pour être agréée et le rester (MB 08.08.2014).

¹⁶⁷ Arrêté royal du 14 décembre 1987 fixant les normes auxquelles les centres de génétique humaine doivent répondre (MB 25.12.1987).

¹⁶⁸ Avenue Georges Lemaître 25, 6041 Gosselies.

une fonction supplémentaire « maladies rares » peut exceptionnellement y être agréée, à condition que cet hôpital dispose d'un accord de coopération juridique formalisé avec un centre de génétique humaine agréé. Étant donné qu'en Wallonie, seul l'hôpital universitaire de Liège dispose d'un centre de génétique humaine, une fonction « maladies rares » peut être agréée dans un hôpital non-universitaire wallon. Ce n'est pas le cas dans la région flamande ni dans la région bruxelloise.

Le Conseil d'État conclut que dans la mesure où il est indiscutable que 80 % des maladies rares sont de nature génétique, on ne peut nier que la condition de disposer d'un centre de génétique humaine est étroitement liée au traitement. Le fait que toutes les maladies rares ne sont pas de nature génétique ne porte pas préjudice à cette constatation ; c'est pour ce motif que le Conseil d'État a rejeté l'appel¹⁶⁹.

8.2.3 Nouvelles tâches du médecin-chef^{170,171}

Le Moniteur belge du 8 août 2014 – bien connu des médecins spécialistes –, qui ne compte pas moins de 40 arrêtés concernant notre secteur, contient également une extension importante des tâches du médecin spécialiste¹⁷². Cet arrêté méconnaît selon nous les compétences du conseil médical, qui doit veiller à ce que les médecins hospitaliers apportent leur collaboration à des mesures prises pour favoriser et évaluer la qualité de la médecine exercée dans l'hôpital. L'arrêté contesté accorde au médecin-chef la compétence d'organiser un audit médical ciblé sans aucune concertation avec le conseil médical lorsqu'il estime que la bonne gestion des risques et la sécurité des patients dans le département médical sont menacées. Le Conseil d'État estime que les compétences du Conseil médical et du médecin-chef peuvent être exercées en parallèle.

Le médecin-chef se voit également attribuer la compétence d'établir un dossier personnel pour chaque médecin. Outre un certain nombre de données purement administratives, ce dossier comprend des éventuelles évaluations de performance. Le Conseil d'État indique que dans la mesure où l'arrêté contesté n'organise pas en tant que tel le système d'évaluation de performance et n'impose pas non plus la réalisation d'une évaluation de performance, il n'existe pas de fondement juridique pour supprimer cette disposition. Le droit de consultation du médecin et la possibilité de formuler d'éventuelles remarques relatives à cette évaluation de performance doivent être précisés dans la réglementation qui organise de telles évaluations de performance.

8.2.4 Pratiques non conventionnelles^{173,174}

Dans les arrêts auxquels il est fait référence aux points 7.1 et 7.2, l'intérêt des organisations de médecins dans l'introduction de la requête a systématiquement été reconnu et la requête déclarée recevable. Sur la base d'une analyse des arguments juridiques invoqués, la demande d'annulation a été déclarée infondée par le Conseil d'État et a donc été rejetée. Il convient toutefois de signaler que ces arrêts ont été prononcés par une chambre francophone du Conseil d'État. C'est donc un zéro pointé sur toute la ligne, mais comme annoncé dans l'introduction, nous souhaitons mettre

¹⁶⁹ Arrêt du Conseil d'État n° 232.208 du 16 septembre 2015.

¹⁷⁰ Voir historique : rapport annuel 2014 du GBS : « Feu bleu pour le changement », point 7.4.4.

¹⁷¹ Arrêt du Conseil d'État n° 232.883 du 10.11.2015.

¹⁷² A.R. du 25 avril 2014 modifiant l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987 (MB 08.08.2014).

¹⁷³ Voir historique : Rapport annuel 2014 du GBS : « Feu bleu pour le changement », point 7.4.1.

¹⁷⁴ Arrêté du Conseil d'État n° 232.565 du 15 octobre 2015.

d'avantage en lumière les éléments positifs : les intérêts des organisations de médecins qui avaient introduit la demande en annulation ont été reconnus de manière incontestable.

Une réaction d'incrédulité a prévalu à la lecture du compte rendu de l'auditeur et à celle de l'arrêt qui s'en est suivi rendu par une chambre néerlandophone du Conseil d'État, qui conclut à l'absence d'intérêt pour une organisation de médecins à demander l'annulation d'un arrêté qui établit les conditions générales régissant l'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles. S'agit-il d'une autre conception des intérêts des organisations de médecins dans la défense des intérêts individuels et collectifs de leurs membres ? Ou d'un lobbying efficace d'intermédiaires qui représentent les pratiques non-conventionnelles ? Ou encore d'une manière pratique de ne pas à avoir à analyser sur le fond les arguments invoqués, ce qui, compte tenu des nombreuses parties intervenantes, aurait pris beaucoup de temps ?

Les médecins doivent maintenant faire confiance au bon sens du médecin généraliste et de la ministre de la Santé publique, Maggie DE BLOCK, pour éviter une croissance effrénée des pratiques non conventionnelles. Si les décisions de la ministre dans cette matière sont prises avec une approche EBM¹⁷⁵, comme elle l'a fait savoir par le passé, les médecins peuvent être rassurés pour la période de la législature en cours. Maggie DE BLOCK pourrait peut-être recommander cette règle d'EBM au ministre Philippe MUYTERS, qui est compétent au sein du gouvernement flamand pour la formation professionnelle. On peut ainsi éviter le subventionnement de formations de santé pseudo-scientifiques^{176,177}. Cela permettrait une économie dans le budget flamand. Cela éviterait également que des charlatans avec une formation pseudo-scientifiquement fondée ne trompent des patients et n'engendrent des dépenses de santé supplémentaires pour le gouvernement (fédéral).

8.3 Affaires à venir et en cours

8.3.1 TVA sur les interventions et traitements esthétiques

La TVA sur les interventions et traitements esthétiques a été incluse dans l'accord de gouvernement du 9 octobre 2014 sous la pression du CD&V. Le Point 4.1.5 prévoit expressément : « *La base imposable pour la perception de la TVA sera élargie : l'exemption de la TVA pour les services médicaux dans le domaine de la chirurgie et des traitements à vocation esthétique sera abrogée.* » Dans sa déclaration gouvernementale du 14 octobre, le Premier ministre Charles MICHEL a littéralement déclaré : « Nous ajusterons la TVA sur les opérations esthétiques. »¹⁷⁸

Sauf si les autres partis étaient prêts à en payer le prix politique, il apparaissait clair que ce dossier finirait sur l'agenda politique de cette législature. Il a été pour la première fois mis à l'agenda du conseil ministériel du 21 mai 2015. Au vu des obligations européennes du Premier ministre, ce point a été reporté à une réunion ultérieure. Pourtant, fin août 2015, les cabinets du ministre des Finances, Johan VAN OVERTVELDT (N-VA) et de la ministre de la Santé publique, Maggie DE BLOCK (Open VLD)

¹⁷⁵ « *Geneeskunde is evidence based: wat daarbuiten valt wordt niet terugbetaald* ». Interview (partie 4) de Maggie De Block; MediQuality 29.06.2015.

¹⁷⁶ « *Alternatief instituut opnieuw in opspraak met gevaarlijke kankertherapie. Levensbedriegend: de Levensschool.* » De Morgen, 06.02.2016.

¹⁷⁷ « *Kwarkzalverij à volonté* ». De Morgen, 9.02.2016.

¹⁷⁸ http://www.presscenter.org/files/ipc/media/source6892/Declaration_gouvernementale_-_Regeringsverklaring.pdf, page 9.

indiquaient encore que la réalisation technique se heurterait à de gros problèmes. C'est probablement la raison pour laquelle le dossier des interventions esthétiques l'a échappé belle au premier tour des négociations sur le taxshift. Le dossier a malgré tout été repêché sans qu'une solution pratique n'ait été trouvée. Cette mesure purement fiscale doit en effet générer 80 millions d'euros.

Le 13 novembre 2015, une grande délégation de l'union professionnelle des médecins spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a été reçue, avec Fanny VANDAMME, par l'administration de la TVA ainsi que par le cabinet du ministre des Finances, J. VAN OVERTVELDT. Quelques fonctionnaires de l'INAMI ont également participé à la réunion organisée par l'administration de la TVA. Les informations fournies n'étaient pas cohérentes – pire même, elles étaient contradictoires sur certains points fondamentaux. Les organisations faïtières d'hôpitaux ont été entendues quelques jours plus tard par l'administration de la TVA et le cabinet. Leur enthousiasme était au plus bas.

La loi du 26 décembre 2015 relative aux mesures visant au renforcement de la création d'emplois et du pouvoir d'achat a été publiée le 30 décembre 2015.

L'article 44 du code de la TVA est réécrit.

« § 1. Sont exemptées de la taxe, les prestations de services effectuées dans l'exercice de leur activité habituelle par les personnes suivantes :

1° les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes.

L'exemption visée au 1°, ne vise pas les prestations de services effectuées par des médecins ayant pour objet des interventions et traitements à vocation esthétique :

a) lorsque ces interventions et traitements ne sont pas repris dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ;

b) lorsque ces interventions et traitements bien que repris dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, ne répondent pas aux conditions pour donner droit à un remboursement conformément à la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

../....

1. a) l'hospitalisation et les soins médicaux ainsi que les prestations de services et les livraisons de biens qui leur sont étroitement liées, effectués dans l'exercice de leur activité habituelle par les établissements hospitaliers et psychiatriques, les cliniques et les dispensaires.

Sont exclus de l'exemption visée au

a) l'hospitalisation et les soins médicaux ainsi que les prestations de services et les livraisons de biens qui leur sont étroitement liées qui concernent les interventions et traitements visés au paragraphe 1^{er}, 1°, alinéa 2 (on fait ici référence au texte ci-dessus).

La mesure est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, soit 48 heures après sa publication au Moniteur belge. Cela a donc laissé tout le temps aux prestataires de soins et aux hôpitaux pour assimiler la nouvelle mesure TVA, organiser un dédoublement de leur comptabilité et demander un numéro de TVA : que faire d'autre une veille de nouvel an ?

Le 21 janvier 2016, Pierre MOULIGNEAUX, conseiller aux impôts indirects et collaborateur du ministre Johan VAN OVERTVELT, a demandé aux organisations de médecins de communiquer le règlement transitoire particulier à ses membres.

« Dans le cadre des inquiétudes exprimées par le groupe professionnel, le ministre des Finances fait savoir qu'une réglementation transitoire réaliste contenant les modalités suivantes est prévue :

- l'identification TVA des assujettis concernés est réputée valable si elle se fait dans la période allant du 5 janvier 2016 au 29 février 2016 ;

- les traitements visés dispensés par des médecins et hôpitaux restent exemptés de TVA si les conditions suivantes sont remplies de manière cumulative :

* il existe, au plus tard le 29 février 2016, un accord avec le patient pour prester l'intervention/le traitement à une date précise ;

* l'intervention/le traitement est effectivement réalisé(e) au plus tard le 30 juin 2016 ».

Au moment de la finalisation de ce rapport¹⁷⁹, cette communication du SPF Finances n'est pas encore disponible au grand public, ni sur le site Internet du SPF ni sur celui du cabinet VAN OVERTVELT.

Malgré le message mentionné plus haut, il faut trouver une solution aux problèmes pratiques réels qui persistent. Le premier problème consiste à établir une définition correcte du terme « intervention esthétique ». Qu'en sera-t-il des interventions qui ne sont pas purement esthétiques, mais qui ont également un objectif thérapeutique? Concrètement, qui décidera si une intervention revêt un objectif thérapeutique ou non? Les médecins sont liés par le secret professionnel ; Les services fiscaux n'ont pas accès au dossier patient.

Outre les interventions chirurgicales ou traitements de nature esthétique, les prestations *liées* à cette intervention ou traitement sont également assujetties à la TVA. Par conséquent, outre celles des chirurgiens plasticiens, les prestations des anesthésistes, biologistes cliniques, cardiologues et autres médecins spécialistes liés à ces interventions et traitements esthétiques sont également assujettis à la TVA. Les honoraires forfaitaires de biologie clinique et de radiologie par admission et/ou par jour de soins et le forfait des médicaments par admission seront assujettis à la TVA. L'extension de l'assujettissement à la TVA concerne également les prestations d'hôtellerie, y compris l'éventuel passage par un service de soins intensifs. Si, en postopératoire, un abcès ou autre complication devait se développer, les soins postopératoires, pour autant qu'ils se manifestent après l'admission originelle, ne seraient pas assujettis à la TVA.

Par interventions esthétiques, on pense en premier lieu aux interventions réalisées par des chirurgiens plasticiens. La réglementation sera également d'application pour tous les médecins qui réalisent des interventions esthétiques, tels que les médecins généralistes, les ophtalmologues, les ORL, les dermatologues, les gynécologues, les stomatologues, etc. Cela rend le dossier très complexe. La réglementation est uniquement d'application sur les prestations réalisées par des médecins. Les dentistes restent exemptés. Le blanchiment des dents réalisé par les dentistes n'est donc pas assujetti à la TVA. En revanche, la même prestation réalisée par un stomatologue est assujettie. Il s'agit d'une discrimination pure et simple.

Afin de formuler une réponse à ces questions et à bien d'autres qui se posent sur le terrain, le cabinet et/ou l'administration de la TVA travaillent à la rédaction d'une circulaire administrative. Les organisations de médecins et organisations faïtières d'hôpitaux ont été invitées à formuler leurs remarques sur un projet de circulaire pour le 5 février au plus tard. En raison des vacances de carnaval du 8 au 14 février 2016 et de l'absence de différents collaborateurs, les discussions pourront

¹⁷⁹ 12.02.2016.

reprendre au plus tôt dans le courant de la troisième semaine de février 2016.

Lorsqu'on a lui a demandé, lors de la réunion du comité directeur de l'INAMI du 21.12.2015, de s'expliquer sur la mise en œuvre chaotique de la mesure sur la TVA, Pedro FACON, chef de cabinet de la ministre DE BLOCK, s'est excusé de cette mauvaise gestion¹⁸⁰. Lors de la réunion suivante du Comité de l'assurance du 11.01.2016, Pedro FACON a confirmé que Jo DE COCK, administrateur général de l'INAMI, avait envoyé une lettre au ministre VAN OVERTVELDT et que la cellule politique de la ministre DE BLOCK avait immédiatement pris contact avec la cellule politique du ministre Johan VAN OVERTVELDT¹⁸¹.

Entretemps, le comité directeur du GBS a décidé d'appuyer la demande en annulation auprès de la Cour constitutionnelle contre la loi du 26 décembre 2016. Deux choses sont sûres. La première : la loi relative aux mesures visant au renforcement de la création d'emplois et du pouvoir d'achat induira en tout état de cause la création d'emplois de comptables et de personnel hospitalier administratif. Malheureusement, ce personnel supplémentaire n'est pas financé par les autorités qui imposent cette loi. La seconde : pour les médecins, cette loi de taxshift ne peut être minimisée, contrairement à ce que VOKA¹⁸², par le biais de son directeur, Hans MAERTENS, a affirmé. Le taxshift ne sera pas un détail dans l'histoire de l'exercice de la profession médicale¹⁸³ ; il constitue un premier pas vers davantage de TVA et de commercialisation dans les soins de santé.

8.3.2 Désinfection du matériel endoscopique

Au cours des dernières années, l'Agence Soins et Santé de la communauté flamande a mis au point un certain nombre de cadres d'exigences utilisés par l'inspection de Zorginspectie. L'un des cadres d'exigences concerne la désinfection du matériel endoscopique.

En 2013, le Dr Jean-Louis COENGRACHTS, président de l'union professionnelle des gastro-entérologues a pu participer aux activités préparatoires du groupe de travail sur la désinfection du matériel endoscopique. Ce type de matériel n'est pas uniquement utilisé par les gastro-entérologues ; il est aussi utilisé par les médecins ORL, pneumologues, urologues et autres. Ce groupe de travail comptait une trentaine de participants. Faisaient partie de ce groupe de travail : des infirmiers, des pharmaciens, des représentants d'organisations de patients et des hygiénistes. Pour autant que le Dr J. -L. COENGRACHTS ait pu le vérifier, ce groupe de travail ne comportait quasiment pas de médecins. Il a personnellement participé à trois réunions du groupe de travail. Pour ce cadre d'exigences, la communauté flamande a systématiquement opté pour les exigences les plus strictes sans que celles-ci ne soient analysées dans le contexte de l'EBM.

La désinfection du matériel endoscopique nécessite une installation onéreuse. Le Dr J. -L. COENGRACHTS a également abordé le problème du financement de ces exigences de qualité. Pour certaines prestations, les coûts liés à la désinfection du matériel sont plus élevés que l'honoraire total de ces prestations. La communauté flamande a rapidement fait savoir que le financement de ces exigences de qualité constituait une matière fédérale et non communautaire.

Grâce à son lobbying actif, l'union professionnelle de gastro-entérologie, avec le soutien du GBS, a

¹⁸⁰ Notes de la réunion du Comité de l'assurance du 21 décembre 2015. 2015/18.

¹⁸¹ Notes de la réunion du Comité de l'assurance du lundi 11 janvier 2016. 2016/1.

¹⁸² Voka est le réseau d'entreprises flamand.

¹⁸³ « Taxshift is slechts voetnoot in onze geschiedenis », *De Tijd*, 08.08.2015.

obtenu que, pour l'heure, l'Agence Soins et Santé flamande, division surveillance santé publique, n'inspecte ni ne sanctionne de cette manière le cadre d'exigence pour la désinfection du matériel endoscopique. On procède cependant à l'enregistrement.

L'avis du 11 juillet 2013 relatif à la stérilisation centrale de la cellule programmation et agrément du Conseil National des Établissements Hospitaliers (CNEH)¹⁸⁴ fait porter la responsabilité de la stérilisation centrale au pharmacien hospitalier. L'ensemble de l'activité de stérilisation d'un hôpital doit se faire dans la stérilisation centrale. Pour les patients hospitalisés, les coûts de la désinfection du matériel endoscopique sont couverts par le budget des moyens financiers (BMF).

Le financement prévu dans le BMF est cependant loin d'être suffisant. Pour les patients traités en hôpital de jour ou en ambulatoire, les frais sont à la charge du prestataire. Dans la mesure où les frais de désinfection sont parfois plus élevés que les montants des honoraires, on peut considérer que la situation est inacceptable. Après avoir demandé un avis à Maître Stefaan CALLENS, le GBS a envoyé, le 21 janvier 2016, une lettre argumentée au département financement du CNEH afin de demander un audit du financement de la désinfection du matériel endoscopique, ainsi qu'une adaptation à la réalité. Cette adaptation est d'autant plus nécessaire qu'on peut s'attendre à ce que le NIAZ¹⁸⁵ et le JCI¹⁸⁶ reprennent les critères de qualité de la communauté flamande dans leurs procédures d'accréditation des hôpitaux.

9 Conclusion

Dans mon rapport annuel de l'année dernière, avec pour titre « Feu bleu pour le changement », j'exprimais notre espoir de changement, après 25 ans exactement à la fonction de secrétaire général de la plus grande union de médecins spécialistes de Belgique. Les changements sont en cours, *in statu nascendi*. Laurette ONKELINX, l'ex-ministre des Affaires sociales et de la Santé publique (du 21.12.2007 au 11.10.2014) avait de nombreux grands plans, dont le plan cancer et le plan maladies chroniques étaient les plus connus et ont dépassé son mandat.

Notre ministre actuelle, Maggie DE BLOCK, a poursuivi avec les soins intégrés pour les maladies chroniques¹⁸⁷ ; dans cet objectif, la collaboration des communautés, des régions et des autorités fédérales est primordiale.¹⁸⁸ Elle a ensuite dessiné de grands plans tels que le plan eSanté, qui a entretemps été actualisé¹⁸⁹. Les délais pour la réalisation de certains des 20 points d'action de ces plans se heurtent à des problèmes pratiques de mise en œuvre, mais la ministre avance, même si tout le monde n'arrive pas à la suivre, voire n'est pas au fait des mesures qui s'annoncent. Elle a mis sur les rails l'application (e-Cad) pour la gestion des agréments et des autorisations de pratique des

¹⁸⁴ CNEH D/430-3 du 11.07.2013.

¹⁸⁵ NIAZ : Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg.

¹⁸⁶ Joint Commission International.

¹⁸⁷ Déclaration conjointe du 30.03.2015 pour les soins intégrés en faveur des malades chroniques (MB 04.06.2015; Éd. 2).

¹⁸⁸ Protocole d'accord du 19.10.2015 conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des malades chroniques : Plan Conjoint en faveur des malades chroniques- Des soins intégrés pour une meilleure santé (MB 11.12.2015).

¹⁸⁹ Protocole d'accord : actualisation du Plan d'actions e-Santé Plan d'actions 2015-2018 (MB 11.12.2015 ; Éd. 1).

prestataires de soins¹⁹⁰, et elle créera un guichet numérique unique pour les acteurs de la santé.¹⁹¹.

On oublierait vite que la ministre DE BLOCK avait déjà initié trois grands chantiers à travers des projets pilotes au moment de sa prise de fonction en octobre 2014 : la révision de la nomenclature des prestations médicales, la réécriture de l'ancien arrêté royal n° 78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions de santé, et la révision du financement des hôpitaux. Dans l'élaboration de ces plans, les techniciens se sont rendu compte que derrière chaque problème se cachent toute une série d'autres problèmes. Le premier projet pilote relatif au raccourcissement du séjour après un accouchement n'a à ce jour pas encore commencé.

La 6^e réforme de l'État entraîne d'autres problèmes : comme l'écrivait Léon Tolstoï au XIX^e siècle déjà, « il est plus facile de faire des lois que de gouverner ». Pour le GBS, il devient plus difficile que jamais d'avoir voix au chapitre à tous ces niveaux différents, sans parler d'une cogestion. En Belgique francophone, la compétence de l'agrément des spécialistes a été attribuée à l'Enseignement ; en Flandre, elle relève heureusement encore de la compétence du ministre du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille.

Le « patient au centre » n'est plus d'actualité. Maggie DE BLOCK estime que les patients¹⁹² ont leur mot à dire à la table des négociations étant donné que leur point de vue est différent de celui des médecins. Elle souhaite également actualiser la loi relative aux droits du patient de 2002.

Bref, son enthousiasme et sa volonté débordent. C'est un tsunami de changements qui déferle sur les médecins et sur d'autres professions de santé.

Nous avons donc indéniablement besoin d'associations solidaires de médecins pouvant collaborer avec expertise pour faire entendre leur voix dans ce monde en mutation rapide : l'organisation faitière qu'est le Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS), avec un accord de collaboration renouvelé avec l'Association Belge des Syndicats Médicaux, est particulièrement bien placée.

Dr Marc MOENS,
Secrétaire général

Ont travaillé à la rédaction de ce rapport : Bart Dehaes, Jean-Luc Demeere, Raf Denayer, Francis Heller, Olivier Lambrechts, Michel Lievens et Fanny Vandamme.

Le contenu de la rédaction a été clôturé le 18.02.2016.

¹⁹⁰ Protocole d'accord du 19.10.2015 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la gestion et le financement de l'applicatif informatique (e-Cad) de gestion des agréments et des autorisations de pratique des professionnels des soins de santé (MB 11.12.2015).

¹⁹¹ Protocole d'accord du 29.06.2015 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la mise en place d'un guichet unique digital destiné aux acteurs de la santé (MB 04.08.2015; Éd. 1).

¹⁹² « *Maggie De Block wil patiënten mee beleid laten uitstippelen* ». *De Standaard*, 18.02.2016.