

RAPPORT ANNUEL GBS 2019
Dr Jean-Luc DEMEERE

A-t-on perdu le nord ?

Bruxelles
01.02.2020

Table des matières

1	Rapport d'activités.....	5
1.1	Réunions internes.....	5
1.2	Rencontres avec les unions professionnelles.....	5
1.3	Symposiums organisés par le GBS et ses unions professionnelles.....	7
1.3.1	Le paysage hospitalier en mutation – Symposium annuel du GBS du 02.02.2019.....	7
1.3.2	Teach the teacher – Symposium pour les maîtres de stage – 08.10.2019.....	10
1.3.3	Radioprotection 21.09.2019.....	12
1.3.4	Une vision d'avenir pour la médecine spécialisée – Symposium organisé à l'occasion du « Spécialiste de l'année 2019 » 23.11.2019.....	13
1.3.5	Anaesthesia and the works of Maggie - Symposium APSAR-BSAR 19.01.2019.....	15
1.3.6	Sujets d'actualité en biologie clinique – Symposium de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Biopathologie médicale 26.02.2019.....	16
1.3.7	Thèmes actuels en Stomatologie CMF – Symposium de l'Union professionnelle des médecins belges spécialistes en stomatologie et Chirurgie orale et maxillo-faciale 23.02.2019...	17
1.3.8	Hot topics in Anatomic Pathology – Symposium de l'union professionnelle belge des médecins spécialistes en Anatomie pathologique 15.06.2019.....	17
1.3.9	Symposium de l'Association professionnelle belge des Pédiatres 22.05.2019.....	17
2	Représentation du GBS.....	18
2.1	Représentation nationale.....	18
2.1.1	Les activités de l'Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten (AVS).....	18
2.1.1.1	Le collège des présidents.....	18
2.1.2	Activités de l'Association des Médecins spécialistes Francophones (AMSFr).....	19
2.1.2.1	Commission de planification pour la Communauté française.....	19
2.1.3	Mdeon.....	22
2.1.4	Le Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes.....	23
2.2	Représentation à l'étranger.....	27
2.2.1	UEMS.....	27
2.2.1.1	European Federation of Salaried Doctors (FEMS).....	30
2.2.1.2	Standing Committee of European Doctors (CPME).....	31
3	Financement.....	31
3.1	Analyse sectorielle des hôpitaux généraux: étude MAHA exercice 2018.....	31
4	Politique.....	35
4.1	Mémorandum du GBS pour les élections du 26 mai 2019.....	35
4.2	Les réseaux hospitaliers.....	37
4.3	Révision de la nomenclature.....	40

4.4	La loi sur la qualité de la pratique	44
4.5	Enquête sur la médecine spécialisée de demain	48
4.6	Accord médico-mutualiste 2020.....	51
4.7	Accréditation.	54
4.8	Imagerie médicale	57
5	Procédures juridiques	58
5.1	Jugements – TVA sur les interventions esthétiques.....	58
5.2	Désistement d’instance – Arrêté du Gouvernement flamand du 29.03.2019 modifiant la réglementation relative à l’agrément des professions de soins de santé.....	59
5.3	Actions intentées par le GBS ou ses unions professionnelles - Soins à basse variabilité	60
6	Conclusion	61

1 Rapport d'activités

1.1 Réunions internes

En 2019, le comité exécutif s'est réuni 8 fois¹ dans les locaux du GBS au 20 Avenue de la Couronne à Ixelles. Une assemblée extraordinaire du comité exécutif a eu lieu le samedi 22 juin 2019 au Hilton, près de la Gare centrale de Bruxelles. Cette réunion a donné le coup d'envoi aux travaux axés sur la vision de l'avenir, la mission et la stratégie du GBS.

Le comité directeur s'est réuni 6 fois² le jeudi soir à l'hôtel Gosset de Grand-Bigard.

À l'occasion de l'assemblée générale du GBS du 02.02.2019, le Dr Jean-Luc DEMEERE a présenté le rapport annuel 2018 du GBS intitulé « La symphonie inachevée de Maggie ». Il reprenait ainsi le flambeau du Dr Marc MOENS.

L'assemblée générale du 02.02.2019 a élu le Dr Donald CLAEYS secrétaire général du GBS pour terminer le mandat du Dr Marc BROSENS. Le Dr Donald CLAEYS se profile comme un jeteur de ponts. En cette qualité, il a noué des contacts avec les représentants des syndicats médicaux, les mutuelles, les représentants de l'INAMI et le SPF Santé publique, la presse médicale et les universités.

En collaboration avec « Le Spécialiste », une union professionnelle membre du GBS prendra mensuellement la parole dans le journal. Le premier article intitulé « Good ViBeS » écrit de la main du Dr Donald CLAEYS est paru dans l'édition du 17 janvier 2020.

1.2 Rencontres avec les unions professionnelles

Les Drs Donald CLAEYS et Jean-Luc DEMEERE, respectivement secrétaire général et président du GBS, ont rencontré les différentes unions professionnelles³.

Cette démarche visait deux objectifs : d'une part, établir une communication transparente entre les unions professionnelles et le GBS, et d'autre part, créer une dynamique nouvelle au sein de l'organisation. Cette démarche s'inscrit dans la volonté de (re)définir la vision du GBS et d'en actualiser les missions. On souhaite aussi impliquer davantage les jeunes médecins fraîchement agréés ou en formation.

Les rencontres avec les 31 unions ont permis de dégager des lignes de force.

Le premier axe est la spécificité du GBS. Le GBS est le Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes.

Le GBS est incontestablement la plus grande organisation médicale de Belgique ainsi que la seule qui publie chaque année sa liste de membres mais il ne remplit pas les critères juridiques⁴ permettant d'être reconnu comme organe représentatif. Le GBS est actif dans toutes les régions du pays et compte plus

¹ 17.01.2019, 14.02.2019, 04.04.2019, 25.04.2019, 18.06.2019n 19.09.2019, 31.10.2019 en 09.12.2019.

² 10.01.2019n 21.03.2019, 16.05.2019, 27.06.2019, 03.10.2019 en 29.11.2019.

³ Anatomie pathologique (12.09.2019), anesthésie (23.10.2019), biopathologie médicale (12.11.2019), chirurgie plastique (10.09.2019), gastro-entérologie (12.09.2019), gynécologie (19.06.2019), médecine interne (27.11.2019), médecine nucléaire (24.06.2019), médecine physique (13.11.2019), neurochirurgie (14.09.2019), ophtalmologie (30.07.2019), orthopédie (03.12.2019), ORL (14.05.2019), pédiatrie (16.09.2019), psychiatrie (07.01.2019), radiologie (13.05.2019), radiothérapie (11.09.2019), soins intensifs (13.05.2019). Rencontres à venir: cardiologie, chirurgie, gériatrie, médecine d'urgence, neurologie, neurologie pédiatrique, pneumologie, génétique clinique, rhumatologie, urologie, réadaptation et médecine du travail.

⁴ Arrêté royal du 28.02.2018 fixant les règles concernant les élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 05.03.2018à). Pour être reconnu comme syndicat médical, l'entité doit être active dans au moins deux régions, compter au minimum 1 500 membres cotisants qui soient tant médecins spécialistes que médecins généralistes.

de 9 000 membres. Cependant, le GBS ne compte pas de médecins généralistes parmi ses membres. Or, c'est une des conditions requises pour être reconnu comme un organe représentatif et pour intervenir dans les structures de concertation. C'est la raison pour laquelle seuls les syndicats au sens strict occupent des sièges au sein de ces structures.

Les syndicats siègent donc dans les organes de l'INAMI et sont les interlocuteurs qui interviennent dans les négociations des accords médico-mutualistes. Ce qui de prime abord semble être le point faible du GBS est en fait un point fort. Les syndicats défendent le médecin. Mais ils ne défendent pas de spécialité à proprement parler. Lorsqu'ils négocient avec les organes gouvernementaux comme le SPF ou l'INAMI, ou avec les mutuelles, les syndicats ont la fâcheuse réputation de trop se focaliser sur les finances. La force du GBS est que sa mission consiste à défendre la profession en termes de contenu et non de revenus. Lorsque la nomenclature d'une spécialité doit être actualisée, c'est l'union professionnelle qui se charge des travaux préparatoires. Ensuite, ce sont les syndicats qui prennent le relais pour défendre les propositions au sein des organes de l'INAMI.

Le deuxième axe est la représentativité de la profession à travers la défense professionnelle. L'union professionnelle représente tant les spécialistes actifs en dehors de l'hôpital que les spécialistes travaillant à l'hôpital universitaire ou non universitaire. Les médecins universitaires et non universitaires partagent la même vision sur l'exercice de leur profession dans beaucoup de dossiers. Les collègues tant universitaires que non universitaires font appel au GBS pour intervenir dans certains dossiers ou au niveau de certains engagements juridiques.

Le troisième axe concerne la connaissance de la pratique spécialisée du terrain dans l'exercice d'une spécialité. Ce sont les médecins qui sont les mieux placés pour définir les règles de bonne conduite qui valent pour toute la profession.

Le quatrième axe concerne la dimension européenne. Le GBS a cofondé l'Union européenne des Médecins spécialistes (UEMS⁵). L'UEMS conseille la Commission européenne sur l'agrément des professions médicales, leur pratique, la formation et la formation continue. Chaque union professionnelle dispose de deux délégués au « board » de sa spécialité, dont l'un est toujours un collègue universitaire. Au niveau européen, les unions professionnelles participent très activement à l'actualisation des directives de bonnes pratiques⁶.

Certaines unions professionnelles se sont investies dans le développement de campagnes de prévention.

Les unions professionnelles collaborent avec leurs collègues universitaires à un meilleur encadrement qui, avec le concours des commissions d'agrément, vise à améliorer la formation des assistants etc. Cet exemple illustre la dynamique de chaque union professionnelle.

Les unions professionnelles ont aussi exprimé leurs préoccupations. La première concerne le manque de vision sur les soins de santé en Belgique et peut se résumer à la question suivante: QUO VADIS? Les questions ne manquent pas, qu'il s'agisse des honoraires forfaitaires, des réseaux hospitaliers, de la loi qualité ou de la révision de la nomenclature. Un point est particulièrement inquiétant, à savoir la concentration des activités dans un nombre restreint de centres, comme c'est le cas pour les pathologies du pancréas et de l'œsophage en 2019 et le sera pour les cancers de la tête et du cou dans le futur.

⁵ UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes asbl, Rue de l'Industrie 24 à 1040 Bruxelles

⁶ En 2019, le Council de l'UEMS des 13.04.2019 et 19.10.2019 a approuvé les ETR pour la gastro-entérologie pédiatrique, la santé publique, la médecine manuelle, la neuroradiologie, la médecine d'urgence, l'urologie pédiatrique, l'allergologie, la pathologie, la médecine d'urgences pédiatriques, la radio-oncologie et la radiothérapie, la médecine sportive.

Le financement des hôpitaux, le débat sur les suppléments d'honoraires et les rétrocessions d'honoraires de plus en plus importantes au profit des hôpitaux, qui doivent faire face à des défis financiers de plus en plus préoccupants, sont au cœur des débats les plus brûlants des unions professionnelles.

Les réseaux hospitaliers et leur fonctionnement sont aussi sources d'inquiétudes. Si certaines spécialités parviennent à s'organiser, d'autres par contre craignent des décisions inévitables des directions hospitalières.

La surabondance de spécialistes dans certaines disciplines comme la gynécologie, la chirurgie, la neurochirurgie, etc. ou au contraire, la pénurie dans d'autres comme la médecine interne, sont aussi inquiétantes. La situation de certaines disciplines comme la neurochirurgie par exemple est dramatique. Certaines unions professionnelles tirent la sonnette d'alarme par l'intermédiaire de collègues tant universitaires que non universitaires et demandent une limitation du nombre de médecins à former dans leur discipline. La vision des médecins sur le terrain ne coïncide pas nécessairement avec celle des CEO ou de l'université. Les assistants sont probablement indispensables au bon fonctionnement de certains services. Le GBS demande une application correcte des (sous-)quotas.

La médecine physique et de réadaptation plaide pour un budget permettant la réintégration socio-professionnelle de leurs patients dans les plus brefs délais. La discipline demande des moyens et a présenté un dossier cohérent et réaliste avec un projet étalé sur cinq ans.

Les gastro-entérologues défendent un projet de médecine intégrée. Le rôle du généraliste est essentiel dans la prévention. Le gastro-entérologue veille à ce que l'examen préventif adéquat soit prescrit au « bon » patient, conformément aux directives et trajets de soins validés.

Les pédiatres – « internistes pour enfants » – voudraient avoir accès aux spécialités d'organes ou de systèmes comme la cardiologie, la pneumologie, etc. Ils souhaitent travailler en synergie avec les généralistes mais leur médecine est différente de celle qui est destinée aux adultes. Les pédiatres vont ouvrir le dialogue avec les généralistes, développer une vision et présenter une stratégie.

La psychiatrie est en pleine mutation. Alors que la spécialité a fort à faire avec moult plans, réorganisations, restructurations à tous les niveaux, soumis à des négociations aux niveaux national et communautaire, force est de constater que le financement et les honoraires actuels sont totalement insuffisants.

Les ophtalmologues cherchent la qualité en luttant contre l'agrément des orthoptistes-optométristes dans sa forme actuelle. La formation d'ophtalmologue doit être redéfinie par le Conseil supérieur.

Et cætera...

Il est évident que les unions professionnelles constituent le cœur battant du GBS. Le GBS est l'enveloppe d'un tout qui offre services et expertise, ouvre des portes et facilite les négociations.

1.3 Symposiums organisés par le GBS et ses unions professionnelles

1.3.1 Le paysage hospitalier en mutation – Symposium annuel du GBS du 02.02.2019

Le symposium annuel du GBS a remporté un franc succès. Avec plus de 250 participants, l'auditorium Lippens de la KBR était comble. Il faut dire que le programme était très attrayant. La présence de la Ministre Alda GREOLI⁷ et du Ministre Jo VANDEURZEN⁸ qui ont exposé leur point de vue sur les réseaux hospitaliers a sans doute contribué au succès de l'événement.

⁷ Alda GREOLI, Vice Ministre-Président et Ministre wallon de la Santé, Égalité des chances, Action sociale, de la Fonction publique et de la Simplification administrative

⁸ Jo VANDEURZEN, Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la famille

Le Dr Bart DEHAES, secrétaire général néerlandophone ad intérim, a synthétisé les faits marquants de 2018, notamment, les soins à basse variabilité⁹, les réseaux¹⁰ et la loi sur la qualité de la pratique¹¹ des soins de santé.

La journée a débuté avec l'exposé de Monsieur Geert GIELENS, économiste chez Belfius et co-rédacteur de l'étude MAHA (Model for Automatic Hospital Analysis). Cette étude analyse chaque année la santé financière des hôpitaux belges, ce qui permet de comparer différents exercices et de dégager des tendances. Les conclusions sont on ne peut plus claires: la santé financière des hôpitaux est très inquiétante. La marge bénéficiaire est non seulement dérisoire – 29 millions d'euros pour un chiffre d'affaires de plus de 14 milliards soit 0,2% – mais 40% des hôpitaux terminent dans le rouge et 24 des 92 hôpitaux n'ont pas assez de cash-flow pour payer les dettes de l'année, ce qui signifie une augmentation de 25% en un an¹².

Le discours de Geert GIELENS n'était guère optimiste. L'auditoire a demandé à l'orateur de donner une idée du futur du système de financement belge basé sur les cotisations sociales et les impôts. D'après Geert GIELENS, il faut envisager un autre système de financement, mais actuellement, il est « politiquement » impossible de discuter de toute forme de privatisation du financement en Belgique.

La Ministre Alda GREOLI a donné un discours sur sa vision des soins de santé et leur avenir en Fédération Wallonie-Bruxelles. Même si les soins de santé n'ont pas de valeur économique brute, la ministre a souligné leur importance dans l'économie, non seulement en termes d'emplois mais aussi et surtout en termes d'accès et de développement économique dans une région donnée. Elle a mis en évidence la démarche « volontariste » de sa politique de santé. Elle veut des soins de qualité et une accessibilité universelle. À cette fin, elle s'engage à former des réseaux de soins répondant aux attentes des patients et elle souligne les particularités géographiques et identitaires de la Région wallonne. Cette région compte 37 hôpitaux généraux et 20 hôpitaux psychiatriques. Ces hôpitaux appartiennent à 50% au secteur public et à 50% au secteur associatif. La ministre utilise à bon escient le terme « associatif » pour le distinguer du terme « privé » qui a une connotation commerciale. Les défis majeurs pour la Région wallonne concernant les réseaux hospitaliers, sont la densité démographique et l'accessibilité qui dépend du réseau routier. La différence de statut du personnel des hôpitaux associatifs et des hôpitaux publics pose aussi problème. Bien que la ministre GRÉOLI ait une image positive de la loi sur les réseaux hospitaliers, elle ne manque pas d'émettre des réserves. La première concerne le vote au Parlement, sachant que le gouvernement est en affaires courantes et ne détient donc plus de majorité. La deuxième concerne la programmation qui constitue un problème pour une nouvelle organisation des soins et le développement de l'offre de services médicaux.

Il faudra créer huit réseaux qui enjambent le fossé entre hôpitaux associatifs et publics. La ministre wallonne de la Fonction publique travaille à un décret qui doit permettre la collaboration entre le public et l'associatif. Les critères déterminants sont le libre choix du patient et la capacité de gestion des hôpitaux. À court terme, la Ministre GRÉOLI souhaite examiner en collaboration avec AViQ¹³, les 260 projets introduits pour la construction ou la rénovation des hôpitaux. Elle espère ainsi faciliter la formation des réseaux de même que la collaboration entre le secteur public et le secteur à profit social, en préservant le statut actuel des travailleurs de la santé qu'ils travaillent en intercommunales ou en ASBL. Elle souhaite aussi l'agrément rapide des réseaux wallons avant le 26 mai 2019, sachant que ces réseaux débordent des frontières régionales ou nationales, comme celles avec Bruxelles, avec la communauté germanophone et avec la France. À moyen terme, elle envisage deux réseaux à Liège, un au Luxembourg, trois ou quatre dans le Hainaut, un à Namur et des accords entre le Brabant wallon et Bruxelles. Elle voudrait développer le Réseau de santé wallon. À long terme, elle souhaite

⁹ Loi du 19.07.2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité (M.B. 26.07.2018)

¹⁰ Loi du 28.02.2018 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux (M.B. 28.03.2018)

¹¹ 22 AVRIL 2019. – Loi du 22.04.2018 relative à la qualité de la pratique des soins de santé (M.B. 14.05.2019)

¹² Pour l'analyse complète de l'étude MAHA 2017, nous vous renvoyons au rapport annuel 2018 du Dr J.-L. DEMEERE « La symphonie inachevée de Maggie ». L'analyse de l'étude MAHA 2018 se trouve au point 3.2.

¹³ Agence wallonne pour une vie de qualité

responsabiliser les hôpitaux et leur management, en leur proposant une nouvelle culture, y compris pour les représentants syndicaux. Elle aspire à la continuité des soins avec un raccourcissement des durées de séjour, moins de réadmissions et un renforcement des liens avec la première ligne. Enfin, Alda GREOLI veut revoir la politique de facturation (surfacturation) et des honoraires médicaux. Elle a aussi mis l'accent sur le manque de pédiatres, d'internistes et de gériatres ainsi que sur l'approche segmentée et non intégrée des soins.

Le contraste entre les deux ministres Alda GRÉOLI et Jo VANDEURZEN était frappant. Madame GRÉOLI a donné un discours sans support visuel pour illustrer sa politique. De son côté, le ministre Jo VANDEURZEN a exposé dans sa présentation powerpoint clairement structurée, l'implémentation de la politique de santé en Flandre. Le 8 juillet 2016, le gouvernement flamand a défini le nouveau paysage hospitalier ainsi que ses lignes d'action, et en 2018, il a réalisé l'implémentation de ces lignes d'actions et le déploiement d'un plan stratégique régional. En se basant sur les demandes de soins de la population locale (besoin de soins), l'hôpital régional qui répond à ces demandes locales sera créé et il faudra lui associer des centres spécialisés pour des soins spécifiques, en fonction de l'expertise requise et d'un volume minimal qui garantisse la qualité. Le VIKZ, Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, est créé. Cet institut récupère des projets existants tels que le VIP² ¹⁴, projet axé sur la qualité dans les hôpitaux, le VIP GGZ (geestelijke gezondheidszorg) pour les soins de santé mentale, la première ligne organisée en réseaux de soins (49+11), la VPP (Vlaams Patiëntenplatform), les résidences pour personnes âgées, le VICO (Vlaams Intermutualistisch College) et l'autorité de santé flamande. Le 17 février 2017, le gouvernement flamand a réorganisé la médecine de première ligne en 60 zones de premiers soins régionales avec les initiatives en soins palliatifs, soins de santé mentale et prise en charge de la démence. Enfin, une structure faîtière s'occupe de la coordination entre les zones et régions: il s'agit de l'Instituut voor de Eerste Lijn (Institut de la première ligne).

Dans une lettre co-écrite avec la ministre DE BLOCK, le ministre VANDEURZEN a demandé aux hôpitaux de définir la carte des réseaux hospitaliers en Flandre. 13 + 1 (un bruxellois) réseaux ont vu le jour. La carte est maintenant dessinée. Le gouvernement flamand demande à présent d'organiser la continuité des soins au sein des réseaux et de rechercher l'efficacité dans l'offre de soins. Son but est d'augmenter la qualité et de diminuer les coûts. Le ministre a ensuite évoqué l'étude du KCE de 2017 concernant le besoin en lits hospitaliers en 2025. Les chiffres du KCE révèlent un excédent de 7 017 lits en 2017 et un excédent de 9 308 lits en 2025. Jo VANDEURZEN se réfère ensuite à une deuxième étude, à savoir celle d'Eduard PORTELLA d'Antares Consulting, concernant l'utilité des lits hospitaliers. D'après le ministre, cette étude révèle que l'organisation est totalement inefficace. 5% des lits sont occupés par des patients chroniques, 7% servent aux ré-hospitalisations dans les dix jours, 19% ont une durée de séjour supérieure à 30 jours et 27% une durée de séjour supérieure à 20 jours. 70% des patients ont plus de 80 ans. Ces chiffres montrent que l'hospitalisation aiguë ne correspond pas à la réalité actuelle.

Le ministre a aussi présenté le Plan stratégique des soins (Zorgstrategisch plan). Ce plan comporte trois phases : la définition du plan, le cadre légal et les projets-pilotes. Ce plan a débuté il y a 15 ans. Il analyse la valeur stratégique de l'infrastructure en réponse aux besoins de santé. Il se base sur les besoins de la population, définit les instruments visant l'efficacité et promouvant la qualité. Les investissements seront repris dans un trajet de soins intégré ou plan de soins.

En conclusion, le ministre flamand a décrit le concept de soins intégrés, adapté aux besoins de la population. Son concept inclut aussi l'avenir de l'intelligence artificielle et l'évolution de la pratique médicale. Il a également souligné l'importance des objectifs de qualité. En collaboration avec Zorginspectie Vlaanderen, l'agence flamande Zorg en Gezondheid a structuré et défini un système d'évaluation de la qualité des hôpitaux. Les résultats sont publiés. Avec le VIKZ, la qualité des soins est un concept qui intègre les soins, les patients et les mutuelles. Enfin, pour le futur, il faudra composer avec l'intelligence artificielle, le développement des techniques de communication, le rôle des hôpitaux aigus et les liens entre les zones de première ligne, les hôpitaux locorégionaux, les hôpitaux

¹⁴ Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals

suprarégionaux et leur technicité (RMN, radiothérapie, etc.), les résidences pour personnes âgées et les établissements de santé mentale.

L'auditoire a été frappé par la différence entre les présentations des deux ministres. Certaines discussions sur les suppléments d'honoraires mettaient en évidence une médecine à deux vitesses, d'autres les différences de management politique des systèmes de santé entre la Flandre et la Wallonie. Cinquième vitesse ou marche arrière ?

1.3.2 Teach the teacher – Symposium pour les maîtres de stage – 08.10.2019

Le 08.10.2019, le troisième symposium « Teach the Teacher » a eu lieu à la Bibliothèque royale de Belgique : cet événement est organisé par le GBS à l'intention des maîtres de stage dans le cadre de leur formation permanente¹⁵. Cette troisième édition a attiré plus de 150 participants.

Le Dr Jean-Luc DEMEERE a passé en revue les textes de loi qui régissent la formation des médecins spécialistes en formation (MSF) au niveau tant fédéral que communautaire. En effet, depuis la 6^e réforme de l'état, la formation des MSF est une matière communautaire.

Le niveau fédéral est compétent pour définir les critères d'agrément généraux des médecins spécialistes, des maîtres et services de stage (critères horizontaux) et pour définir les critères d'agrément des différentes spécialités (critères verticaux). Pour l'actualisation de cette dernière catégorie de critères, le Dr Jean-Luc DEMEERE a mis en exergue le travail du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes. Ces dernières années, le Conseil supérieur a émis pas moins de 26 avis dans le cadre de l'actualisation de ces critères. Dans ces avis, le Conseil essaie de se conformer aux critères européens tout en respectant les spécificités du système de soins de santé belge et la place des médecins pour faciliter la mobilité des prestataires de soins.

La Commission de planification fédérale étudie les besoins en nombre de médecins pour les années à venir. Dans son très bon rapport, elle tient compte notamment des données de l'INAMI (activités), des données des services de sécurité sociale (indépendants, salariés, pensionnés) et des données géographiques (domicile) des différents médecins pour définir des quotas pour le nombre de médecins à former pour le pays, par région et selon la spécialité. Le fédéral détermine les quotas pour le nombre de médecins néerlandophones et francophones qui, par année, peuvent exercer la médecine et donc recevoir un numéro INAMI. Les communautés sont responsables des « sous-quotas » du nombre de médecins généralistes versus spécialistes et de la répartition de ces derniers entre les différentes spécialités.

En même temps que les quotas fédéraux, la Commission de planification fédérale publie, mais seulement pour donner une tendance, les sous-quotas par discipline qui lui ont servi de base. Sous la direction du Ministre Jo VANDEURZEN, différentes réunions ont eu lieu à l'Agence Zorg en Gezondheid en vue de la création d'une commission de planification flamande. Cette commission serait composée paritairement de représentants des universités et des organisations de médecins parmi lesquelles le GBS et les syndicats médicaux. Depuis les élections de mai 2019, ce dossier est cependant en suspens. La Communauté française a aussi l'intention de créer une commission analogue. L'ancien Ministre-président Rudy DEMOTTE a déjà jeté les premières bases de cette création.¹⁶

Les trajets de formation sont différents en contenu et en procédure selon le régime linguistique du plan de stage du MSF. En Flandre, le décret du 24 février 2017 académise la formation. Il faut une formation MaNaMA (master après master) ou une formation équivalente. Cette formation touche obligatoirement les domaines suivants : la communication avec les patients en vue d'obtenir leur consentement éclairé, la qualité des soins, l'EBM et la collaboration interdisciplinaire, la gestion électronique des données et

¹⁵ Art. 23 de l'arrêté ministériel du 23.04.2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, maîtres de stage et services de stage (M.B 27.05.2014).

¹⁶ Cf point 2.1.2.1 Commission de planification de la Communauté française

le leadership clinique¹⁷. La réussite du MaNaMa n'est pas requise puisque l'attestation d'une formation similaire suffit. Ceci a permis en 2019 l'agrément de médecins spécialistes qui avaient introduit leur demande 3 mois avant la fin de la formation. Les épreuves de master à l'université peuvent se dérouler en septembre (session d'examen). Certaines universités ont délivré des attestations alors que les MSF devaient encore présenter leur travail de fin d'études. La Belgique est le pays du surréalisme. La réussite du MaNaMa n'est pas une condition pour être agréé médecin spécialiste. L'inverse est tout aussi vrai. On peut détenir un master en médecine spécialisée, ou une attestation de réussite au FUS ou DES de la Communauté française et ne pas être agréé médecin spécialiste. L'agrément de médecin spécialiste est délivré par décision ministérielle sur l'avis de la commission d'agrément compétente.

En Flandre, c'est le ministre de la Santé publique qui délivre les agréments. En francophonie, le Ministre président a délégué sa compétence d'agrément au ministre de l'Enseignement supérieur et des Hôpitaux universitaires.

Depuis 2016, les maîtres de stage non universitaires ont droit à une indemnité pour leur fonction de formateur. Cette indemnité est comptabilisée dans les frais administratifs de l'INAMI. La question se pose de savoir si en Communauté française, il ne vaudrait pas mieux que cette indemnité soit imputée au budget de l'enseignement. En effet, c'est le(a) Ministre de l'Enseignement supérieur et des Hôpitaux universitaires qui détient de facto la compétence de l'agrément.

Selon l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 29.11.2017¹⁸, l'attestation universitaire des deux premières années, délivrée par le doyen (art. 18), ainsi que l'attestation de pratique autonome (Art 18) sont exigées. Les DES et FUS ne sont pas décrits comme tels dans l'arrêté. Par contre, le texte stipule qu'il faut une évaluation finale selon l'A.M. du 23.04.2014 avec une commission paritaire composée d'universitaires et de représentants de la profession. L'examen ministériel doit à nouveau être réintroduit.

En Flandre, le décret prévoit une procédure d'appel auprès d'une commission d'avis. Une telle procédure d'appel n'existe pas en Communauté française. Si de nouveaux éléments peuvent être invoqués en Communauté française, le dossier peut être réexaminé par les mêmes commissions d'agrément. À l'encontre de l'avis de la commission d'agrément, seul un appel au Conseil d'État est possible. Le GBS insiste pour mettre en place une procédure en appel.

En Flandre, on a créé un collège des présidents des commissions d'agrément au sein de l'Agence Zorg en Gezondheid avec une structure de fonctionnement. Ce collège a comme mission de coordonner le fonctionnement, les procédures et la politique des commissions d'agrément et constitue le lien entre les commissions d'agrément et l'administration. Cela a l'avantage de créer une synergie entre les différentes commissions d'agrément et de permettre une interprétation unique des textes et des usages. À ce sujet Le GBS a envoyé un courrier à l'administration de la Communauté française. À l'occasion de la remise du prix du Spécialiste de l'année 2019, le GBS en a parlé de vive voix à Valérie GLATIGNY, Ministre de l'Enseignement supérieur de la Communauté française qui semblait intéressée par cette proposition.

Le Pr Dr Jan GUTERMUTH a impressionné l'auditoire par sa conférence intitulée « Combining multiple techniques in bringing the best out of trainees ». Pour le Pr GUTERMUTH, il faut repenser la présence du MSF au sein du service comme celle d'un médecin désireux d'apprendre la profession exercée par les médecins du service. En d'autres termes, le MSF est là pour apprendre et non pas pour remplir un poste de travail dans le service. La recette de ce dermatologue de la VUB est basée sur deux éléments, à savoir, l'immersion dans un milieu de formation et l'évaluation positive du MSF. Le concept d'immersion comprend l'organisation du service pour en faire un milieu d'apprentissage où l'enseignement, le travail individuel, l'échange (multidisciplinaire), le travail d'équipe, la recherche

¹⁷ Art.19 de l'A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (M.B. 27.05.2014).

¹⁸ 29 novembre 2017. - Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant la procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B.. 29.01.2018)

scientifique et l'activité clinique sont combinés durant toute la journée. La synergie entre la pratique médicale et la formation est totale. Cette formation est basée sur un développement personnel, individuel mais intégré dans une équipe. La communication est essentielle afin d'assurer une totale transparence et permettre une évaluation sans ambiguïté. L'évaluation est capitale pour permettre la progression. Cependant, ce n'est pas un talent inné dans le milieu médical. Le formateur est son propre référent, mais pas le standard de la pratique médicale. Il est donc indispensable de donner une formation au formateur afin d'acquérir les techniques d'évaluation. Tout ceci n'est possible que si le formateur a pour objectif premier d'être un médecin qui souhaite former d'autres médecins. L'investissement se fait donc à deux niveaux, celui du formateur et celui du MSF. Le maître de stage doit avoir des critères de référence qui lui permettent d'évaluer le contenu de la formation et l'acquis de ce contenu.

La présentation du Pr GUTERMUTH a montré que le MSF peut être intégré dans une équipe et un service et y bénéficier d'une formation solide à condition que la culture du service soit axée sur la formation et non sur la rentabilité économique. La présentation a « responsabilisé » le maître de stage qui peut soit former un médecin spécialiste, soit détruire une carrière et une personne. L'immersion et l'évaluation responsabilisent le MSF qui dispose du cadre, des moyens et du suivi pour devenir médecin spécialiste. Comme le dit le slogan d'une célèbre marque de sport: « Just do it ». Mais la grande leçon de cette présentation a été de constater que cela existe et est donc possible.

Le docteur Nanni ALLINGTON, chirurgien orthopédique au CHR de Liège et pilote d'avion, a proposé une présentation qui a suscité la curiosité avec le titre « How pilots help doctors ». Son sujet n'était pas les « Flying Doctors » de la série télévisée mais une approche du métier de médecin à travers une procédure sécurisée comme en aviation. Les chirurgiens et anesthésistes ont un peu grincé des dents quand on leur a imposé des procédures de sécurité comme la SAFE SURGERY CHECK LIST (SSCL). Si on lit le livre de l'auteur de la SSCL, on constate qu'il s'est inspiré du travail des ingénieurs en bâtiment qui construisent de hautes tours en y logeant à certains étages. Chacun a sa place, mais c'est l'ensemble qui a été réfléchi. Les médecins individualistes ont souvent une pratique solo. La sécurité du pilote solo (et de ses passagers) n'est garantie que par l'application de procédures, le reporting des incidents, l'analyse des incidents et la correction de procédures. Sans systématique et sans procédures, pas de sécurité. Les pilotes qui vivent un incident vont le rendre public ; et des procédures correctrices sont recherchées. Or, l'évolution de la médecine se tourne vers des systèmes d'algorithmes, des arbres décisionnels, des choix qui demandent une expertise et une rigueur d'exécution. Le Dr ALLINGTON a cependant nuancé son discours. On songe par exemple à l'expertise du Cpt Pete O'SULLY qui a sauvé ses passagers en s'écartant de toutes les procédures de sécurité, en amerrissant sur la rivière Hudson.

La prochaine session « Teach the teacher » est prévue le 13 octobre 2020. Espérons que cette 4^e édition connaisse le même succès.

1.3.3 Radioprotection 21.09.2019

Comme le veut la tradition annuelle, une foule de spécialistes s'est pressée aux portes de la Bibliothèque royale de Belgique le samedi 21 septembre, pour le symposium de Radioprotection co-organisé par le GBS et l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire (AFCN).

Le grand auditoire de la Bibliothèque royale était comble, avec 250 radiologues et connexistes venus assister à une matinée passionnante. Cette formation continue est nécessaire pour continuer à disposer d'une autorisation de l'AFCN qui permet d'utiliser des rayonnements ionisants à des fins médicales. Cette autorisation de l'AFCN est à son tour une condition indispensable pour pouvoir facturer à l'assurance maladie toutes les prestations nécessitant des rayonnements ionisants. Les modalités de la formation continue sont connues depuis déjà quelques années si bien que le symposium a connu un déroulement impeccable, et du début à la fin des conférences, chacun a pu facilement signer les listes de présences.

Le Dr Sc. Katrien VAN SLAMBROUCK a pris la parole au nom de l'AFCN et a abordé un sujet délicat: comment informer le patient sur les avantages et les risques des examens radiologiques. Elle a non seulement attiré l'attention sur le contenu des informations fournies et les obligations légales qui y sont liées, mais aussi et surtout sur la manière de les transmettre, grâce à toute une série de conseils et avis pratiques.

Ensuite, le Dr Geert SOUVERYNS a donné une conférence particulièrement inspirante sur la manière dont est appliqué le principe de justification et d'optimisation dans la pratique quotidienne à l'hôpital Jessa d'Hasselt. Son exemple a montré qu'il est possible de transposer avec succès des données théoriques dans la réalité quotidienne, d'une manière efficace, humaine et axée sur le patient et l'hôpital.

Après la pause, le Dr Sc. Françoise MALCHAIR, valeur sûre de la spécialité, a attiré l'attention sur l'analyse des risques en radioprotection en illustrant son propos par des exemples et solutions pratiques s'appliquant à des problèmes et risques en imagerie médicale fréquents et pourtant parfois mal connus des radiologues et des connexistes.

Enfin, le Pr Nico BULS a donné une conférence sur la manière dont la dosimétrie des patients peut et doit être appliquée pour la détection et le follow-up de procédures sous-optimales.

L'édition 2020 du symposium de Radioprotection aura lieu le 26 septembre 2020, de nouveau à la Bibliothèque royale.

1.3.4 Une vision d'avenir pour la médecine spécialisée – Symposium organisé à l'occasion du « Spécialiste de l'année 2019 » 23.11.2019

Au début du symposium, les Drs Jean-Paul LECHAT et Marc MOENS ont été élus respectivement spécialistes francophone et néerlandophone de l'année. Le Dr Paul LECHAT, anesthésiste qui peut se targuer d'une longue carrière en tant que chef de service et maître de stage, s'est vu récompensé pour ses actions humanitaires avec Médecins sans vacances entre autres. Il a reçu son prix des mains de la ministre francophone de l'Enseignement supérieur et des Hôpitaux universitaires, Valérie GLATIGNY. Le Dr Marc MOENS a quant à lui été couronné pour ses années d'engagement dans la défense des intérêts de médecins. C'est le ministre flamand de la Santé publique, Wouter BEKE qui lui a remis son prix. Pour ces deux prix, il y avait 10 nominés et un peu plus 3 000 médecins ont voté.

Les ministres des communautés présents ont esquissé la politique qu'ils souhaitent mener ces prochaines années. Le ministre Wouter BEKE, fils d'un médecin généraliste et frère d'un médecin, souhaite prolonger la politique de son prédécesseur Jo VANDEURZEN. L'accent sera mis sur le bien-être, les soins et l'assurance-maladie, l'organisation des zones de première ligne et la collaboration avec les réseaux hospitaliers. On a besoin d'un accès juste aux soins!

La ministre Valérie GLATIGNY s'est d'abord présentée comme ministre de l'Enseignement, de la Formation des médecins spécialistes et responsable des hôpitaux universitaires. Dans son discours de politique générale elle a repris les termes de la déclaration gouvernementale wallonne.

En tant que modérateur, le Dr Donald Claeys a développé sa vision pour la médecine de demain. Il croit en une intégration de la médecine générale et spécialisée pour former des trajets de soins et offrir les meilleures compétences aux patients. Il veut développer une médecine d'excellence en milieu universitaire et non-universitaire. L'une des clés de cet objectif est une plus grande mobilité des médecins afin qu'ils restent à l'avant-garde de leur domaine de compétence spécifique. Le médecin non universitaire pourrait être consultant en milieu universitaire, y développer ses compétences acquises à l'université et à travers sa pratique extra-universitaire, pour « garder la main » sur des techniques ou opérations réservées exclusivement à ce centre universitaire. Le Dr CLAEYS regrette cependant que ces médecins consultants soient assimilés à des médecins visiteurs. On les retrouve rarement dans l'organigramme du service ou sur le papier à en-tête. On crée deux mondes, celui des élus avec la chirurgie de haut vol et celui de ceux qui n'ont pas droit à ces privilèges. Pour lui, un des obstacles est

juridique et est induit par le statut des médecins universitaires. Ils sont souvent salariés, nommés par l'autorité académique et ont des missions d'enseignement. Le Dr CLAEYS plaide pour un statut unique du médecin qui lui permette de s'intégrer dans différentes équipes tout en gardant son statut social. À l'intention de la ministre de l'Enseignement supérieur de la Communauté française, il a insisté sur la nécessité d'un examen d'entrée en médecine qui sélectionne et contingente le nombre de médecins afin d'éviter les pagailles en fin de formation, et d'orienter prioritairement les jeunes médecins vers des spécialisations en pénurie. Enfin, il a évoqué les écarts de revenus importants entre les différentes spécialités et proposé une réforme de la nomenclature. Les honoraires devraient éviter les écarts abusifs et créer la transparence. Les revenus doivent être décents et équitables. Mais surtout éthiques.

Avec son sujet « Quel rôle pour le médecin spécialiste avec les réformes ? », Monsieur Paul D'OTREPPE, président de l'Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux, a insisté sur la nécessité de faire des réformes. Elles sont indispensables pour la survie de notre système. Ensuite, il a développé le rôle actif du médecin hospitalier, partenaire et acteur des réformes. Il a insisté sur la nécessité de créer une nouvelle vision pour les soins de santé et de penser avec réalisme à l'exercice de la médecine dans un avenir proche, sans oublier son financement. Le médecin va avoir une « autre vie » grâce à la technologie et dans l'environnement nouveau de la société de demain. La télémédecine ne nécessite pas de contact direct entre le prestataire et le patient. C'est la médecine à distance. Le métier se féminise et pour les hommes, l'équilibre travail/ loisirs / famille modifie complètement le contexte de l'exercice de la médecine. D'autre part, le patient évolue aussi. D'objet de soins, il endosse le rôle de partenaire, de leader et de manager de sa propre santé. Les compétences et connaissances deviennent publiques. On juge le médecin. Et ce médecin devra, avec le gestionnaire, prendre des décisions stratégiques qui pérennisent l'avenir de l'hôpital.

Le financement change aussi. La pyramide des âges s'inverse. Paul D'OTREPPE a pris l'exemple de Singapour et de sa population comparable en nombre à la Belgique : cet état a rattrapé son retard dans le développement des soins. En moins d'une génération, le nombre des personnes actives deviendra nettement inférieur à celui des personnes non-actives. La question du financement se pose avec urgence. Comment garantir, en tant que gestionnaires et médecins, un avenir solide à ce système inflationniste et généralement sans valeur ajoutée ?

Pedro FACON, Directeur Général des Soins de Santé du SPF Santé publique, a impressionné son auditoire. En laissant de côté sa présentation Power Point, il a tenu un discours particulièrement « prudent » du fait de la présence de la presse. Il a mentionné les réussites et les réformes de la ministre DE BLOCK.

Concernant la réforme de la nomenclature, ses propos ont été cinglants. Pourquoi refaire ce que d'autres pays ont fait il y a quinze ans ? Pourquoi réécrire la nomenclature en partant de la nomenclature actuelle ? Pourquoi ne pas écrire une nouvelle nomenclature et partir sur de nouvelles bases ? Combien cela va-t-il coûter ? Son message est clair : qui que soit le nouveau ministre, on va supprimer les suppléments d'honoraires. C'était déjà prévu dans la déclaration du gouvernement Michel I. Les montants « all-in » par pathologie vont continuer à se développer ce qui se traduira par plus de transparence et un meilleur service au patient dans une perspective d'efficience.

Les réseaux se constituent, en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie ; ils devaient en principe être opérationnels au premier janvier 2020. Enfin, la loi sur la qualité de la pratique a été publiée. Cette loi doit permettre au patient d'avoir son médecin référent, qui gère son dossier, le conseille et le dirige vers la médecine spécialisée. Cette loi redéfinit aussi les professions de santé.

Monsieur FACON a ensuite accéléré la projection des slides et rappelé ses messages clés qui sont, l'accessibilité, la qualité et le financement. Il s'est aussi étonné de la pratique actuelle de certains médecins qui ne conçoivent pas une activité partagée et rejettent la multidisciplinarité. Il a souligné la place de la technologie, de l'informatique et la nécessité de développer l'e-médecine.

Sa vision est claire. Et pour mieux la définir, il a utilisé une vieille technique : pour vendre un produit, il faut faire l'éloge de son contraire. Le Dr Ri DE RIDDER est l'auteur du livre « Goed Ziek. Hoe we onze

gezondheidszorg veel beter kunnen maken », paru aux éditions Van Halewyck. Pedro FACON a exposé le modèle d'offre de soins du Dr RI DE RIDDER pour ensuite le rejeter. Ce n'est pas la structuration des soins, ni la proximité, ni l'accessibilité qu'il rejette, mais essentiellement le manque de liberté du patient et du prestataire de soins. En revanche, il reconnaît la place et le rôle du patient mais regrette sa participation financière trop élevée au processus de soins (« out of the pocket »).

Le Dr Jean-Luc DEMEERE a rapporté les résultats de l'enquête du GBS, un point qui sera développé ci-après au paragraphe 4.5 du présent rapport.

Margot CLOET, administratrice déléguée de Zorgnet-Icuro, était retenue à l'étranger et a été remplacée par Madame Hilde DE NUTTE, collaboratrice de l'équipe Medisch beleid somatische zorg (Politique médicale des soins somatiques) dans la coupole hospitalière. Les francophones présents dans l'auditoire ont pu découvrir les réseaux de Flandre, le réseau regroupant 60 zones de soins régionales de première ligne, le Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) et l'accréditation « internationale » des hôpitaux flamands. Elle a présenté la proposition de la Commission Nationale Paritaire Médecins-Hôpitaux sur la composition et le fonctionnement du Conseil médical du Réseau (CMR).

Le symposium s'est terminé de façon inattendue par un débat sur la place de la femme dans la médecine spécialisée. La femme médecin exerce sa profession tout comme un homme mais malheureusement pour certains, l'image de la mère de famille qui relègue sa carrière médicale au second plan pour s'occuper de son foyer lui colle encore à la peau. Ce cliché est injuste. Les hommes aussi vivent un « temps de travail » qu'ils combinent à une vie de loisirs et à une vie de famille. Le cliché qui montre que, grâce à la télémédecine, la femme-médecin peut rester active tout en s'occupant de ses enfants un mercredi après-midi, est malheureux, inexact et inapproprié. Le message est que la télémédecine créera des opportunités hors de l'hôpital, que l'on soit derrière le fourneau ou pas...

1.3.5 Anaesthesia and the works of Maggie - Symposium APSAR-BSAR 19.01.2019

Le symposium « Anaesthesia and the works of Maggie » a motivé quelque 200 anesthésistes à découvrir l'avancement des travaux de la ministre DE BLOCK. Ces travaux suivent essentiellement trois axes différents : la réforme du paysage hospitalier, l'exercice de la médecine avec l'AR 78, et enfin et surtout, la loi sur le financement des soins à basse variabilité.

La réforme du paysage hospitalier a été développée par des orateurs pleinement informés de la situation politique. Le Dr GEBOERS, Directeur des hôpitaux généraux chez Zorgnet-Icuro, a présenté la situation des 13 réseaux en Flandre et l'organisation des soins dans les zones de première ligne. Son message à l'égard des médecins était clair et encourageant. Il reconnaît leur place et demande leur participation au développement de ces réseaux. Le modèle de consensus au sein du Conseil médical en accord avec le gestionnaire n'a pas (plus) été contesté. Il a insisté sur la participation active et constructive des médecins.

Monsieur Jean Noël GODIN, conseiller auprès du premier ministre¹⁹, a délivré un message moins optimiste. Bruxelles et la Wallonie s'organisent mais à leur rythme et avec une certaine réticence. Pourtant, lors de la conférence interministérielle du 26.03.2018 qui avait réuni 8 des 9 ministres belges de la santé, tout le monde a manifesté une volonté de créer des réseaux hospitaliers. Les réseaux hospitaliers se composent au moins de deux hôpitaux qui forment une entité géographique contiguë. Des négociations entre hôpitaux existent à Bruxelles, mais aucune carte ne se dessine encore. La grande inconnue sera le vote de cette loi. Avec un gouvernement en affaires courantes, peut-on espérer qu'une majorité se dessinera au parlement ?²⁰

¹⁹ Depuis le 01.01.2020, Jean-Noël GODIN est directeur du syndicat des médecins généralistes GBO (Groupement belge des Omnipraticiens) qui fait partie du Cartel.

²⁰ Loi du 28.02.2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux (M.B. 28.03.2019).

Le deuxième thème était les soins à basse variabilité. Le Dr Gilbert BEJJANI a brossé l'évolution des concepts de soins dans d'autres pays et le futur de la médecine qui s'écarte d'une médecine de prestation à l'acte pour des trajets de soins et des prises en charge de patients dans des programmes qui intègrent tous les soins. Le Dr Stefaan CARLIER a rappelé à notre souvenir les états généraux des anesthésistes qui refusaient la « forfaitisation » des honoraires et exigeaient de garder un honoraire à l'acte. Dans un long exposé, il a minutieusement détaillé la perversité du système et a montré à l'assemblée ce qui se passerait si un hôpital finançait ses médecins en se basant sur des honoraires forfaitaires. Maître DEWALLENS a détaillé avec brio les nouvelles lois et dispositions ordinaires. À la demande du Dr Guy BERGIERS, une écrasante majorité des participants au symposium s'est exprimée en faveur d'une requête en annulation contre la loi du 19.07.2018²¹ sur le financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité. Cette mission devait dans les jours suivants être confiée au membre honoraire de l'APSAR, Maître Filip DEWALLENS.

Le troisième thème concernait la formation des médecins spécialistes et a été introduit par le Dr Jean-Luc DEMEERE. Il a exposé la nouvelle pédagogie et les compétences qui synthétisent les connaissances, l'attitude et les aptitudes exigées pour pouvoir exercer la profession de médecin spécialiste.

Le Pr Marc VAN DE VELDE a attiré l'attention sur l'académisation de la formation des médecins spécialistes avec le MaNaMa et le MedBook, système d'évaluation par l'assistant et sa validation par le maître de stage. Le Dr Eric DEFLANDRE, président de la Commission d'agrément francophone a présenté la méthode utilisée en francophonie tandis que le Dr Guy BERGIERS a parlé du rôle du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes.

1.3.6 Sujets d'actualité en biologie clinique – Symposium de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Biopathologie médicale 26.02.2019

L'union professionnelle de Biopathologie médicale a organisé ce symposium juste après l'assemblée générale statutaire, un mardi soir à Grand-Bigard. Cette initiative a rapidement attiré plus de 30 participants.

Le président Dr. Alin DEROM a donné un premier exposé complet sur les tendances des dépenses en 2018 en se basant sur des données extrapolées.

Le Dr Koen MAGERMAN a quant à lui fait une présentation sur l'organisation de la biologie clinique et plus particulièrement la microbiologie médicale au sein de la structure de l'UEMS. L'organisation de cette spécialité est extrêmement hétérogène en Europe: cela va des microbiologistes monospécialisés aux médecins polyvalents biologistes cliniques qui s'intéressent spécifiquement à la microbiologie. Dans le cadre des récentes activités du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes concernant l'agrément des internistes, infectiologues et en parallèle, les biologistes cliniques détenant des compétences spécifiques en microbiologie médicale, cet exposé enrichissant a permis d'esquisser la position de la Belgique dans le contexte européen.

Ensuite, le Dr Henk LOUAGIE, secrétaire, s'est attardé sur la nomenclature de la biologie clinique. Cet enchevêtrement de règles qu'on ajuste depuis des décennies afin de rester dans les limites budgétaires, se voit encore alourdi depuis début 2019 par les adaptations pour les soins à basse variabilité. À ce sujet, le Dr Marc MOENS, vice-président, a enchaîné sans transition avec la saga autour de la création des soins à basse variabilité et la situation actuelle de ce système de financement des soins déjà en vigueur alors que des obstacles majeurs doivent encore être surmontés. Les discussions qui ont suivi ont montré que ces sujets interpelaient les médecins présents. Coïncidence ou pas, depuis l'annonce de ce

²¹ Loi du 19.07.2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité (M.B. 26.07.2018)

symposium, on a enregistré un nombre plus important que jamais d'affiliations de médecins biologistes cliniques à l'union professionnelle.

1.3.7 Thèmes actuels en Stomatologie CMF – Symposium de l'Union professionnelle des médecins belges spécialistes en stomatologie et Chirurgie orale et maxillo-faciale 23.02.2019

Le 23 février 2019, l'Union professionnelle de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale a organisé son assemblée générale statutaire associée à un symposium scientifique sur l'état des lieux en chirurgie CMF.

Lors du symposium, l'accent a été mis sur les activités de la discipline à l'hôpital, les réseaux hospitaliers et les soins à basse variabilité. L'équilibre entre les entrées et les sorties de la discipline a été évalué. Les études sur la centralisation des traitements du cancer de la tête et du cou ont été abordées. Le projet de loi sur la qualité des pratiques a été analysé. Enfin, un aperçu détaillé de tous les services CMF de Wallonie et de Bruxelles a été donné avec un aperçu des collègues qui y travaillent dans le but d'atteindre une meilleure harmonisation au sein de la profession.

1.3.8 Hot topics in Anatomic Pathology – Symposium de l'union professionnelle belge des médecins spécialistes en Anatomie pathologique 15.06.2019

Comme le veut la tradition, en 2019, l'union professionnelle d'Anatomie pathologique a de nouveau organisé son symposium annuel sur l'actualité dans le monde de l'anatomie pathologique.

Cette année, le nombre d'inscrits était étonnamment inférieur à celui des années précédentes (40 au lieu de la centaine attendue), baisse d'affluence que l'on peut imputer à la période des examens et des vacances imminentes et pas, espérons-le, à une léthargie en hausse parmi nos collègues. Cela n'a pas empêché les participants d'être élogieux sur la haute qualité des présentations données en anglais, français et néerlandais, qui portaient sur le règlement IVD (Alex LEFEVRE, BeMedTech, Roche Diagnostics), le dépistage primaire du VHP (Kristof COKELAERE, AZ Jan Yperman), le financement de soins à basse variabilité (Kevin WETZELS, AZ Sint-Blasius, et Fabienne RICKAERT, CHU-Brugmann) et la révision de l'article 32 de la nomenclature (Romaric CROES, AZ Sint-Blasius).

Si des jours plus calmes perdurent, un symposium sur la directive pratique révisée sera très probablement organisé au printemps prochain avec la commission d'anatomie pathologique (Sciensano). Les anatomo-pathologistes ont le bonheur de ne pas manquer de sujets.

1.3.9 Symposium de l'Association professionnelle belge des Pédiatres 22.05.2019

À l'instar de nombreuses autres unions professionnelles membres du GBS, l'Association professionnelle belge des Pédiatres a organisé un symposium. Le 22 mai 2019, pas moins de 75 pédiatres ont participé à l'événement.

Le premier orateur de la soirée était le Dr Pascal MEEUS, médecin conseil au service Soins médicaux, Direction recherches, développement et promotion de la qualité à l'INAMI et président de la Cellule soins efficaces. Cette cellule analyse des données sur les actes médicaux tels que la prescription de médicaments, l'évolution du personnel médical et ses activités. Dans la première partie de sa conférence « Cartographie des pédiatres », il a présenté les chiffres relatifs à l'évolution du nombre de pédiatres, la pyramide des âges, la répartition des genres et leurs activités. Dans la deuxième partie, il a été question de l'analyse menée par la cellule information sur le comportement de prescription d'antibiotiques par les médecins.

Le Dr Marianne MICHEL a donné une conférence sur l'enquête menée par les pédiatres sur les sous-spécialités. De cette enquête, il ressort l'importance de l'agrément des différentes sous-spécialités. Elle a également projeté un tableau montrant le nombre de consultations réalisées, ventilées par sous-spécialisations pédiatriques ainsi qu'une estimation du temps que nécessite une première consultation.

Il est essentiel de disposer de données chiffrées correctes pour que les dossiers soient solidement étayés et permettent ainsi d'argumenter les discussions avec les autorités.

2 Représentation du GBS

2.1 Représentation nationale

2.1.1 Les activités de l'Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten (AVS)

2.1.1.1 Le collège des présidents

En 2019, le collège des présidents des commissions d'agrément néerlandophones s'est réuni à deux reprises²². Le collège des présidents compte autant de présidents siégeant sur le banc de la profession que de présidents siégeant sur le banc des universités. Son président est le Dr Jan STROOBANTS.

Le collège des présidents a travaillé sur les dossiers suivants:

1. La qualité du stage

Le 25 octobre 2018, le « Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes » a remis un avis sur la qualité des services de stage qui a été discuté au collège des présidents. Cependant, l'Arrêté du Gouvernement flamand du 24 février 2017 détermine également certaines tâches et compétences propres aux commissions d'agrément. Il a été décidé d'interroger toutes les commissions d'agrément néerlandophones sur l'avis du Conseil supérieur. Les réponses aux questions posées systématiquement à toutes les commissions d'agrément concernant l'avis du Conseil supérieur ont fait l'objet d'une synthèse et ont abouti à un consensus au sein du collège des présidents sur des alternatives concrètes visant à améliorer la qualité des formations. Cependant, pour que la concertation soit possible, le Conseil supérieur souhaite également connaître l'opinion des commissions d'agrément francophones. Mais celles-ci ne disposent pas d'une structure analogue à celle du collège des présidents néerlandophones. Le GBS a donc instamment demandé aux autorités francophones de mettre en place une structure comparable dans les plus brefs délais, pour que la concertation puisse avoir lieu.

2. La digitalisation du processus de l'agrément

Concernant l'agrément des médecins spécialistes et des généralistes, l'agence Zorg en Gezondheid souhaite rechercher quels volets du processus pourraient être digitalisés et optimisés. Actuellement, l'utilisation des rapports de stage digitaux de Medbook pour les maîtres de stage et la commission d'agrément reste très compliquée. L'introduction et le suivi automatique des plans de stage ne sont pas non plus possibles. Pour l'instant, il n'y a pas encore de lien entre les différentes sources de données. Vu la complexité d'associer différents systèmes gérés d'abord au niveau fédéral ensuite au niveau communautaire, il est difficile de développer un système homogène (dispersion des compétences).

L'agence Zorg en Gezondheid mène une analyse commerciale approfondie et a promis de fournir un rapport d'optimisation au tournant de 2019-2020. Le collège des présidents attend ce rapport avec impatience.

3. Preuve d'enseignement théorique ou certificat ou MaNaMa à joindre à la demande d'agrément

²² 13.05.2019 et 17.10.2019

L'attestation académique est encore acceptée pour les candidats qui ont débuté leur formation avant le 6 juin 2014. Ceux qui l'ont débutée à partir du 6 juin 2014 doivent présenter le diplôme de master ou une preuve de réussite dans les matières telles qu'énumérées à l'article 19 de l'Arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, maîtres de stage et services de stage. Cela signifie qu'un diplôme de MaNaMa est une condition possible mais plus obligée si l'on veut être agréé médecin spécialiste. Cela implique également que les MSF qui n'ont pas soumis une thèse de maîtrise dans le cadre du MaNaMa, mais qui peuvent présenter un certificat de réussite dans les matières requises, peuvent prouver qu'ils remplissent les critères permettant d'être agréés médecins spécialistes. Les compétences à attester sont les suivantes: 1° communication avec les patients, notamment en vue d'obtenir leur consentement éclairé; 2° qualité des soins; 3° médecine factuelle (et collaboration interdisciplinaire pour les plans de stage entamés après le 01.10.2016); 4° gestion électronique des données; 5° leadership clinique.

4. La liberté de choix du trajet de formation dans une discipline. Discussion de l'article 4 du décret du 29 mars²³, modifiant la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé.

Cet article stipule que « Chaque université flamande peut transférer une place pour un candidat attribuée à l'université respectivement conformément aux alinéas 1er et 2 du présent article à une autre université après approbation des universités concernées et du candidat pour lequel la place est transférée. »

Cela signifie que, désormais, un MSF dépend de l'accord de son université de base s'il souhaite suivre un trajet de formation différent. Le collège des présidents s'oppose unanimement à cette restriction de la liberté de choix du MSF et demande au gouvernement flamand de réviser cet article.

5. Demande de quelques MSF pour une rémunération équitable lors d'un stage à l'étranger. Le collège des présidents estime que le travail effectué lors des stages à l'étranger doit être rémunéré.

6. La problématique des plans de stage.

La discussion porte sur les problèmes liés aux responsabilités en cas de prolongation des plans de stage, de plan de stage incomplet et de places de stage inoccupées. À cet égard, une concertation avec le Conseil supérieur sera aussi nécessaire parce que sur différents plans, il y a des lacunes dans l'exécution pratique de la réglementation existante, au niveau tant fédéral que communautaire. Il faut aussi anticiper les conséquences de la suspension des mesures prises pour augmenter les capacités de formation des candidats issus de la double cohorte.

7. Procédure d'appel par une commission d'agrément

Il a été convenu d'instaurer une procédure pour les cas où l'administration ne souhaite pas suivre la décision d'une commission d'agrément. Cela n'existait pas auparavant.

8. Sous-quotas des spécialités

Il est demandé instamment à la commission de planification des sous-quotas de spécialistes d'accorder une audience suffisante aux acteurs de terrain bien au fait des besoins pour éviter de maintenir un déséquilibre entre offre et demande.

2.1.2 Activités de l'Association des Médecins spécialistes Francophones (AMSFr)

2.1.2.1 Commission de planification pour la Communauté française

Ce sont les autorités fédérales qui définissent les quotas des médecins francophones et néerlandophones sur la base des chiffres de la Commission (fédérale) de planification. Par contre, les sous-quotas à fixer par spécialité, y compris la médecine générale, sont de la responsabilité des

²³ M.B. 17.04.2019

communautés. Plusieurs réunions de travail se sont tenues au cabinet du ministre Demotte qui a la compétence au niveau de la Fédération Wallonie- Bruxelles, en présence de représentants de l'AMSFr. Les décisions étaient cependant dans l'impasse car il est difficile de déterminer les besoins réels de médecins dans les différentes spécialités.

À l'invitation du Pr Jean-Michel FOIDART, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de Médecine, un symposium s'est tenu au Palais des Académies le 30 avril 2019 où de nombreux acteurs concernés ont pu s'exprimer, parmi lesquels la députée Catherine FONCK (cdH), la présidente de la commission de planification, le Pr Brigitte Velkeniers, le chef de cabinet de la ministre DE BLOCK ((Open VLD), le Dr Bert WINNEN, le représentant du ministre wallon MARCOURT (PS), Xavier HUBINON, le président du Collège des Doyens, le Pr Dominique VANPEE, la ministre de la Santé du gouvernement bruxellois, Cécile JODOGNE (FDF/DéFI), et des représentants des médecins : Baudouin MANSVELT (GBS-AMSFr), Caroline DEPUYDT (ABSyM) et Paul DE MUNCK (GBO). Malgré l'indiscutable importance de cette réunion, le nombre de participants a été assez décevant.

Catherine FONCK a parlé du problème du contingentement des médecins étrangers, européens et non européens. En effet, à besoin constant, plus on acceptera de médecins étrangers, plus les sous-quotas seront bas pour les belges. Le Droit européen autorise ce contingentement s'il est proportionné et poursuit un but de protection de la Santé publique. Les propositions de la députée ont été transposées dans la loi du 29.03.2019 modifiant la loi du 10.05.2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, visant à instaurer un contingentement des médecins et des dentistes formés dans une université étrangère (M.B. 28.05.2019).

Le Pr Brigitte VELKENIERS a présenté la modélisation de la planification. Un nouveau modèle mathématique a été développé qui tient compte des médecins actifs, en fonction de leur activité médicale, de leur spécialité, de leur mobilité, de l'évolution de la force de travail et du changement d'équilibre vie professionnelle-vie familiale. Dans chaque scénario, le modèle peut composer une combinaison d'hypothèses différentes. La Commission de planification, avec le soutien de la cellule de planification, élabore des projections réalistes pour évaluer les besoins en soins de la population belge, sur la base de données de plus en plus détaillées et précises. Le modèle est reconnu au niveau international, il est dynamique et s'adapte constamment aux nouvelles données disponibles. La Commission fédérale de planification base ses travaux sur les données fournies, au niveau fédéral, par l'INAMI, le SPF Santé publique, l'INASTI²⁴ etc. mais aussi sur les informations fournies par les Communautés. Lorsque les quotas fédéraux sont publiés, la Commission fédérale de planification ajoute aussi, à titre d'information, les sous-quotas appliqués aux différentes spécialités²⁵ (voir tableau 1 ci-dessous). Cependant, les communautés ne sont pas liées par les quotas déterminés pour chaque discipline. Mais elles peuvent s'inspirer de ces chiffres mis à disposition par la Commission fédérale de planification.

Plusieurs participants à cette réunion n'ont pas caché leur admiration pour l'exactitude et la précision avec lesquelles la Commission de planification fixe les quotas fédéraux.

Le Pr Dominique VANPEE a exprimé la volonté des facultés de médecine francophones de former des médecins répondant aux besoins de la société en nombre et en qualité.

La ministre Cécile JODOGNE a insisté pour que soit créée une commission de planification francophone pour les sous-quotas, à laquelle participeraient tous les intervenants, autorités, facultés et organisations professionnelles.

Sans surprise, le Dr Paul DE MUNCK a affirmé qu'il fallait veiller à ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec plus d'efficacité à un niveau de base, en évoquant les gynécologues et les pédiatres...

²⁴ Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants

²⁵ A.R du 05.05.2019 portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. 28.05.2019).

Niveaux d'influx recommandés par spécialité (sous-quotas) – A.R. du 05.05.2019 (M.B. 28.05.2019)

	Communauté flamande	Communauté francophone	Total
Médecine générale	362	266	628
Psychiatrie (3 titres)	36	27	63
Médecine d'urgence et médecine aiguë	43	38	81
Gériatrie	25	15	40
Rhumatologie	11	9	20
Biologie clinique	12	8	20
Anatomie pathologique	9	6	15
Ophthalmologie	22	14	36
Otorhinolaryngologie	12	8	20
Dermato-vénérologie	9	9	18
Médecine interne	45	35	80
Cardiologie	12	8	20
Gastro-entérologie	15	8	23
Pneumologie	10	6	16
Médecine physique et réadaptation	11	7	18
Oncologie médicale	7	7	14
Anesthésie-réanimation	50	35	85
Chirurgie plastique	5	3	8
Neurochirurgie	4	3	7
Stomatologie	6	3	9
Chirurgie orthopédique	15	10	25
Urologie	10	5	15
Médecine nucléaire	6	5	11
Neuropsychiatrie et Neurologie	24	15	39
Gynécologie-obstétrique	19	15	34
Pédiatrie	20	15	35
Radiothérapie-oncologie	3	2	5
Radiodiagnostic	15	10	25
Chirurgie	20	15	35
QUOTA FEDERAL	838	607	1445

Tableau 1

Le Dr Baudouin MANSVELT a d'abord présenté le GBS puis a exposé combien il était difficile de faire des prévisions, compte tenu de l'apparition de nouvelles pathologies, de nouvelles techniques, du développement de domaines comme la génétique et des moyens financiers disponibles. La mise en place des réseaux va aussi modifier l'organisation avec la création de centres de référence et la centralisation. Citons aussi les changements dans l'organisation du travail avec la limitation du temps de travail à 48h pour les assistants, la récupération après les gardes, l'importance de l'équilibre entre vie familiale et professionnelle, la nécessité de formation continue. Il a aussi démontré que beaucoup d'idées fausses circulent. Ainsi les chiffres INAMI montrent que la grande majorité des pédiatres travaillent à l'hôpital. Une grande partie d'entre eux exercent une compétence particulière qui n'est pas reconnue au niveau pédiatrique et n'est donc pas prise en compte pour la détermination des sous-quotas. L'AMSFr demande en tout cas de continuer à participer aux réunions de planification des sous-quotas.

Enfin, le Dr Caroline DEPUYDT a insisté sur la nécessité d'un filtre intelligent et qualitatif établi sur des bases de données dynamiques et adaptables. Il existe des pénuries selon les régions et pour y faire face il faut des incitants financiers, une aide à l'installation et une revalorisation des actes intellectuels.

Cette réunion a permis de parcourir les différentes problématiques et de permettre un échange entre les acteurs concernés. L'assistance a remercié la Commission de Planification pour le travail réalisé : ses propositions prennent en compte de plus en plus de facteurs pour fixer les quotas et proposer des sous-quotas. La création d'une Commission francophone de planification des sous-quotas a rencontré l'assentiment des membres présents et l'AMSFr devrait en faire partie intégrante.

En complément de la réunion du 30.04.2019, le Pr Jean-Michel FOIDART en a organisé une deuxième sur le même thème le 21.11.2019. Cette deuxième réunion n'était pas ouverte au public.

Les personnes suivantes étaient présentes pour les universités: Françoise SMETS (UCL) et Vincenzo D'ORIO (ULiège); pour les médecins généralistes: Paul DE MUNCK et Jean-Noël GODIN ; pour le GBS: Michel PLETINCX; pour le SPF Santé publique: Pascale STEINBERG et Aurélie SOMER ; pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, Colienne LEJEUNE et Stella MATTERAZZO.

Le Pr FOIDART pense qu'il faut éviter des différences notables entre le nord et le sud du pays quant à l'établissement des sous-quotas. La Commission de Planification fournit un modèle qui ne cesse de s'améliorer.

Les doyens, les professeurs D'ORIO et SMETS, ont reconnu que les places de stage et le nombre de candidats formés ne sont pas établis selon les besoins de la population mais ils veulent changer cette situation. Il est important de fixer les besoins réels. Ce n'est pas une tâche facile, outre le fait que Bruxelles soit bi-communautaire.

Pour les généralistes (Dr DE MUNCK), fixer les besoins n'est pas une tâche facile. Ainsi, faut-il 800 ou 1 200 habitants par généraliste ? Cela dépend du temps que le médecin passe avec son patient. Il semble que les médecins wallons soient « plus lents » que les flamands. Il faut aussi déterminer qui fait quoi par rapport au médecin généraliste : ophtalmologues, gynécologues, pédiatres, mais aussi infirmières. Les besoins vont diminuer pour certaines spécialités comme la radiologie.

Le Pr FOIDART signale qu'en Grande-Bretagne, il y a 66% de généralistes, tout en soulignant que ce n'est pas un bon exemple de système de santé de haute qualité.

Le Dr Michel PLETINCX souligne que le modèle de la Commission de planification s'améliore sans cesse mais ne sera jamais parfait. Toutes les données ne sont pas intégrées. Par exemple, dans le nord du pays ce sont surtout les urgentistes qui prennent en charge les urgences pédiatriques alors qu'à Bruxelles et en Wallonie ce sont les pédiatres. Il est évident que, dans ce cas, il faut plus de pédiatres dans les services de pédiatrie. D'autre part, les chiffres de l'INAMI montrent que le nombre d'enfants hospitalisés est plus élevé lorsque ce sont les urgentistes qui s'occupent d'eux. L'estimation des sous-quotas en pédiatrie ne tient pas compte de la charge de travail des gardes et des sous-spécialités non reconnues. Quand on sait que la majorité des neuropédiatres passent par la pédiatrie et que les listes d'attente sont de 6 mois, nous allons droit dans le mur.

À l'exemple de la Commission de planification flamande, une Commission de planification francophone va aussi se mettre en place. Elle sera composée de membres d'une partie de la Commission de planification fédérale. En conclusion, les membres présents de la Commission de planification fédérale admettent que leur modèle n'est pas parfait et sont disposés à discuter avec les Communautés pour qu'elles les aident à mieux subvenir aux besoins des régions. Normalement, les universités et les associations professionnelles devraient faire partie de la Commission francophone.

2.1.3 Mdeon

Les derniers mois de 2019 ont été marqués par une tendance à la baisse du nombre de demandes de visas de sponsoring direct. Cette baisse est liée à l'entrée en vigueur imminente des modifications du Code éthique²⁶ de beMedTech²⁷.

Pour minimiser le risque d'influencer de manière inopportune les professionnels des soins de santé, une interdiction concernant tout sponsoring direct des événements scientifiques a été introduite le 1^{er}

²⁶ https://www.bemedtech.be/images/downloads/20190430_beMedTech_Code_FR_FINAL.pdf

²⁷ BeMedtech est la fédération belge de l'industrie des technologies médicales.

janvier 2020, en application de l'art. 30 de ce Code éthique. À partir du 1^{er} janvier 2022, cette interdiction concernera aussi tout sponsoring indirect.

En outre, ce code éthique établit que beMedTech mette tout en œuvre pour que cette interdiction de sponsoring direct et indirect soit ancrée dans la loi pour le 01.01.2022. Ce cadre juridique devrait donc par la suite interdire à toutes les entreprises actives dans le secteur des dispositifs médicaux, de sponsoriser, directement ou indirectement, les participations de professionnels des soins de santé aux conférences de formation organisées par les professionnels ou les organisations de santé.

Cependant, il n'appartient pas à beMedTech d'harmoniser les lois belges à son Code éthique. Avec d'autres partenaires au sein de MDeon, le GBS mettra tout en œuvre pour empêcher que la loi interdise totalement le sponsoring.

Une telle interdiction limiterait et rendrait extrêmement difficile la participation de scientifiques (médicaux) belges aux congrès internationaux. À cause de cette interdiction, il serait alors impossible aux jeunes médecins belges de proposer leurs découvertes scientifiques à l'étranger.

2.1.4 Le Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes

En 2019, l'assemblée plénière du Conseil supérieur s'est réunie à quatre reprises, les 14 mars, 13 juin, 10 octobre et 12 décembre, c'est-à-dire à chaque fois à la deuxième date indiquée sur la lettre de convocation. Depuis quelques années déjà, les 104 membres s'excusent massivement pour la première date de l'assemblée du Conseil supérieur car ils ne sont jamais en nombre suffisant pour pouvoir délibérer valablement. Les malchanceux qui ne connaissaient pas encore ce système ont dû retourner chez eux bredouilles. La deuxième assemblée avec le même ordre du jour peut statuer valablement quel que soit le nombre de présents. Ce système absurde disparaîtra prochainement. Le mandat des membres actuels du Conseil supérieur arrivait théoriquement à échéance en août 2019. Le 10 juillet 2019, les organisations médicales et les universités ont été invitées à communiquer les noms de leurs candidats pour le 21 août 2019.

- 12 médecins spécialistes dont 2 représentants des candidats spécialistes siégeant sur le banc de la profession
- 12 médecins spécialistes proposés par les facultés de médecine
- 12 médecins généralistes dont 2 représentants des candidats spécialistes siégeant sur le banc de la profession
- 12 médecins généralistes proposés par les facultés de médecine

Pour la première fois, outre les membres effectifs, il a aussi fallu proposer un nombre égal de membres suppléants. Les membres suppléants ne peuvent assister à l'assemblée que si le membre effectif est absent. Les membres effectifs et suppléants devront donc prendre de bonnes dispositions pour que le Conseil supérieur soit toujours en nombre suffisant pour pouvoir statuer valablement. Les membres suppléants doivent recevoir toutes les informations utiles afin de pouvoir suivre attentivement tous les travaux du Conseil supérieur. Les membres suppléants ont le droit de participer à tous les groupes de travail du Conseil supérieur.

En raison de la période de vacances, on s'est vite rendu compte que toutes les candidatures ne seraient pas introduites pour le 21 août 2019. La date limite a donc été reportée au 30 septembre 2019.

Pour les médecins spécialistes, le GBS a proposé des candidats au nom de toutes les organisations médicales, y compris l'ABSyM et le Cartel. Du côté néerlandophone, l'appel à candidatures a rapidement suscité l'intérêt de 38 médecins pour un total de 20 sièges. Il y a donc eu pas mal de déçus. Du côté francophone, la concurrence a été un peu plus modérée.

La nouvelle composition du Conseil supérieur n'a pas encore été publiée au Moniteur belge. Il semblerait que les universités francophones aient des difficultés à proposer les candidats nécessaires. Tant que la nouvelle composition du Conseil supérieur n'a pas été publiée, les membres actuels poursuivent leur mandat.

En 2019, le Conseil supérieur a poursuivi ses travaux des années précédentes, sur l'actualisation des critères d'agrément. Comme nous l'avons déjà signalé dans le rapport annuel de l'an dernier, il est assez dommage que très peu de ces avis aient été formalisés dans un arrêté ministériel. Après consensus, le Conseil supérieur a donc décidé d'adresser une lettre à la ministre pour attirer de nouveau son attention sur ce problème.

En 2019, le Conseil supérieur a émis des avis sur l'actualisation des critères d'agrément pour les disciplines suivantes:

- Pharmacologie clinique et médecine pharmaceutique
- Dermatologie (article 3, §2, 2° A.M. du 4.10.2016); article 10, A.M. du 23.04.2014 (critères d'agrément généraux)
- Infectiologie
- Psychiatrie
- Microbiologie

Malgré la lenteur avec laquelle ces avis sont transposés en loi, le Conseil supérieur a décidé de créer des groupes de travail pour l'algologie, la médecine d'assurance et d'expertise médicale.

Les critères d'agrément des médecins spécialistes en infectiologie clinique ont concentré beaucoup d'attention. Le groupe de travail a dégagé un consensus sur l'utilité d'un nouveau titre professionnel et les compétences finales à acquérir. Cependant, les avis divergent encore sur le choix entre un titre de niveau 3 ou un titre de niveau 2. Les spécialités les plus concernées sont la médecine interne et la pédiatrie. Tant le groupe de travail d'infectiologie que les membres du Conseil supérieur se prononcent nettement en faveur d'un titre de niveau 3 pour l'infectiologie clinique. Le Dr Patrick WATERLEY, vice-président du Conseil supérieur a communiqué à la ministre Maggie de BLOCK cet avis visant à faire reconnaître l'infectiologie clinique comme un titre de niveau 3, avec en pièce jointe un rapport reprenant, à titre informatif, les arguments qui plaident en faveur d'un titre de niveau 2.

Le dossier de la microbiologie est étroitement lié à celui d'infectiologie. Idéalement, les arrêtés d'agrément devraient être publiés simultanément. Lors de la réunion plénière du Conseil supérieur du 12 décembre 2019, le Dr Marc MOENS, président du groupe de travail ad hoc, a fait rapport. Les voix se sont portées pour un titre de niveau 3 en microbiologie médicale avec comme condition d'accès, le titre de niveau 2 en biologie clinique. Le trajet de formation est de 4 ans et le titre est aussi agréé au niveau européen. Les pharmaciens en biologie clinique auront aussi accès au trajet de formation. Cependant, tous les actes médicaux seront exclusivement réservés aux médecins. Dans le futur, les pharmaciens biologistes ne pourront pas davantage avoir accès à ce volet de l'agrément.

La demande d'avis de la ministre concernant la psychiatrie a aussi attiré l'attention. Le groupe de travail de psychiatrie sous la direction du Pr Dr Wilfried DE BACKER se consacre à ce dossier depuis des années. Après de nombreuses réunions de longues et âpres discussions, un consensus a enfin été atteint. Le groupe a opté pour deux agréments distincts, l'un pour la psychiatrie infanto-juvénile, l'autre pour la psychiatrie des adultes, avec toutefois un tronc commun de 2 ans. Le médecin en formation choisit dès le départ une orientation spécifique mais peut encore facilement en changer après la deuxième année. La durée de la formation est de 5 ans et non pas de 6 ans comme la ministre le propose. La formation en psychothérapie (70 ECT) est obligatoire : elle doit être suivie pendant les 5 ans de la formation, être éventuellement incorporée à la formation du MaNaMa (180 ECT).

Cette année, le Conseil supérieur a reçu deux lourdes plaintes d'assistants en formation, à l'encontre de maîtres de stage. Force a été de constater que bien que le traitement des plaintes ressorte des

compétences du Conseil supérieur depuis longtemps, il n'existe pas de procédure transparente et uniforme en la matière. Une procédure en 4 phases distinctes a été proposée et approuvée:

1. Notification du problème: tant le maître de stage concerné que le notifiant sont informés qu'un problème a été notifié ;
2. Premier traitement: les secrétaires demandent au besoin des informations complémentaires et discutent du problème puis décident si le dossier peut être transmis au groupe de travail ou non ;
3. Phase d'enquête: le groupe de travail discute du problème et peut convoquer un comité d'audit ou non ;
4. Phase de décision: l'assemblée plénière rend son avis.

Le mémorandum que les représentants de la VASO²⁸ et du CIMACS²⁹ ont présenté au Conseil supérieur, révèle qu'il existe de nombreuses plaintes d'assistants en formation.

Synthèse de leurs remarques principales:

- Les efforts rapportés dans le Livre vert sont appréciés: ils sont le prélude à un contrôle de qualité centralisé et uniforme pour la formation.
- Ils espèrent que la VASO sera impliquée dans la poursuite de la mise en œuvre du financement personnalisé, afin de limiter la charge administrative des candidats et des hôpitaux, notamment par une informatisation efficace.
- La demande de la fonction de médiation annoncée. Actuellement, les MSF (médecins spécialistes en formation) n'ont pas de point de contact auquel s'adresser en cas de problème. La VASO plaide pour une approche locale des problèmes personnels et une approche centrale pour les problèmes structurels des lieux de stage.
- Il faut améliorer le statut *sui generis*, changement annoncé mais pas concrétisé. Outre l'acquisition des droits à la pension, une couverture-chômage doit aussi être prévue, sachant qu'à 32 ans, certains spécialistes nouvellement agréés sont subitement confrontés à l'impossibilité de trouver du travail (« chômage »).
- Les « conditions de travail » doivent être uniformisées. Certains candidats en formation professionnelle sont sous-payés, par exemple pour les gardes. Les indemnités des heures du système d'*opting-out* (entre 48 et 60 heures/semaine) sont fort variables. D'ailleurs, l'*opting-out* n'est souvent pas un choix mais une obligation car le document doit être signé au moment de la conclusion de la convention avec le maître de stage.
- La formation à temps partiel est devenue possible grâce à une adaptation de la réglementation. Mais en pratique, cette possibilité est difficile à mettre en œuvre et manque de clarté par rapport au système d'*opting-out*.
- La VASO plaide pour le maintien du contingentement dans une optique de qualité de la formation professionnelle. Les représentants francophones plaident pour la suppression du *numerus clausus*.
- Les sous-quotas sont une compétence des entités fédérées. La VASO voudrait plus de transparence, également en termes de procédure de sélection, ainsi qu'une différenciation du financement des lieux de stage par discipline.
- La formation des réseaux a créé 13 zones d'hôpitaux en Flandre. La concentration des soins implique que les candidats devront effectuer une rotation par réseau plutôt que par hôpital. La réglementation devrait tenir compte de cette nouvelle situation.

²⁸ Vlaamse Vereniging voor Arts Specialisten in Opleiding: union flamande des médecins spécialistes en formation.

²⁹ Comité Interuniversitaire des médecins assistants candidats spécialistes

Faits inquiétants :

- 50% des MSF n'entameraient plus les études de médecine
- 60 % se plaignent des surcharges administratives
- 25 % se sentent dévalorisés
- 50% n'ont pas eu le choix concernant l'*opting-out*
- 50 % signalent que la législation sur le temps de travail n'est pas respectée
- 20 % des MSF ne peuvent pas récupérer correctement leurs heures de garde
- 33% des MSF enceintes reçoivent peu de soutien sur leur lieu de stage

L'équipe « Livre vert qualité et sécurité des services de stage » s'est entre autres concertée avec la VASO et le CIMACS. Ces réunions révèlent que les MSF demandent qu'un service de médiation indépendant soit créé, auquel ils pourraient s'adresser en cas de problèmes personnels. Dans un premier temps, un site internet sera développé pour donner de plus amples informations sur la répartition des compétences et sur les ressources existantes sur le terrain. Cette phase est prioritaire pour le Cabinet.

En 2019, un groupe de travail consacré au nouveau titre professionnel d'infirmier de pratique avancée a été créé.

La ministre Maggie DE BLOCK a demandé aux présidents du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes, du Conseil fédéral de l'Art infirmier et de la Commission technique de l'Art infirmier, de formuler un avis consolidé sur les critères d'agrément relatifs aux exigences de la formation ainsi qu'une description générale des activités de l'infirmier de pratique avancée.

« L'infirmier de pratique avancée » a été coulé dans la législation belge³⁰. L'infirmier de pratique avancée devient donc un des pétales de la marguerite de Maggie DE BLOCK

L'infirmier de pratique avancée est un infirmier agréé détenteur au minimum d'un master en sciences infirmières. Outre les soins infirmiers et les interventions intellectuelles qui en découlent, l'infirmier de pratique avancée pourra, en étroite collaboration avec le médecin, prendre en charge certains actes médicaux du médecin pour un groupe spécifique de patients. Il posera ces actes en veillant au maintien, à l'amélioration et au rétablissement de la santé du patient. Cependant, la loi ne donne pas une liste exhaustive des actes que l'infirmier de pratique avancée pourra poser.

Le titre d'infirmier de pratique avancée a vu le jour grâce à un travail de lobby intensif de la part des infirmiers. Néanmoins, cette évolution ne fait pas l'unanimité au sein de cette profession. Un titre de master n'intéresse pas les infirmiers si celui-ci ne va pas de pair avec une rémunération supérieure.

Le groupe de travail « infirmier de pratique avancée » s'est réuni le 18.09.2019. Les Drs Guy BERGIERS, Donald CLAEYS, Wilfried DE BACKER, Paul DE MUNCK, Paul HERIJGERS, Marc MOENS et Patrick WATERBLEY étaient présents. Les Drs Jan DE MAESENEER et Roy REMMEN, professeurs de médecine générale, étaient excusés.

Le point de départ des travaux du groupe de travail est le constat d'une demande croissante de personnel au chevet des patients dans tous les hôpitaux. En créant le titre d'infirmier de pratique avancée, on risque d'obtenir l'inverse du résultat escompté. En effet, la grande majorité des infirmiers de pratique avancée va renforcer davantage le cadre intermédiaire.

Le Pr HERIJGERS a expliqué au groupe de travail que les infirmiers qui suivent les formations de master se concentrent dans les domaines suivants :

- Management 50 %

³⁰ Art. 15 de la loi du 22.04.2019 portant modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice de professions des soins de santé (M.B. du 14.05.2019).

- Travail clinique 40 %
- Recherche scientifique 10 %

Le 26 août 2019, en vue de la réunion du Conseil supérieur du 10 octobre 2019, le GBS a envoyé un e-mail aux présidents et secrétaires des unions professionnelles pour leur demander quelles prestations pourraient être confiées à l'infirmier de pratique avancée.

Beaucoup estiment qu'en Belgique, il n'y a pas de besoin « d'infirmiers de pratique avancée ». Dans d'autres pays comme les États-Unis, les infirmiers peuvent poser de manière autonome un nombre limité d'actes médicaux. Toutefois, aux États-Unis, l'accès aux soins de santé est totalement différent et beaucoup de gens doivent y renoncer parce qu'ils ne disposent pas des moyens financiers nécessaires. La consultation des infirmiers de pratique avancée permet alors à ceux qui ne disposent pas d'une assurance médicale d'avoir accès à certains soins médicaux à un prix relativement modique.

En Belgique, la demande d'infirmiers de pratique avancée provient principalement des universités. Comme la durée de la formation passe de 3 à 4 ans, ces infirmiers arrivent sur le marché de l'emploi un an plus tard, ce qui augmente encore plus la pression que subit le personnel actuel. Ils sont alors détenteurs d'un bachelier. L'infirmier de pratique avancée doit encore faire deux années de master après le bachelier, ce qui porte le nombre d'années d'études à six ans. Comme par hasard, la même durée que les études de médecine.

Les soins de santé sont actuellement marqués par une tendance à la spécialisation qui amène les infirmiers à effectuer de manière autonome des prestations cliniques sous la responsabilité du médecin. À terme, cette situation pourrait nécessiter une redéfinition du concept de « médecin ». Cette tendance a également des conséquences sur la rémunération du médecin. Le Dr Donald CLAEYS est convaincu que certaines prestations peuvent être retirées de l'ensemble des tâches qui incombent au médecin. Il faudra qu'il en soit tenu compte dans la formation des médecins spécialistes. L'ensemble des tâches des médecins doit continuer à proposer des défis suffisants pour continuer à motiver les jeunes collègues. Les compétences professionnelles particulières en art infirmier auront moins d'utilité dans le futur. Les infirmiers aussi devront se constituer un portfolio.

2.2 Représentation à l'étranger.

Depuis 2002, le Dr Bernard Maillet est la force motrice du GBS au niveau européen. Initialement, d'abord au niveau de l'UEMS et de la FEMS, mais depuis quelques années, aussi au niveau du CPME, en exécution de l'accord de collaboration conclu avec l'ABSyM.

2.2.1 UEMS

Comme chaque année, le Council de l'UEMS, l'assemblée générale de cette association internationale sans but lucratif selon le droit belge (AISBL), s'est réuni à deux reprises. Au sein de cette assemblée, le GBS est représenté par le Dr Jean-Paul JORIS, chef de la délégation, et le Dr Marc HERMANS, suppléant. Tous deux ont déjà consacré de longues années de leur carrière à l'UEMS, respectivement, aux sections de radiologie et de psychiatrie pour adultes.

Les réunions du Council sont non seulement des forums pour les organes propres à l'UEMS, mais depuis des années, elles donnent aussi la parole à des organisations médicales connexes.

Aspects financiers

Si ces dernières années, les préoccupations financières n'ont pas posé de problème réel, elles ont tout de même été un point important dans la gestion de l'UEMS. Le Dr Bernard MAILLET, dans le passé représentant du GBS mais actuellement toujours actif en tant que trésorier a supervisé la politique de redressement financier qui commence peu à peu à porter ses fruits. Le secrétariat, le Domus Medica Europea, établi à la rue de l'Industrie à Bruxelles, se trouve juste à côté du Parlement européen. Cette

situation avantageuse a permis la location de tous les espaces de bureau vides à des associations européennes qui peuvent ainsi y coordonner une partie de leurs activités.

Si l'UEMS peut aujourd'hui présenter un bilan financier plus sain, ce n'est pas encore le cas en ce qui concerne l'intégration des comptes de toutes les structures de l'UEMS. Les administrations fiscales belges considèrent l'UEMS comme une AISBL³¹ dont toutes les composantes, les nombreuses sections (Sections), les divisions (Divisions), les comités multidisciplinaires (Multidisciplinary Joint Committees), les fédérations thématiques (Thematic Federations), ne sont légalement que des groupes opérationnels et n'existent donc pas en tant qu'entités juridiques distinctes. Les comptes ouverts dans toutes ces structures ressortent donc de la responsabilité et de la compétence des administrateurs élus, c'est-à-dire le président (president), le secrétaire général (secretary general), le trésorier (treasurer) et l'agent de liaison (liaison officer). Il est clair que les directions (Bureaus) de toutes ces composantes ont jusqu'à présent sous-estimé les répercussions fiscales de la structure de l'UEMS. Par conséquent, de nombreux délégués considèrent souvent la nécessité d'une politique fiscale plus centralisée comme une intervention trop autocratique dans le fonctionnement autonome de ces structures.

Dans une première phase difficile, sur ordre de l'administration fiscale, tous les organes de l'UEMS ont dû transférer sur un compte bancaire belge les fonds de leurs comptes souvent situés dans différents pays européens. Toutefois, le total des capitaux appartenant à ces composantes opérationnelles fait de l'UEMS une AISBL soumise à des règles comptables adéquates, y compris la TVA. Pour plus de transparence à l'égard des trésoriers, le secrétariat de Bruxelles organise désormais des réunions régulières sous la direction du comptable, Didier VENKATAPEN. Il y explique non seulement le règlement existant, mais conseille également les participants sur l'utilisation de la plate-forme administrative aujourd'hui accessible sur le site internet de l'UEMS. Tous les trésoriers peuvent y encoder les opérations financières qui leur sont confiées. Néanmoins, il n'a pas encore été possible de mettre en œuvre cette procédure avec une qualité suffisante. Les auditeurs externes ne peuvent donc pas encore attribuer le label de qualité souhaité. Cela signifie alors que la TVA actuellement payée par toutes les composantes opérationnelles de l'UEMS, laquelle pourrait en principe faire l'objet d'une récupération, n'est pas récupérable. Il va sans dire que cette mesure entraînera un prélèvement important sur le capital d'exploitation de l'UEMS.

Il faut signaler que sous la direction experte du CEO actuel, Bertrand DAVAL, l'équipe³² des collaborateurs du secrétariat est devenue une équipe soudée et productive. Étant donné les soucis financiers, la rémunération de ces collaborateurs a dû être maintenue au plus bas, et ces dernières années, l'UEMS a déploré le départ de membres du personnel qui non seulement étaient compétents et mais avaient aussi une connaissance approfondie du fonctionnement quotidien de l'UEMS. Heureusement le Council a pris conscience de l'importance d'une équipe cohérente et a donc décidé d'ajuster progressivement les rémunérations. À cet égard, il convient de noter que, jusqu'à ce jour, celles-ci n'ont pas encore vraiment atteint le niveau qui peut être obtenu ailleurs. Ceci démontre clairement la motivation de ces collaborateurs.

Aspects organisationnels

Trois unités opérationnelles peu formalisées ont déjà été créées par le passé, composées des représentants de la chirurgie, de la médecine interne et des autres spécialités, soit respectivement le *Grouping I*, le *Grouping II* et le *Grouping III*. Lors de chacune des deux réunions du Council, les représentants de ces Groupings se sont exprimés séparément et ont fait rapport au Council. En 2017, les groupings ont alors été dotés d'un caractère plus institutionnel avec l'élection officielle d'un président et d'un secrétaire. Il a été convenu qu'un mandat à l'*Enlarged Executive Committee* (EEC) ne

³¹ Association internationale sans but lucratif

³² L'équipe actuelle se compose des collaborateurs suivants: Bertrand DAVAL (CEO), Bénédicte REYCHLER (Managing Director), Nathalie PAULUS (EACCME Coordinator), Patricia DEMEULEMEESTER, Ivan CAPUIA & Alexandra OLTEANU (EACCME Officers), Didier VENKATAPEN (Finance Officer), Marianne CHAGNON (EU Policy Officer), Anne-Emilie ARNAULT (Sections Manager), Fanny CLEMENT (Administrative Officer)

se combinait pas avec un mandat au sein d'un des groupings. Depuis leur élection officielle, ces présidents font également partie de l'EEC et participent donc aussi aux téléconférences bimensuelles.

Déjà par le passé ces groupings avaient signalé clairement au Council, en l'occurrence aux associations nationales membres, qu'il était urgent d'avoir un impact plus fort sur la prise de décision dans la gestion de l'association. Les sections ont en effet beaucoup contribué aux travaux de l'UEMS aussi bien sur le plan du contenu que sur le plan financier. L'UEMS craignait un manque d'engagement envers l'association coupole si les possibilités de participation décisionnelle n'étaient pas plus nombreuses. C'est en effet ce qui ressortait nettement des discussions sur la situation financière de l'UEMS.

Afin de remédier à cette situation, un conseil consultatif (Advisory Council) composé des représentants des sections a été créé. Les autres composantes opérationnelles n'y sont pas représentées pour éviter une surreprésentation de certaines sections par l'intermédiaire de ces autres organes. Le conseil consultatif se réunit le premier jour de la réunion semestrielle du Council. L'ordre du jour est établi en concertation avec l'EEC dont les membres participent à la réunion en tant qu'observateurs. La réunion est dirigée alternativement par l'un des présidents des groupings. Outre les matières plus spécifiques, les exigences européennes en matière de formation (European Training Requirement - ETR) y sont soumises pour approbation. Lors de la réunion du Council du lendemain, ces ETR font partie de l'ordre du jour et peuvent être officiellement approuvés par le Council. Il est ensuite possible de les consulter sur le site internet de l'UEMS.

Chacun est satisfait de cette manière de travailler qui a contribué à améliorer le fonctionnement interne de l'UEMS et facilité le déroulement des réunions. Après une période de rodage de quelques réunions, ces progrès étaient déjà sensibles lors des réunions du Council à Bruxelles et à Londres l'an dernier.

Élection des nouveaux membres du comité directeur

Pendant le dernier meeting du Council à Londres, des élections ont eu lieu pour renouveler l'EEC. L'équipe de gestion précédente se composait du Pr Romuald KRAJEWSKI, président, du Pr Vassilios PAPALOIS, secrétaire général, du Dr Bernard MAILLET, trésorier, et du Pr Zlatko FRAS, directeur de la communication. Ces dernières années, cette équipe a accompli de nombreux travaux très importants et complexes. Il n'est donc pas surprenant que ces collègues aient été salués par des applaudissements et des éloges remarquablement appuyés. Ces témoignages de reconnaissance se sont aussi adressés au Pr Hans HJELMQVIST qui s'est définitivement retiré du comité directeur de l'UEMS après un deuxième mandat en tant que vice-président.

Les nouveaux élus de l'EEC sont maintenant le Pr PAPALOIS (président), le Dr João GRENHO (secrétaire général), le Dr Othmar HAAS (trésorier), le Pr KRAJEWSKI (directeur de la communication), le Dr Marc HERMANS (vice-président réélu), le Pr Nada CIKES, le Dr Andreas PAPANDROUDIS et le Dr Tomas COBO (vice-présidents). Les présidents des groupings, le Pr Patrick MAGENNIS (G.I), le Pr Rijk GANS (G.II) et le Pr Paolo RICCI (G.III) complètent les effectifs de l'EEC.

Fonctionnement interne

Tout comme avant, les trois points forts du fonctionnement de l'UEMS restent la qualité de la formation spécialisée (Postgraduate Training - PGT), la formation médicale continue et le développement professionnel (Continuous Medical Education/Continuous Professional Development - CME/CPD) et la qualité de la pratique (Quality of Practice). Trois councils concrétisent les travaux articulés autour de ces trois piliers : le *European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications* (ECAMSQ) pour le PGT, le *European Accreditation Council for Continuous Medical Education* (EACCME) pour les CME/CPD, et le *European Accreditation Council for Quality Management* (EACQM) pour la qualité de la pratique.

L'ECAMSQ a connu une forte progression ces dernières années. Sur la base d'un document fondé sur des principes structurels communs, de nombreux organes au sein de l'UEMS ont formalisé leurs propres critères dans des documents précisant les exigences spécifiques auxquelles un candidat doit répondre. Ces *European Training Requirements* (ETR) constituent la base du développement des programmes de formation. Parallèlement, un organe consultatif, le *Council for European Specialist Medical Assessment*

(CESMA) a formulé des critères de qualité pour l'organisation et la conduite des examens européens. Actuellement, il en existe pour une trentaine de domaines. Dans certaines spécialités, la réussite de ces examens confère une reconnaissance à l'échelle européenne. Ils permettent donc aux collègues de s'établir librement dans l'ensemble l'UE. On observe également que les participants extérieurs à l'UE s'intéressent de plus en plus à ce diplôme qui est un label de qualité à leurs yeux.

Le EACCME n'a cessé d'élargir ses activités. Avec le projet EACCME 2.0, une plate-forme internet très améliorée a été développée et permet de traiter les demandes d'accréditation. Avant toute chose, l'EACCME progresse continuellement pour améliorer la qualité des procédures administratives. En outre, les critères de qualité utilisés restent des références pour d'autres instances qui tentent de se profiler comme des organismes d'accréditation. La collaboration avec les États-Unis et le Canada se poursuivra, pour les « life events », les activités « internet-based » et récemment les publications scientifiques ainsi que les activités de peer review.

L'accréditation semble gagner en importance dans le monde entier comme l'atteste le nombre croissant de demandes des organisateurs pour obtenir l'accréditation-UEMS. En outre, il semble que des pays non-membres de l'UE, en Afrique du Nord et en Amérique du Sud, s'y intéressent de plus en plus. Notons que des collègues hispanophones ont traduit la plateforme actuelle.

2.2.1.1 European Federation of Salaried Doctors (FEMS)

La réunion de printemps du FEMS a eu lieu à Naples du 30.05 au 01.06.2019. L'assemblée générale du FEMS avait organisé une conférence intitulée « Towards a women oriented Medicine. European women doctors' life and work: facilitations and barriers ».

Cette étude se propose de faire l'état des lieux du bien-être des femmes médecins au travail, et ce dans toute l'Europe. Le nombre de femmes médecins augmente continuellement, de sorte qu'il est nécessaire de réévaluer le bien-être et l'organisation du travail, d'un point de vue favorable à la fois à la famille et au travail (opportunités de carrière, reconnaissance professionnelle etc.).

Le but à long-terme est d'identifier les pratiques qui permettent un équilibre entre vie professionnelle et vie privé et de les diffuser au niveau national ; en effet, la médecine compte une petite majorité de femmes qui exigera une perspective féminine et l'équité des genres dans le système des soins de santé.

Le questionnaire distribué en préparation à cette conférence a été complété par le Dr Marianne MERTENS, vice-présidente du GBS.

La conférence a permis de redéfinir la place des femmes dans les soins de santé sur les plans tant organisationnels que financiers. Les femmes médecins sont encore souvent confrontées à des problèmes d'image et considérées comme des infirmières.

Les thèmes plus familiers du FEMS ont aussi été abordés, notamment les temps et les conditions de travail. Il a été constaté que de nombreux états européens recourent à l'*opting-out* pour mieux remplir les effectifs des urgences. Une attention particulière a été portée à une collaboration avec l'AEMH³³. Il est en effet souhaitable que les deux « petites » organisations médicales européennes travaillent en commun.

Bien que la Lettonie ne soit pas membres du FEMS, la deuxième réunion annuelle a eu lieu à Riga. Des contacts ont été pris avec l'association médicale nationale de Lettonie qui envisage une affiliation au FEMS. Un membre de cette organisation a donné une présentation sur le fonctionnement de leur système de santé.

En raison de problèmes administratifs, le siège social de la FEMS situé à Paris, n'a pas encore été transféré à Bruxelles.

³³ Association européenne des Médecins hospitaliers – European Association of Senior Hospital Physicians

2.2.1.2 Standing Committee of European Doctors (CPME)

Chaque année, le CPME organise deux assemblées générales dont une a toujours lieu à Bruxelles. Cette année a toutefois dérogé à la règle. La réunion de printemps a eu lieu à Malte, la réunion d'automne en Finlande. L'avantage est que l'on peut nouer des liens de collaboration plus étroits avec ces organisations nationales membres. Cependant, ces réunions à l'étranger génèrent plus de frais d'où la décision de ne pas reproduire cette expérience dans l'immédiat.

Contrairement à beaucoup d'autres organisations médicales européennes, le CPME travaille avec des droits de vote pondérés. C'est pourquoi la voix des organisations membres plus petites pèse moins dans la prise de décision.

Dans le cadre de la présidence de Malte à la tête de l'Union européenne, le ministre de la santé publique a tenu un discours d'ouverture à la réunion de printemps. La réunion a abordé des thèmes tels que l'alcool, l'étiquetage, le comportement des fumeurs, la résistance antimicrobienne.

Les points de vue relatifs à la réglementation pour l'Agence européenne des médicaments, un mode de vie sain, la médecine défensive, les guidelines éthiques, l'intelligence artificielle, les big data et la conférence One Health organisée par la Commission européenne en collaboration avec le CPME, ont été approuvés. Il a été noté que les activités de l'Agence européenne des Médicaments qui a déménagé à Amsterdam à la suite du Brexit, n'ont pas encore atteint leur vitesse de croisière.

Lors de la réunion d'automne en Finlande, la conférence a été consacrée à l'économie de la santé. Dans beaucoup de pays, le secteur de la santé au sens large semble être le plus important pourvoyeur d'emplois. Ainsi, en Allemagne, l'économie de la santé compte le double du nombre d'employés engagés dans l'industrie automobile.

L'organisation médicale du Monténégro a été acceptée comme membre observateur tandis que l'affiliation de la Macédoine du Nord a été reportée jusqu'après le changement statutaire du nom de l'organisation médicale.

Ont été approuvés certains avis sur la répartition des tâches dans les soins de santé où l'accent est mis sur le rôle central du médecin. Il a aussi été souligné que le CEN³⁴ ne doit pas tenter par la bande d'imposer des standards dans les soins de santé.

3 Financement

3.1 Analyse sectorielle des hôpitaux généraux: étude MAHA exercice 2018

Le 9 octobre 2019, Mme VANDAMME a assisté, au nom du GBS, à la conférence de presse et à la présentation de l'étude MAHA³⁵ de la banque Belfius. Ce rapport couvre la totalité des hôpitaux généraux et analyse l'exercice du bilan de 2018 en le comparant à celui des années précédentes. Première constatation : la situation financière des hôpitaux reste préoccupante, le bénéfice rapporté reste quasi inexistant (0,2%). 40% des hôpitaux ont un problème de cash-flow malgré la progression du chiffre d'affaires de 5,2% qui atteint 15,543 milliards d'euros. Des réformes s'imposent. Certes, les réseaux de soins pourraient apporter une partie des solutions dès 2020. Mais ces réseaux ne sont pas la solution.

Les honoraires forment l'apport le plus important des ressources de l'hôpital avec 41% et ont connu une croissance de 5,3 % pour atteindre un montant de 6,4 milliards d'euros en 2018. Le BMF qui participe pour 36 % n'a pas connu la même croissance que les honoraires. La pharmacie hospitalière est

³⁴ CEN – Comité Européen de Normalisation

³⁵ MAHA: Model for Automatic Hospital Analyses

la troisième source de financement avec une croissance de 10,7% (oncologie, immunothérapie). Si le chiffre d'affaires du secteur est 15,453 milliards d'euros, le résultat d'exploitation de tous les hôpitaux est de 230 millions d'euros soit 0,2% du chiffre d'affaires. Le cash-flow est un problème pour 18% des hôpitaux. Ce chiffre est meilleur que celui de 2017. Mais attention, il s'agit essentiellement de montants de rattrapage des années précédentes et non pas de corrections structurelles.

32% des hôpitaux terminent l'année en négatif. Toute modification des revenus, comme une diminution des honoraires ou du BMF, aura une répercussion immédiate sur la santé financière de nos hôpitaux. Toute croissance du coût comme une indexation salariale non compensée, influencera le résultat.

Même faite par un non-économiste, en l'occurrence par un médecin, l'analyse permet de tirer deux conclusions. La première est le manque de rentabilité actuel des hôpitaux qui, pour combler le déficit, doivent emprunter ou augmenter les prélèvements sur honoraires. La seconde conclusion est qu'il n'y a pas d'argent pour des innovations, des technologies nouvelles plus coûteuses que les anciennes, l'informatique et le dossier médical. Les projets de création de réseaux, de restructuration des activités, d'accréditation et de rationalisation sont peu ou pas financés. Certains voudraient payer les médecins en fonction de la qualité. Mais l'évaluation de la qualité exige des mesures, des études, des projets, et tout cela a un coût.

Le total de l'actif des hôpitaux est de 20,7 milliards d'euros soit 1,9% de plus que l'année précédente. Cette augmentation est essentiellement le résultat d'investissements immobiliers consentis au cours des dernières années. La dette à long terme a légèrement diminué mais correspond à 6,5 milliards d'euros soit 33% du bilan. Les dettes à court terme ont augmenté de 41% (125 mois) mais ne constituent que 5,7% de la dette.

La croissance du coût en personnel est sous contrôle avec une augmentation de 3,1% pour 42,8% du chiffre d'affaires. Cette augmentation se marque par une croissance de 1,3% en nombre d'ETP mais aussi une croissance du coût de 1,9%. Cette croissance reste inférieure à celle du chiffre d'affaires de 15,5 milliards d'euros qui a connu une augmentation de 5,2%. Pour des honoraires de 6,354 milliards d'euros, les médecins ont reçu 3,892 milliards d'euros soit une croissance de 5,1%. 61% de la masse des honoraires est donnée aux médecins et 39% sont écrémés par les gestionnaires d'hôpitaux et servent à financer l'hôpital. Ces chiffres restent dans le même ordre de grandeur que les années précédentes.

La croissance des investissements des dernières années s'est infléchi et diminue de 19%. Que ce soit en Flandre (Agentschap Zorg en Gezondheid), en région Wallonne (AVIQ) ou à Bruxelles, les entités fédérées doivent reprendre des autorités fédérales, le financement des investissements. De nombreux hôpitaux ont investi dans l'informatique et non plus dans des briques.

Le virage vers l'ambulatoire continue lentement. Le nombre de lits justifiés diminue. Le nombre d'admissions augmente de 0,5%. Le nombre d'hospitalisations diminue de 0,8% dans les hôpitaux généraux et de 0,1% dans les universitaires. La Belgique n'est pas en tête du peloton européen pour la « one day ».

Si l'on compare les dépenses en soins de santé des 28 pays de l'UE, la Belgique, avec 9,9% de son PIB, soit exactement la moyenne européenne, est juste au-dessus du Royaume-Uni et en-dessous de la France, l'Allemagne, l'Autriche, les Pays-Bas, le Danemark et la Suisse. Pourtant son accessibilité aux soins est supérieure à tous ces pays. L'effort budgétaire d'assainissement demandera plus de 11 milliards d'euros d'ici 2024. L'assainissement le plus important devra se faire dans le secteur de la santé et de la sécurité sociale. L'écart entre la croissance du PIB et le pacte de stabilité européen est de 2% du PIB. Ceci se combine avec un vieillissement de la population préjudiciable à la population active. De plus, la génération du « baby boom » sera responsable de l'inversion de la courbe de croissance démographique en 2030, avec une population de moins de 18 ans inférieure à celle des plus de 67 ans. Dans le rapport Belfius, on peut lire qu'en 2040, avec une croissance de 2,5% du PIB, la partie pension et soins de santé connaîtra une croissance de 31%. Des économies devront donc encore être réalisées dans le secteur des soins de santé.

Le 10.10.2019, le journal *De Tijd* a publié une analyse complémentaire pour les hôpitaux flamands avec comme titre, « Kwart ziekenhuizen in het rood » (Bart Haeck). On peut y lire que 12 des 48 hôpitaux généraux ont clôturé l'année 2018 dans le rouge. Le chiffre d'affaires est de 8,5 milliards d'euros et la marge bénéficiaire est de 0,7%. Durant ces 5 dernières années, les 12 grands hôpitaux avaient une marge bénéficiaire (1,3%) supérieure aux petits hôpitaux (0,3%). Ceci n'apparaît plus en 2018. Les 12 plus grands hôpitaux ont une marge de 0,7% et les 12 plus petits une marge de 1,2%. Les grands hôpitaux ont 25% de personnel en plus par lit que les petits hôpitaux. *De Tijd* a fait une analyse approfondie de 23 des 48 hôpitaux. De cette analyse, il ressort une perte totale de 84 millions d'euros dans les coûts de personnel infirmier, mais un bénéfice total de 89 millions d'euros par l'utilisation des techniques médicales et de 76 millions d'euros pour la pharmacie parce qu'ils font un bénéfice de plus d'1% sur les médicaments très chers.

En page 4 du même journal, on retrouve l'interview du CEO de ZNA, le Dr Wouter DE PLOEY. Le ZNA est le plus grand hôpital général de Flandre. Il y cite que, selon Belfius, la marge bénéficiaire pour assurer la santé des finances des hôpitaux doit être de 1%. Pour rappel, dans le MAHA de 2019, cette marge est de 0,2%. Le secteur est donc en difficulté. Si en 2011 il y avait un bénéfice cumulé de 114 millions d'euros, en 2018, il est le plus bas de toutes ces dernières années avec 56 millions d'euros. Sur les 48 hôpitaux, seuls 5 ont réussi à avoir une marge de 1% et 14 sont dans le rouge. Des petits hôpitaux ont fusionné ce qui a permis d'assainir les finances. Le directeur du ZNA espère la fusion de son hôpital, le plus grand de Flandre, avec le troisième (St. Augustinus). Dans son analyse, il constate que le financement par les lits justifiés diminue pour deux raisons, la médecine ambulatoire et la diminution des durées de séjour. Par contre, la rotation plus rapide des patients par lit augmente le coût en personnel de nursing et d'entretien.

Le Dr Wouter DE PLOEY cite trois causes principales des difficultés financières de son hôpital. La nécessité d'investir dans un nouvel hôpital pour augmenter l'efficacité, le coût du dossier médical électronique et l'accréditation non seulement des soins, mais aussi de l'infrastructure. Pour les hôpitaux publics, s'ajoutent encore le coût des statutaires et des pensions. Il demande à l'autorité régionale de prendre en charge la moitié du coût.

L'Écho du 18/11/2019, sous la plume de Benoît MATHIEU, publie un article au titre inquiétant : « À Bruxelles et en Wallonie, 45% des hôpitaux sont dans le rouge ». L'Écho, en complément de l'étude Belfius, a examiné les chiffres de 38 hôpitaux bruxellois et wallons. Réunies ensemble, ces institutions affichent un résultat courant négatif et la marge bénéficiaire cumulée est de moins 0,05%. La marge des cinq dernières années est de 0,3%, et en cinq ans, 44,74% des institutions affichent une marge négative. Cette marge bénéficiaire est plus importante à Bruxelles (0,35%) qu'en Wallonie (0,27%), mais en nombre d'hôpitaux, 54,55% ont une marge bénéficiaire négative à Bruxelles contre 40,74% en Wallonie. Jean HERMESSE, secrétaire général des Mutualités chrétiennes, considère que le système est inflationniste. Le BMF est accordé selon le nombre des admissions et les lits justifiés. Il cite : « Le moteur du système est la seule croissance, sans que l'on se préoccupe que cela corresponde à la réalité des besoins. De quoi entraîner une forme de surconsommation ».

Yves SMEETS, directeur général de Santhea, la fédération hospitalière la plus importante en francophonie, parle d'un sous-financement structurel depuis vingt ans. Les coûts de l'administration et du personnel ne sont pas couverts, et les hôpitaux ont de nouveaux défis à relever tels l'informatique, l'accréditation, les normes AFSCA³⁶ ou AFCN³⁷. Le manque de financement structurel est-il couvert par les honoraires médicaux ? Jean HERMESSE pense que les 10% du PIB qui vont aux soins de santé sont mal utilisés. Du pareil au même. Il faut refondre le mode de financement afin de briser son cercle vicieux. Solidaris, la mutualité socialiste, évoque le caractère opaque et l'embrouillamini actuel. Certains hôpitaux s'en tirent mieux que d'autres avec le même système de financement. Les « bons » ne se

³⁶ Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire

³⁷ Agence fédérale de Contrôle nucléaire

plaignent pas. Sont-ils plus efficaces ? Certaines activités pourraient être mieux financées que d'autres. Mais l'épais brouillard qui les entoure ne permet pas de les identifier.

Les hôpitaux tirent 1,4 milliard d'euros soit environ 10% de leurs recettes de la poche des patients. Si l'hôpital a une patientèle défavorisée, il ne peut pas faire appel à des suppléments trop élevés. *L'Écho* parle d'une stratification sociale des hôpitaux. « C'est un risque de dérive grave qui n'a rien à voir avec le mode de gestion ou la qualité des soins. »

Enfin, les réseaux devraient permettre des économies en rationalisant l'offre. Yves SMEETS de Santhéa déclare : « Espérer des économies ? C'est un leurre ! ». Dans son rapport MAHA, Belfius va dans le même sens. Uniformiser l'offre en fonction des besoins demandera des investissements et des choix stratégiques entre hôpitaux qui, jusqu'à présent, sont concurrents et ne travaillent pas ensemble. Songeons à l'informatique, la structure du service, la culture de l'entreprise et la façon de gérer les soins.

Pour conclure, le système est gangrené parce qu'il ne correspond plus à la réalité. Le financement des hôpitaux est « sauvé » par les honoraires des médecins. Ces honoraires sont accordés sur la base d'une nomenclature qui date des années 60. Cette nomenclature n'a jamais été adaptée mais rafistolée en fonction des marges budgétaires disponibles.

La Loi sur les hôpitaux demande aux médecins de financer les moyens nécessaires à la réalisation de leurs prestations, et le BMF devrait couvrir les charges pour l'exploitation et la construction de l'hôpital. Or, depuis 2002, le financement du BMF est basé sur les lits justifiés et donc sur les prestations des médecins. Le système est de fait inflationniste. Comme l'écrit *De Tijd*, les machines contribuent lourdement au financement et tous savent que les services de radiologie, dialyse et biologie clinique financent l'hôpital. Depuis des années, les ministres rabetotent systématiquement les remboursements des prestations techniques. La presse accuse les néphrologues, les radiologues et les biologistes cliniques de gagner trop d'argent. On crée des mythes. Pour garantir la qualité – notion subjective et souvent difficile à définir – on accrédite, normalise, crée de nouveaux besoins qui ne sont pas financés. Pour survivre dans ce système de concurrence entre les hôpitaux et pour assurer « la qualité », les hôpitaux investissent. Les financements publics sont insuffisants, alors on s'endette par les emprunts bancaires. Comme le financement par le BMF est insuffisant, on reporte l'investissement sur les honoraires. La charge pour les médecins devient trop lourde et on investit moins dans le médical. Mais d'un autre côté, on investit dans des techniques à la mode comme le robot, pour son effet marketing.

Depuis 2019, 57 prestations sont forfaitisées. Le but de la mesure est d'éviter les écarts de pratiques et des coûts, et de standardiser les processus. Cette standardisation est fonction du coût moyen et non de la meilleure pratique de soins. Automatiquement, certains seront heureux car ils ne perdent rien : d'autres seront malheureux car la masse de leurs honoraires diminuera. Le gestionnaire, lui, restera avec ses besoins et sa difficulté à financer l'institution. Le risque est que les médecins diminuent leurs investissements médicaux. La spirale négative de la « non-qualité » se prépare. Et comme aux Pays-Bas, on se dirige vers des faillites d'hôpitaux. Or, l'hôpital est souvent le plus gros employeur d'une ville. Certains hôpitaux sont des hôpitaux publics et dépendent des CPAS. Comment les pouvoirs politiques locaux vont-ils accepter que les réseaux mènent à la fermeture de « leur » hôpital ? À l'exemple de l'étranger, il faudra comme le dit Jean HERMESSE, « réinventer » tout le système.

C'est donc tout le système qu'il faut repenser. Le maillon faible reste le médecin et son honoraire. Les mentalités sont en train de changer. L'équilibre entre professionnel et privé a pour conséquence que les médecins veulent travailler moins, moins produire (paiement à l'acte) et devront accepter de moins gagner...

4 Politique

4.1 Mémoire du GBS pour les élections du 26 mai 2019

À l'approche des élections du 26 mai 2019, comme beaucoup d'autres organisations, le GBS a rédigé un mémoire pour les futurs administrateurs politiques. Le projet de texte de ce mémoire a été discuté à plusieurs reprises au sein du comité exécutif du GBS et du comité directeur, composé de représentants de toutes les unions professionnelles affiliées au GBS. Le texte original a été complété et amendé compte tenu des commentaires formulés par les unions professionnelles. Le mémoire a été approuvé par la réunion du comité exécutif le 21.03.2019. Il a été publié dans l'édition d'avril 2019 du bulletin destiné aux membres, « Le Médecin Spécialiste ».

D'emblée, les grands principes sont énumérés, à savoir : garantir l'accessibilité universelle aux soins tout en maintenant la qualité et un financement durable, accroître l'efficacité des hôpitaux, réformer les hôpitaux en réseaux hospitaliers, assurer la complémentarité en première ligne entre la médecine générale et la médecine spécialisée extrahospitalière, comme les consultations en pédiatrie, gynécologie, dermatologie, cardiologie, ophtalmologie, etc., la prise en charge de la dépression et du burn-out, et la pédopsychiatrie.

Le GBS promeut une réforme de la nomenclature en profondeur. Le financement d'un acte doit couvrir tous les coûts directement ou indirectement liés à la réalisation de l'acte, par exemple les coûts de stérilisation. Les honoraires forfaitaires déterminés dans le cadre de soins à basse variabilité manquent de transparence et génèrent des coûts administratifs supplémentaires importants pour les hôpitaux. L'exercice de la médecine n'est pas une activité commerciale.

La formation du médecin spécialiste n'est pas une activité académique pure, mais une formation qui reste liée à l'exercice d'une profession et donc, à une formation professionnelle.

Le mémoire développe ensuite ces points plus en détail. Il préconise une source de financement alternative, complémentaire à la sécurité sociale, et éventuellement une privatisation de la couverture universelle par des assurances privées, afin de maintenir la solvabilité. Pour la médecine spécialisée, on plaide pour une réduction des coûts en milieu hospitalier et promouvoir une médecine « spécialisée » de ville proche des patients. Pour le financement des hôpitaux, le GBS ne s'oppose pas au forfait hospitalier pour une pathologie, comme moyen de maîtriser les coûts. Cependant, ces honoraires forfaitaires ne doivent pas générer une sous-consommation ni une baisse de la qualité des soins. D'autre part, la technologie médicale progresse à pas de géant, et ces nouvelles technologies ont leur prix. Mettre les hôpitaux en concurrence et donc déclencher une surenchère d'investissements pour des motifs de marketing pur est une approche commerciale des soins de santé qui n'apporte aucune valeur ajoutée aux patients. La logique des réseaux hospitaliers avec le regroupement des techniques et des ressources humaines pour des pathologies spécifiques permettra d'améliorer l'efficacité et donc les soins liés à une pathologie spécifique. Toutes les pathologies ne pourront plus être traitées dans tous les hôpitaux. Le GBS demande la création de réseaux locorégionaux avec des regroupements d'activités et la superspécialisation de certains centres tant universitaires que non universitaires.

Le mémoire souligne aussi le rôle spécifique du médecin spécialiste dans la gestion des hôpitaux. Le GBS soutient le modèle consensuel médecin-gestionnaire au niveau du réseau. Il demande une révision du mode de financement des hôpitaux, qui manque aujourd'hui de transparence, est hypercomplexe et injuste, car il finance une activité qui remonte à deux ou trois ans en arrière et non la réalité actuelle. En ce sens, un budget de fonctionnement pluriannuel donne aux hôpitaux une marge budgétaire qui devra couvrir les frais liés à l'exploitation. Le GBS souligne l'aberration du financement actuel, où les déficits sont pris en charge (partiellement ou totalement) par les prélèvements sur les honoraires. Or, dans une médecine forfaitaire, les honoraires ne doivent pas couvrir les coûts liés à l'exercice de la spécialité ou les déficits des hôpitaux. En ce sens, la réforme du financement des

hôpitaux est étroitement liée à la réforme du prélèvement sur honoraires et donc à la réforme de la nomenclature.

La programmation et le financement de l'appareillage lourd sont déterminés par le gouvernement fédéral qui attribue à chaque région le nombre d'appareils et de techniques autorisés. Les régions répartissent sur leur territoire les lieux où ces investissements peuvent être réalisés. Ces répartitions doivent pouvoir se réaliser en fonction de la demande de soins et des opportunités institutionnelles. Les médecins sont bien conscients que ce financement forfaitaire arrive parfois avec un certain retard ou ne couvre pas les coûts réels. Ils craignent donc de devoir à nouveau contribuer à ce financement. Non seulement, il y aura une nouvelle technique avec sa période d'apprentissage et ses coûts d'opportunité dus à la « perte de temps » entraînée par cette période d'écologie, mais en plus les médecins devront également contribuer au financement de ces coûts d'opportunité sans compensation de revenus.

Les hôpitaux publics du CPAS ont des coûts qui n'existent pas dans les hôpitaux privés, étant donné le problème des employés statutaires et des pensions. Le financement des hôpitaux reste le même, qu'il soit public ou non. Mais ici aussi, les médecins sont mis à contribution pour combler le déficit. Il serait donc souhaitable de prélever le financement du personnel statutaire et des pensions dans le budget de l'hôpital.

L'achat de l'appareillage lourd nécessaire implique des contrats d'entretien souvent forfaitaires et d'un montant égal à un pourcentage (par exemple 10 %) du prix d'achat. Compte tenu de l'évolution technologique, la durée de vie de ces équipements est parfois inférieure à leur amortissement. Certaines firmes n'offrent plus d'entretien ou ne garantissent plus les réparations des appareils qui fonctionnent encore, ce qui oblige les médecins et les hôpitaux à acheter de nouveaux équipements. Les firmes devraient par exemple être obligées d'assurer l'entretien pendant 15 ans après l'achat.

Le GBS soutient les réseaux géographiques de soins qui répondent aux attentes des patients. De fait, la création de réseaux sur une base idéologique ou de type public ou de type privé est illogique. Il faudrait que chaque réseau la totalité des soins. Les hôpitaux universitaires seraient des centres hyperspécialisés pour les affections rares voire exceptionnelles. Pour les pathologies nécessitant certains volumes (œsophage, pancréas), les réseaux peuvent passer des accords avec des centres agréés. Le GBS voudrait que ces maladies qui ne sont pas rares ne soient pas seulement réservées aux seuls centres universitaires. Si les réseaux purement universitaires sont maintenus, les hôpitaux généraux seront réduits à des centres de seconde zone, sans pathologies complexes, seulement avec des pathologies courantes et des « médecins de seconde zone ». Or, c'est en traitant des soins très complexes que nous maintenons notre expertise dans les soins, même « de seconde zone ». La population comprendra très vite que dans la nouvelle constellation, l'hôpital locorégional n'est pas un hôpital de haut niveau. Pour soigner les maladies « graves », il faudra aller à l'université mais chaque patient estime que sa pathologie est « grave ».

Le concept de première et deuxième voire troisième ligne est totalement dépassé. Le patient a besoin des meilleurs soins, et donc de la compétence appropriée de la part du prestataire de soins. En ce sens, il faudra développer des consultations de médecins spécialistes en dehors de l'hôpital, comme les gynécologues, les dermatologues, les ophtalmologues et les pédiatres. Ces consultations sont bien décrites dans l'introduction du mémorandum comme complémentaires à celles du médecin généraliste. Il n'y a pas de substitution mais une optimisation de l'offre médicale. En outre, le choix du médecin est libre. Obliger le médecin généraliste à être le « gatekeeper » donnant accès à la médecine spécialisée est contraire à cette liberté fondamentale. La médecine générale est en pleine évolution. Le médecin généraliste donne souvent des consultations sur rendez-vous, n'est pas le point de contact pour des urgences médicales réservées aux SMUR, et il joue un rôle essentiel dans la médecine préventive et les maladies chroniques.

Bien que nous comprenions la logique budgétaire qui est à la base des honoraires forfaitaires des soins à basse variabilité, nous voudrions souligner la complexité de ce montant « all-in » et la quasi-impossibilité de l'implémenter dans les hôpitaux. La double facturation et les difficultés techniques

(programmes informatiques) liées au financement des médecins à partir des honoraires à basse variabilité nécessitent une révision du système.

Dans son mémorandum, le GBS attire l'attention des politiciens sur l'absence d'identité du nouveau-né, le coût exorbitant de la stérilisation des endoscopes, colonoscopes etc. par rapport au remboursement de l'acte, la prise en charge des affections psychiatriques comme le burn-out et la dépression, et l'optimisation des soins en créant des trajets de soins.

Le GBS demande aux responsables politiques de faciliter la formation des candidats spécialistes en publiant des critères de formation spécifiques par spécialité. Les avis formulés pour l'actualisation de ces critères sont sur le bureau de la ministre depuis parfois presque 3 ans. Le GBS souligne qu'il n'existe pas de chambre de recours en Fédération Wallonie-Bruxelles. Il s'oppose à ce que les assistants servent (uniquement) à assurer la continuité des soins et corvées administratives des services. Le GBS demande une formation de qualité, un contrôle de la qualité par un organisme indépendant et non par une commission dont les membres « reçoivent » les assistants en formation selon le bon-vouloir d'un maître de stage coordinateur.

Le 12.04.2019, *De Standaard* a titré en lettre capitales : « De dokter is razend op de dokter » (Le Docteur en colère contre le docteur). « Nous sommes mis à l'écart comme des fonctionnaires incompetents. » Cet article faisait suite à un communiqué de presse du Dr Roel VAN GIEL, président de Domus Medica, et du Dr Dieter VERCAMME, président d'Artsenbelang. Le 10.04.2019, l'agence Belga recevait donc cet article intitulé « Kroniek van een aangekondigde moord op de huisartsengeneeskunde » (Chronique d'une mort annoncée de la médecine générale) (11.04.2019). « Il semble que nous soyons des fonctionnaires avec un travail de neuf à cinq », a déclaré le Dr Roel VAN GIEL. « Cela ne correspond pas du tout à la réalité. Nous sommes choqués. » Un peu plus loin, il a dit à propos des consultations de spécialistes en dehors de l'hôpital : « Apparemment, nous nous dirigeons vers une sorte de médecine de luxe ». La ministre DE BLOCK a très intelligemment nuancé ces déclarations en soulignant la liberté de choix du médecin par le patient, la place du médecin généraliste dans les soins et le problème de la formation des médecins généralistes et spécialistes dans le traitement du burn-out et de la dépression.

Cependant, on est frappé par la violence du titre « Chronique d'une mort annoncée de la médecine générale » et la frustration d'un médecin généraliste qui considère la médecine spécialisée comme une médecine coûteuse pratiquée dans des villas. Le même jour, *Het Nieuwsblad* en a fait la une de son édition et a publié en page trois, un article avec une photo du président de Domus Medica et du président du GBS. Radio Één en a fait un débat entre 18 et 19 heures. Lorsque le soussigné demandait sur le mode rhétorique si la journaliste consultait son gynécologue ou son ophtalmologue préférentiellement à son médecin généraliste, le ton changeait.

Nombreuses questions sans réponses ! Pourquoi un communiqué de presse à Belga ? Pourquoi le titre d'une mort annoncée ? Pourquoi se considérer comme un fonctionnaire avec un emploi de neuf à cinq ? Pourquoi réduire ses collègues spécialistes à des médecins qui se font de l'argent facile dans des villas luxueuses ? Pourquoi...

4.2 Les réseaux hospitaliers

Le 28 février 2019, la Chambre a voté la modification de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et les autres établissements de soins en ce qui concerne les réseaux cliniques entre hôpitaux³⁸. Ainsi, le deuxième des grands chantiers de la ministre Maggie DE BLOCK était transposé en loi. Celle-ci est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

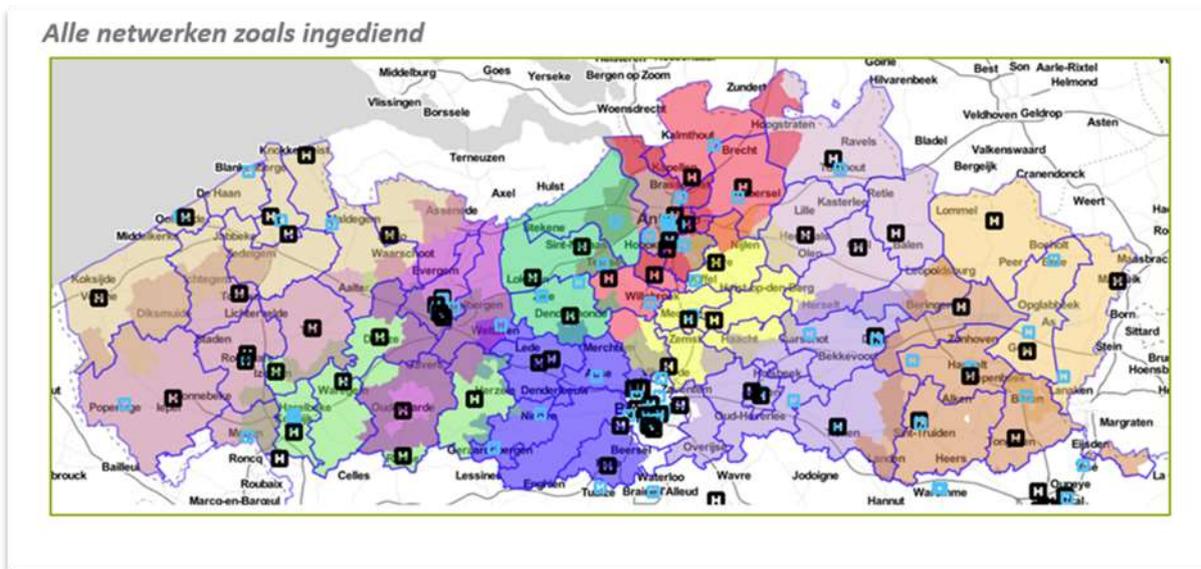
Les hôpitaux n'ont pas attendu cette loi pour prendre les premières dispositions nécessaires à la formation des réseaux hospitaliers³⁹. En Flandre, la ministre fédérale de la santé publique Maggie DE

³⁸ M.B. du 28.03.2019

³⁹ Voir point 4.1. *Les réseaux hospitaliers* dans le rapport annuel 2018 du GBS *La symphonie inachevée de Maggie*.

BLOCK et son collègue au niveau flamand Jo VANDEURZEN (CD&V) ont coécrit une lettre à tous les hôpitaux flamands afin de leur demander de communiquer leurs intentions pour le 15 février 2018 au plus tard. Dans sa présentation au symposium annuel du GBS du 02.02.2019, Jo VANDEURZEN est revenu en détail sur ce sujet⁴⁰. Une première carte provisoire a déjà pu être projetée lors de ce symposium. Par ailleurs, la Flandre travaille à la subdivision du territoire en 60 zones de première ligne. Mais ces zones ne correspondent pas toujours à la carte des réseaux hospitaliers.

Pendant la séance des questions du 22 octobre 2019, le tout nouveau ministre de la Santé publique, Wouter BEKE (CD&V), a pu informer Elke SLEURS (N-VA)⁴¹ que le 15 octobre 2019, treize demandes d'agrément d'un réseau hospitalier ont été reçues. Tous les hôpitaux généraux et universitaires sont repris dans un réseau hospitalier. Quatre des huit hôpitaux de réadaptation font aussi partie d'un réseau. Les hôpitaux de réadaptation peuvent mais ne doivent pas nécessairement faire partie d'un tel réseau. Les 13 réseaux couvrent l'intégralité du territoire flamand. Cependant, les demandes n'étaient pas toutes complètes et n'ont pas pu être traitées pour fin 2019, date limite. En principe les réseaux devraient être agréés prochainement.



La formation des réseaux hospitaliers en Fédération Wallonie-Bruxelles a été moins évidente. La logique géographique sur laquelle se basent les réseaux hospitaliers, a suscité une forte opposition. La Fédération préférait baser la formation des réseaux sur des assises idéologiques (confessionnel contre public/non confessionnel) et/ou une logique universitaire. Dans ce contexte, le président de l'Association belge des Directeurs d'Hôpitaux, Paul D'OTREPPE, a fait remarquer dans l'Écho du 25 avril 2019 que si la Wallonie s'engageait dans la voie des réseaux idéologiques, cela entraînerait une scission de la sécurité sociale. Autre pierre d'achoppement de nature législative : l'interdiction que le privé siège dans les organes de gestion d'un hôpital public. Le projet de décret de la ministre wallonne Valérie DEBUE qui devait permettre la collaboration entre les hôpitaux privés et publics, n'a pas pu être soumis à un vote avant les élections du 26 mai 2019. En raison du décrochage d'un élu MR qui a rejoint la nouvelle liste Destexhe de l'ancien coryphée du MR Alain DESTEXHE, le MR et le CdH n'avaient plus de majorité au parlement wallon. Impossible de trouver une majorité alternative. Le PS ne soutenait pas le projet de décret DEBUE car le patient devrait toujours avoir la possibilité de se faire soigner dans un hôpital public. Selon le PS, les hôpitaux publics sont en effet plus accessibles aux patients à faible revenus.

⁴⁰ Voir point 1.3.1 *Le paysage hospitalier en mutation – Symposium annuel du GBS 02.02.2019.*

⁴¹ Commission pour le Bien-être, la Santé publique, la Famille et la Lutte contre la pauvreté. Demande d'explication sur le développement des réseaux hospitaliers en Flandre d'Elke Sleurs au ministre Wouter Beke [167 (2019-2020)]

Sur le terrain, les hôpitaux wallons ne sont pas restés les bras croisés. Les hôpitaux se sont mis en relation et se sont concertés. La loi sur les réseaux hospitaliers prévoit la création de maximum 8 réseaux hospitaliers en Région wallonne. Pendant tout un temps, il a été question de la formation de seulement 7 réseaux. Cependant, les négociations pour la formation de certains réseaux ont capoté, on en est revenu au scénario des 8 réseaux.

Sur le plan législatif, un premier pas a été franchi le 12 novembre 2019⁴², avec l'approbation d'un projet de décret à la commission de la Santé publique permettant la collaboration entre hôpitaux privés et publics. Le mercredi 26 novembre 2019, le décret a été approuvé par le Parlement wallon en séance plénière. Ce décret permet aux hôpitaux publics et privés de collaborer dans le cadre de la composition des réseaux hospitaliers. Le ministre des Directions locales, Pierre-Yves DERMAGNE (PS), a donc réussi là où la Ministre DEBUE avait dû baisser pavillon.

L'article 4 du décret du 27.11.2019 stipule que: *“Lorsqu'une collaboration hospitalière est conclue entre au moins un hôpital privé et au moins un hôpital public, elle est constituée, par leurs gestionnaires, en association sans but lucratif de droit privé conformément au Code de sociétés et des associations, sauf autre accord des gestionnaires de ces hôpitaux quant à la forme juridique du gestionnaire de la collaboration hospitalière.*

Lorsqu'une collaboration hospitalière est conclue uniquement entre hôpitaux publics, ceux-ci choisissent la forme juridique du gestionnaire de la collaboration hospitalière dans le respect de la législation organique auxquels sont soumis leurs gestionnaires.”

Ce dernier paragraphe ne reflète pas une volonté de rationalisation de l'offre des soins, mais le maintien d'une distinction entre deux réseaux différents dans une même région, entre le public et le privé. L'article stipule que ces deux propositions forment la base légale minimale d'un cadre juridique permettant de créer les réseaux pour le 1^{er} janvier 2020.

Dans un pays divisé qui, au moment de la rédaction de ce rapport, est encore sans gouvernement, on ne peut qu'espérer que l'Écho du 25 avril 2019 reste un écho qui se perd.

Cependant, ce décret n'a pas d'influence sur le caractère public des hôpitaux publics qui conservent ce statut, ni sur les activités de ces hôpitaux.

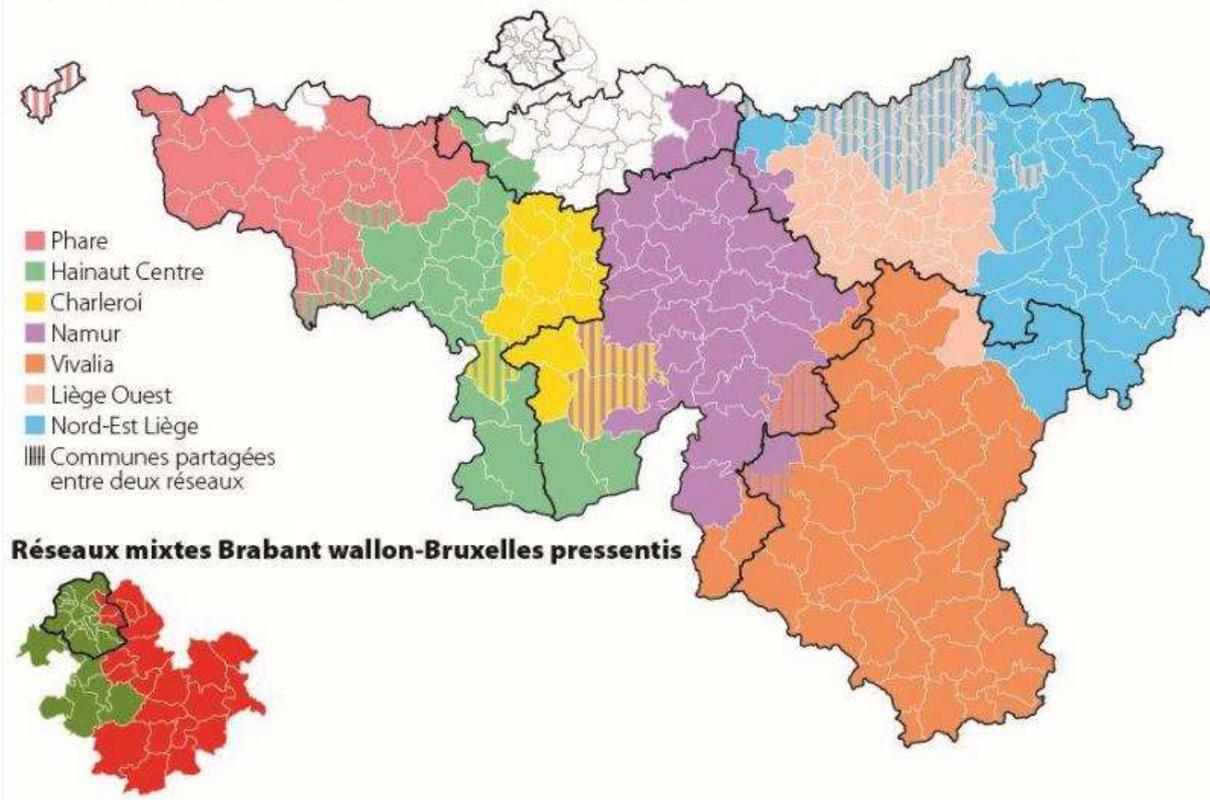
Un décret adopté le 12 décembre 2019⁴³ jette les bases de l'agrément des réseaux hospitaliers.

La carte provisoire suivante des réseaux hospitaliers circule.

⁴² Décret du 28.11.2019 relatif à la collaboration entre hôpitaux impliquant une personne morale de droit public soumise au Code de la démocratie locale et de la décentralisation et Décret du 28.11.2019 relatif à la collaboration entre hôpitaux impliquant une personne morale de droit public soumise à la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale (M.B. 10.12.2019). Les deux décrets sont entrés en vigueur le 15.12.2019.

⁴³ Décret modifiant les articles 411 et 412 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé et insérant un article 413bis. (M.B. 23.12.2019).

Carte des réseaux hospitaliers locorégionaux pressentis



Source : Le Soir

À Bruxelles, les réseaux hospitaliers ne se sont pas encore formés. On attend encore une ordonnance qui rende possible la collaboration entre hôpitaux publics et privés. Cependant, quelques lettres d'intention ont déjà été signées. La première concerne le réseau regroupant l'UCL, l'hôpital Saint-Jean et la Clinique Saint-Pierre à Ottignies, premier réseau hospitalier wallon débordant les frontières régionales.

Un aperçu de tous les réseaux hospitaliers fera l'objet d'un article dans le rapport annuel 2020. Au moment de la rédaction du présent rapport annuel 2019, des négociations sont toujours en cours tant en Wallonie qu'en Flandre et à Bruxelles.

4.3 Révision de la nomenclature

Le 25 septembre, Jo DE COCK, administrateur général de l'INAMI, en présence du Dr Bert WINNEN, chef de cabinet de Maggie DE BLOCK, a réuni les universités, les mutuelles et les organisations professionnelles, y compris le GBS, pour lancer officiellement la réforme de la nomenclature des soins de santé.

Ce projet donne le coup d'envoi à la mise en œuvre de l'accord du gouvernement 2014-2019 de Michel I⁴⁴. Cet accord stipulait en effet qu'une réforme et une simplification en profondeur de la nomenclature devaient avoir lieu pour une adéquation transparente entre les tarifs et les coûts réels des prestations, et la suppression des différences injustifiées entre les disciplines médicales. Les prestations intellectuelles (notamment pour les disciplines en pénurie), les avis consultatifs, la concertation et la coordination dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire, sont mieux valorisés. Le coût du matériel ou des produits utilisés dans le cadre de la prestation de soins ne peut avoir une influence

⁴⁴ Voir page 73 de l'accord gouvernemental du 9 octobre 2014.

directe sur le tarif facturé par le prestataire de soins. La réforme doit rester stimulante pour encourager la productivité et la spécialisation.

Une disposition similaire a été reprise dans l'accord médico-mutualiste 2018-2019.

La révision de la nomenclature est un chantier d'envergure. On distingue essentiellement trois types d'actes médicaux différents:

- Les actes techniques médico-chirurgicaux, soit 2 508 libellés différents
- Les actes de consultations et avis, soit 345 prestations
- Les actes médicotechniques automatisés, soit 895 libellés.

Au total 3 748 actes doivent être réécrits et valorisés.

Le processus décisionnel et les experts chargés de cette mission, à savoir les professeurs PIRSON et LECLERCQ de l'ULB, les professeurs TRYBOU et ANNEMANS (UGent) et la firme Möbius ont été présentés.

La réforme aura lieu en trois phases :

- Phase I: restructuration des libellés
- Phase II: élaboration des balances de valeur relationnelle (scores d'intensité) pour la partie professionnelle
- Phase III: évaluation des frais de fonctionnement relatifs aux actes médicaux.

La révision des actes techniques médico-chirurgicaux a été confiée aux professeurs PIRSON et LECLERCQ. Les deux professeurs qui font partie du centre universitaire de gestion, économie et droits appliqués aux Institutions de Soins de Santé à l'ULB, travaillent depuis des années sur les coûts des prestations hospitalières et des honoraires médicaux dans le cadre de l'étude PACHA.

Les travaux se dérouleront en plusieurs phases. Une première phase consistera à introduire une arborescence logique pour les différentes prestations de la nomenclature afin d'améliorer la lisibilité et rendre possible la comparabilité internationale. À cet égard, des propositions seront formulées pour adapter le libellé des différentes prestations et les compléter si nécessaire.

La libellisation des prestations suivra 3 axes en se posant les questions où, quoi et comment. Dans l'exemple de la néphrectomie (anatomie), celle-ci peut être partielle ou totale (acte), par laparotomie, laparoscopie ou par robot assisté. Donc la néphrectomie compte désormais 6 libellés différents: trois pour la néphrectomie totale et trois pour la partielle. La durée de la réécriture, soit la phase I, demandera 2 ans.

Les résultats seront validés par des représentants des spécialités concernées.

En phase II, il faudra également compter une à deux années pour valoriser les codes ICHI⁴⁵ de l'OMS⁴⁶. En phase 3, on y ajoutera le coût des moyens techniques nécessaires à la réalisation de l'acte. Les travaux devraient être finalisés en 2023 ou 2024.

La révision des actes médicotechniques automatisés dont la biologie clinique, l'anatomo-pathologie, la radiothérapie et la médecine nucléaire⁴⁷ est confiée à la société Möbius qui a une expérience dans l'audit des coûts et de l'organisation des hôpitaux. Les consultants se concerteront largement auprès des professionnels et des organisations de médecins spécialistes pour comprendre le système belge et les différences régionales. Riche de l'expérience des autres consultants, l'ULB et l'UGent, la firme Möbius déterminera une méthodologie dans les deux mois qui suivent les consultations. Möbius estime

⁴⁵ International Classification of Health Interventions

⁴⁶ Organisation Mondiale de la Santé

⁴⁷ Au début de la réunion, le Dr Marc MOENS a protesté contre ce libellé. Il est tout au plus question d'actes médicotechniques partiellement automatisables.

que ses travaux de première phase, soit la réécriture de la nomenclature en biologie clinique, anatomopathologie, médecine nucléaire et radiothérapie, se termineront en mars 2021.

L'INAMI a mandaté le groupe de l'Université de Gand pour les actes de consultation et d'avis. Le Pr TRYBOU a exposé la méthodologie qu'ils comptent utiliser. Avec le Pr ANNEMANS, ils vont étudier les différents systèmes internationaux et prendre en compte des éléments comme la coordination des soins, le caractère multidisciplinaire, la permanence, l'e-health, la communication et la collaboration avec les autres médecins et les autres soignants.

Sur cette base, ils vont créer un « projet » de nouvelle nomenclature. Ils élaboreront une proposition, primo, pour des médecins individuels et secundo, pour une médecine de groupe. Les médecins spécialistes devront être très vigilants quant à savoir si les modèles respectent la liberté de choix des patients et la pratique extrahospitalière de la médecine spécialisée.

Entre 2016 et 2018, le GBS a déjà participé activement à la mission que la ministre DE BLOCK avait confiée aux professeurs LECLERCQ et PIRSON de l'ULB pour la détermination de la valeur de la nomenclature au sein d'une spécialité. Les experts délégués par le GBS ont contribué à valider, par spécialité, le temps, la complexité et le risque d'une sélection de prestations dans le cadre de la nomenclature actuelle.

Le 4 septembre 2019, le GBS ainsi que les syndicats médicaux et les universités, ont été invités à déléguer des experts pour les différentes spécialités énumérées ci-après.

Dès décembre 2019, les travaux relatifs aux articles et spécialités suivants ont débuté : article 14 j : urologie ; article 14 e : chirurgie thoracique ; article 14 i : ORL ; article 20 b : pneumologie ; article 20 e : cardiologie.

Ont également été communiqués à l'INAMI, les noms des experts des traitements médicotéchniques automatisés, soit, l'anatomie pathologique, la biologie clinique, la radiothérapie et la médecine nucléaire, sous la direction du groupe Möbius.

Par l'intermédiaire du Pr Yolande LIEVENS, ancienne présidente de l'union professionnelle de radiothérapie-oncologie, les radiothérapeutes ont déjà eu des contacts positifs avec la firme Möbius dans le cadre de l'étude européenne HERO⁴⁸. Cette étude a aussi tenu compte de la composante radiologique pour calculer le prix de la nouvelle nomenclature de radiothérapie.

Il est étrange que la médecine nucléaire fasse partie du groupe des actes médicotéchniques plus automatisés car cette spécialité est très proche de la radiologie qui est reprise dans le groupe des prestations médicales de l'équipe PIRSON-LECLERCQ

Pour préparer les experts à leur tâche, le GBS a organisé une session d'information le 14 novembre 2019 au Gosset Hotel. Le Dr Jean-Luc DEMEERE a exposé en détail l'objectif de la révision de la nomenclature. Cette session a réuni pas moins de 35 participants.

Le Dr Bart DE SAEDELEER, président de l'union professionnelle des pneumologues, a pris l'initiative d'inviter des experts en pneumologie de tous bords comme les syndicats de l'ABSyM et du Cartel, et les universités, afin d'analyser avec eux les textes transmis par l'INAMI et de formuler collectivement des propositions d'amélioration. Une initiative semblable a été prise au nom des chirurgiens par le Dr Herman SCHROË et le Pr Dr Dirk VAN RAEMDONCK, pour la chirurgie thoracique. À l'occasion du congrès national d'ORL, les experts en ORL se sont livrés au même exercice pour leur nomenclature.

Dans leur lettre de nouvel an, envoyée aux membres de l'union professionnelle de pneumologie, les Drs Bart DE SAEDELEER et Jan LAMONT ont souligné l'importance d'une concertation préliminaire et d'une analyse approfondie avec l'ensemble des experts. Dans les documents présentés, il est proposé de supprimer un certain nombre de tests « obsolètes ». Cela impliquait donc la suppression d'une grande

⁴⁸ Phase 3 d'une étude randomisée concernant l'usage sécurisé et l'efficacité d'un médicament spécifique pour le traitement des cancers de la prostate avancés.

partie de la nomenclature de la fonction pulmonaire. Une opposition coordonnée s'est exprimée de sorte que pendant la réunion à l'INAMI, il a été décidé de maintenir la nomenclature existante en la matière. L'objectif ultime est d'obtenir le remboursement des prestations effectuées depuis déjà des années sans remboursement, mais aussi l'introduction de toutes nouvelles prestations.

Pour les consultations, les avis et les honoraires de surveillance, c'est le groupe de l'université de Gand qui s'attèlera à la mission de l'INAMI. Le 25.09.2019, le Pr TRYBOU a ébauché la méthodologie qu'ils comptent utiliser. Avec le Pr Lieven ANNEMANS, ils vont étudier différents systèmes internationaux parmi lesquels, les systèmes de soins de santé de France, d'Allemagne, des Pays-Bas, de Suisse et de l'Ontario.

Cette équipe n'en est pas à ses premiers pas. Le 1 décembre 2016, elle a publié l'ouvrage « Herijking van de medische nomenclatuur in België. Voorstel van principes en methodiek »⁴⁹.

Cette équipe souhaite écrire une nouvelle nomenclature en se basant sur une nouvelle forme de médecine, selon que celle-ci soit exercée dans le cadre d'une pratique de groupe ou individuelle et en paramétrant toute une série de nouvelles réalités comme l'informatique, la médecine multidisciplinaire, la communication, la continuité et la coordination des soins. Il ne faut pas sous-estimer les travaux de cette équipe car de nombreuses disciplines effectuent un grand nombre de prestations intellectuelles. Pensons par exemple aux psychiatres, gériatres, oncologues, rhumatologues etc. En 2018, tous les spécialistes pris ensemble ont attesté 28 millions de consultations réparties comme suit:

- pédiatres: 1 million
- gynécologues: 3,5 millions
- dermatologues: 2,5 millions
- ophtalmologues: 3,5 millions

Les généralistes ont attesté plus de 40 millions de consultations.

Jusqu'à présent, les professeurs TRYBOU et ANNEMANS, qui ne sont pas médecins mais économistes de la santé, ne nous ont pas encore invités à désigner des experts.

Les Prs TRYBOU et ANNEMANS clôtureront cette première phase de révision de la nomenclature des prestations par des médecins pour mars 2021.

Ici aussi, les médecins spécialistes devront être très vigilants quant à savoir si les modèles respectent la liberté de choix des patients et la pratique extrahospitalière de la médecine spécialisée. L'introduction d'un système échelonné est un choix politique qui nécessite l'opinion des acteurs concernés, à savoir, les patients, les prestataires de soins médecins spécialistes, le GBS et les syndicats médicaux et les assureurs représentés à la médicomut.

Cette vision des soins de demain requerra une vigilance particulière de la part du comité de pilotage. Ce groupe directeur sera composé de représentants de l'INAMI, du SPF Santé publique et de la médicomut.

La première phase des travaux de ces trois groupes, axée sur la réécriture des libellés de la nomenclature, doit en principe être clôturée pour mars 2021. C'est seulement ensuite que la deuxième phase, à savoir la valorisation des actes, pourra débuter.

Sur base de cette valorisation, il doit être possible d'attribuer une valeur relative tant au sein de la spécialité concernée qu'entre les différentes spécialités. Lors de cette phase, les prestataires des soins de santé entrent en scène pour valider la « nomenclature tarifaire » des prestations médicales. Cela promet d'être une mission délicate. Les oppositions entre médecins et entre le gouvernement et les assureurs peuvent conduire à des conflits d'intérêts et des oppositions non éthiques ou partiales. En troisième phase, il faudra évaluer les frais de fonctionnement liés à l'acte médical. L'étude PACHA

⁴⁹ Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde Universiteit Gent, 2016.

fournira une base plus que solide à ce travail. À la fin des trois phases, en 2023-24, nous devrions disposer d'une nouvelle nomenclature, avec un code unique couvrant tous les aspects de l'acte médical.

Après l'exposé technique de ce projet pharaonique, une discussion animée a eu lieu au cours de laquelle les représentants des médecins, les mutualités, les universités, les hôpitaux ont exprimé leur réticences et appréhensions vis-à-vis des implications de cette réforme. En bref, l'émotionnel a pris le dessus laissant apparaître les divergences d'intérêts.

M. Jean-Noël GODIN, directeur général du GBO (Groupement belge des Omnipraticiens), a souligné que pour une question de méthodologie, il est nécessaire de pouvoir travailler sans restrictions budgétaires. Il a insisté sur une rémunération des médecins qui soit éthique et plafonnée, comme dans d'autres pays, et sur une réforme de la nomenclature qui puisse éliminer les différences entre les spécialistes et les médecins généralistes.

Quand le soussigné a quitté cette réunion du 25 septembre 2019, il a repensé à 1997, année du coup d'envoi de la réforme de la nomenclature. C'était le Dr Rob VAN DEN OEVER (MC) qui avait invité le GBS. Des mois plus tard, le projet était en rade. Les ministres avaient changé, des économies étaient annoncées et la médicomut rediscutait de nouvelles prestations, toujours selon les critères de l'ancienne nomenclature inadaptée.

L'histoire se répète. Il n'y a pas d'argent pour les nouveaux projets. L'avenir de la nomenclature de soins de santé reste sombre sous le signe des forfaits. En ce 1^{er} février 2019, 251 jours après les élections, la Belgique doit à nouveau composer avec un gouvernement en affaires courantes et avec des ministres qui vont et viennent avec ou sans majorité parlementaire. Comment les résultats pourraient-ils être positifs sans stabilité politique et sans volonté de changer le système ? Comment financer les soins de santé avec un déficit fédéral croissant ?

Cependant, l'INAMI a conclu des conventions avec deux universités et une firme qui n'a pas encore de méthodologie pour entamer ce projet. Si l'Institut nationale d'assurance maladie-invalidité consent de telles dépenses, j'ose espérer qu'il a l'assurance de poursuivre ce projet en dépit des maladies et invalidités de notre système belge !

Le GBS garde confiance et souhaite contribuer à l'amélioration de notre système de santé grâce à un financement juste et équitable des généralistes et spécialistes mais surtout avec une transparence totale de tous les flux financiers.

4.4 La loi sur la qualité de la pratique⁵⁰

Dans notre rapport annuel de 2018, nous doutions encore que Maggie DE BLOCK parvienne à obtenir l'approbation du projet de loi sur la qualité de la pratique des soins de santé (ci-après abrégée « loi qualité »). C'est ce qui avait inspiré le titre du rapport annuel de 2018 « La symphonie inachevée de Maggie »⁵¹. Au début de son mandat, Maggie DE BLOCK avait donné le coup d'envoi à un certain nombre de grands projets, à savoir la révision du mode de financement des hôpitaux, les réseaux hospitaliers et la révision de l'A.R. 78. La chute du gouvernement Michel I et II menaçait de compromettre ces projets et d'entraver la concrétisation de ses chantiers au dernier moment. En 2018, seule la loi sur soins à basse variabilité a été publiée⁵². Avec le soutien de la NV-A, l'ancien partenaire de la coalition, la loi qualité a été publiée le 14 mai 2019. Cette loi entre en vigueur le 1 juillet 2021. Le Roi peut pour certains articles déroger à cette date⁵³ par arrêté royal. Avant que la loi ne puisse prendre pleinement effet, le

⁵⁰ Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé (M.B. 14.05.2019)

⁵¹ Cf La symphonie inachevée de Maggie. Rapport annuel 2018 du GBS point 4.2. p. 46

⁵² Loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité (M.B.26.07.2018) et A.R. du 02.12.2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité (M.B. 18.12.2018)

⁵³ Art. 87 et 88 de la loi sur la qualité de la pratique.

Roi doit encore intervenir 11 fois et à 26 endroits il a reçu mandat pour exécuter la loi qualité. Dans ce contexte, les unions professionnelles ont un rôle important à jouer

Avec la loi qualité, Maggie DE BLOCK souhaitait donner une interprétation juridique au droit à la qualité des soins de santé telle que garantie depuis 2002 dans la loi sur les droits du patient.

La loi qualité s'applique à tous les professionnels des soins de santé dans le cadre de leurs prestations de soins. Par soins de santé, il faut entendre les services dispensés par un professionnel des soins de santé en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient, de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l'accompagner en fin de vie.

Cette loi prévoit un certain nombre d'exigences auxquelles la pratique de qualité doit satisfaire. Ces exigences ont d'abord trait à certains principes généraux comme : la liberté diagnostique et thérapeutique (art. 4), la compétence des professionnels des soins de santé et l'obligation de disposer d'un visa (art. 8 et suivants), la caractérisation du patient (art. 12 et suivants), la continuité des soins (art. 17 et suivants) et la permanence médicale (art. 21 et suivants)⁵⁴. Outre les exigences générales, la loi attire aussi l'attention sur les exigences liées à la prescription de médicaments/produits de santé, la prescription de renvoi et de groupe, les conditions auxquelles des informations professionnelles peuvent être envoyées, la structure et l'organisation de la pratique individuelle de même que les liens de collaboration entre les professionnels des soins de santé et le peer review, la communication obligatoire de la pratique dans le registre des pratiques.

La loi qualité définit à l'article 2 ce qu'il faut considérer comme prestations à risque: une prestation invasive, chirurgicale ou médicale, relative à des soins de santé à but diagnostique, thérapeutique ou esthétique, lors de laquelle l'un des éléments suivants est d'application:

- a) la prestation est nécessairement réalisée sous anesthésie générale, anesthésie locorégionale ou sédation profonde ;
- b) la prestation nécessite une surveillance médicale ou infirmière prolongée de plusieurs heures après la fin de la prestation ;
- c) la prestation s'effectue sous anesthésie locale par tumescence.

Cependant, la loi qualité ne stipule pas que toute prestation à risque doit avoir lieu exclusivement à l'hôpital.

La caractérisation du patient implique toutefois que certains soins de santé soient exclusivement dispensés à l'hôpital:

« 1° les prestations pour lesquelles le patient nécessite des soins intensifs et des anesthésistes, des infirmiers et/ou des instrumentistes pendant ou après la prestation relative à des soins de santé ;

2° les prestations qui nécessitent, dans la phase postopératoire, une thérapie parentérale et/ou sous perfusion de longue durée, à savoir de plus de 6 heures, et nécessitant une surveillance ;

3° les prestations à des patients ne disposant pas, jusqu'à 24 heures après la prestation, de la prise en charge et/ou de la surveillance nécessaires alors que le professionnel des soins de santé juge celles-ci indispensables compte tenu de la nature des soins de santé ;

4° les prestations nécessitant une transfusion sanguine. »

À l'art. 2 notamment, la loi définit ce qu'il faut entendre par anxiolyse, anesthésie générale et anesthésie locale. Toutefois, la notion de « sédation profonde » n'est pas définie dans la loi qualité, ce qui peut s'avérer problématique pour la caractérisation d'une prestation à risque⁵⁵. L'article 15 et suivants définit les conditions spécifiques liées aux soins lors desquels une anxiolyse, une anesthésie locale, une

⁵⁴ Le 18 novembre 2019, le Dr Christina Hubert et l'asbl « Hubert-Vision » ont introduit une requête en annulation contre les articles 21, premier alinéa, 22 et 24 (M.B. 03.01.2020)

⁵⁵ "De wet kwaliteitsvolle zorg vanuit anesthesiologisch standpunt". Dr René HEYLEN- Symposium de l'APSAR du 18.01.2020;

anesthésie locorégionale et/ou une anesthésie générale est pratiquée. Le professionnel des soins de santé qui dispense ce type de soins dispose d'une procédure à respecter en cas de problèmes suite à une anxiolyse ou une anesthésie. Cette procédure doit être réévaluée à intervalles réguliers et adaptée le cas échéant. Ceci vaut également en cas d'interruption ou de modulation de la douleur par l'administration de médicaments sur le parcours neuraxial ou le parcours périphérique des nerfs mandibulaires et des nerfs maxillaires. Lors des travaux préparatoires, les ophtalmologues ont signalé à plusieurs reprises, mais en vain, que le nerf trijumeau était absent de la règle d'exception. Actuellement, la plupart des interventions ophtalmologiques nécessitent une instillation de gouttes anesthésiques sans la présence d'un anesthésiste.

Le professionnel des soins de santé qui dispense des soins de santé lors desquels une anesthésie locorégionale et/ou générale est pratiquée doit en outre répondre à certaines exigences de qualité supplémentaires. Il doit garantir la proximité immédiate auprès du patient, d'un anesthésiste (ou d'un candidat médecin spécialiste en anesthésie) responsable de l'anesthésie. Dans le cas où une anesthésie générale est pratiquée, l'anesthésiste intervient chez tout au plus un patient en même temps. Le professionnel des soins de santé doit veiller à recourir à l'infrastructure d'un hôpital de manière structurée.

Les sections 6 et 7 qui traitent de la continuité des soins et de la permanence consacrent juridiquement la participation à la permanence pour toutes les professions de soins de santé. Si une permanence est organisée pour leur profession, les prestataires de soins doivent y participer et le mentionner dans leur portfolio. Jusqu'à présent, la participation à la permanence était seulement une obligation déontologique pour les médecins spécialistes. De facto, tous les médecins spécialistes actifs à l'hôpital participaient à la permanence organisée au sein de l'hôpital. Le spécialiste actif en dehors de l'hôpital ne peut plus échapper à l'obligation de participer à la permanence organisée pour sa spécialité. Il ne suffit plus de communiquer le numéro de téléphone de l'hôpital le plus proche sur le répondeur.

La section 9 établit une distinction entre les informations professionnelles et la publicité. La loi qualité définit les informations professionnelles comme toute forme de communication ayant pour but direct et spécifique, quel que soit le lieu, le support ou les techniques employées à cet effet, de faire connaître un professionnel des soins de santé ou de fournir des informations sur la nature de sa pratique. Les informations professionnelles ne peuvent être rendues publiques qu'aux conditions suivantes :

- l'information doit être conforme à la réalité, objective, pertinente et vérifiable, et doit être scientifiquement fondée ;
- l'information ne peut pas inciter à pratiquer des examens ou des traitements superflus ni avoir pour objectif de rabattre des patients.

Seules les informations qui ne visent pas le recrutement de clients sont autorisées, ce qui équivaut à une interdiction de publicité⁵⁶. L'exposé des motifs a aussi explicité ce point.

L'information professionnelle mentionne le(s) titre(s) professionnel(s) particulier(s) dont dispose le professionnel des soins de santé. Cette disposition n'exclut pas que le professionnel des soins de santé puisse également communiquer des informations sur certaines formations pour lesquelles il n'existe aucun titre professionnel particulier. Ces informations peuvent/doivent aussi figurer dans le portfolio du prestataire de soins.

Le visa est une « licence to practice » impliquant une évaluation permanente des aptitudes physiques et psychiques ainsi que des compétences du professionnel des soins de santé. Le professionnel des soins de santé dispense uniquement des soins de santé pour lesquels il dispose de la compétence et de l'expérience démontrables. Il tient à jour un portfolio de préférence sous forme électronique démontrant qu'il dispose des compétences et de l'expérience nécessaires. Il réfère son patient vers un autre professionnel lorsque le problème de santé excède son propre domaine de compétence. Si le

⁵⁶ Requête en annulation contre l'art. 31 de la loi qualité introduite par Newpharma (M.B. 15.01.2020)

professionnel des soins de santé ne dispose plus des compétences requises, un plan d'amélioration peut lui être imposé ou son visa peut être suspendu ou lui être retiré.

Lors de son intervention au symposium organisé pour le Prix du Spécialiste 2019, tout comme dans son entretien avec Le Spécialiste du 19 décembre 2019, M. Pedro FACON a souligné que les organisations professionnelles dans lesquelles les prestataires de soins sont actifs, jouent un rôle important dans l'évaluation des compétences fondamentales et l'expertise des professionnels. Des contacts informels ont déjà été pris avec ces organisations professionnelles dont le GBS pour les spécialistes

La loi qualité accorde aussi beaucoup d'attention au dossier du patient et à l'accès aux données de santé. À l'art. 33, le contenu minimal du dossier du patient est défini en 23 points. Le dossier du patient doit être conservé au format électronique pendant minimum 30 ans et maximum 50 ans à compter du dernier contact avec le patient. Cependant, la question se pose de savoir si 30 ou 50 ans après la dernière date, les dossiers pourront encore être lus dans le format électronique originel.

Le professionnel des soins de santé a seulement accès aux données de santé conservées par d'autres professionnels des soins de santé à condition que le patient ait préalablement donné son consentement éclairé. De plus, il a seulement accès aux données d'un patient avec qui il entretient une relation thérapeutique à condition que la finalité de l'accès consiste à dispenser des soins et soit nécessaire à la continuité et à la qualité des soins de santé dispensés. L'accès se limite aux données utiles et pertinentes dans le cadre de la prestation de soins de santé. Dans les cas d'urgence, le professionnel des soins de santé a accès au dossier du patient en vue de dispenser les soins nécessaires. Le professionnel des soins de santé qui tient à jour et conserve le dossier du patient doit prendre les mesures nécessaires afin que le patient puisse contrôler quelles personnes ont ou ont eu accès à ses données personnelles de santé.

Les psychiatres estiment qu'un accès total au dossier du patient risque d'entraîner des problèmes majeurs. Dans le cadre des soins psychiatriques, le dossier du patient contient souvent des indications sur le partenaire, les enfants ou les parents du patient. Compte tenu du RGPD, aucune donnée personnelle ne peut être collectée sans l'accord de l'intéressé. Comment composer avec cette règle ?

La section 13 de la loi concerne le contrôle de la qualité. Pour chaque profession de soins de santé accomplissant des prestations à risque, le Roi peut, après avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins spécialistes:

- déterminer la composition et le fonctionnement des structures organisationnelles qui organisent ou conduisent de manière ad hoc le contrôle de la qualité de la pratique des professionnels des soins de santé qui accomplissent des prestations à risque et de l'entretien de leur compétence professionnelle.
- déterminer les règles et les modalités du contrôle de qualité de la pratique et de l'entretien de la compétence professionnelle des professionnels des soins de santé qui accomplissent des prestations à risque.

Le chapitre 4 institue une Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé dont la mission est de contrôler :

- l'aptitude physique et psychique des professionnels des soins de santé ;
- le respect par les professionnels des soins de santé des dispositions de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution.

Les commissions médicales provinciales sont supprimées.

En vue de l'exercice du contrôle, les inspecteurs de cette Commission fédérale ont accès aux locaux où les professionnels des soins de santé dispensent des soins de santé. Ils peuvent se faire remettre tous les documents ou supports électroniques dont ils ont besoin pour l'exercice de leur mission de contrôle. Ils peuvent notamment demander le portfolio du professionnel des soins de santé.

4.5 Enquête sur la médecine spécialisée de demain

Afin de préparer l'assemblée générale du GBS du 01.02.2020, le bureau du GBS a mené une enquête auprès des comités directeurs des différentes unions professionnelles des médecins spécialistes affiliées au GBS.

Le questionnaire portait sur:

- l'avenir de la médecine spécialisée en général,
- l'avenir de leur spécialité en particulier,
- l'impact des réseaux hospitaliers et la place des hôpitaux, y compris universitaires, au sein de ces réseaux,
- la définition du médecin généraliste et du médecin spécialiste,
- l'exercice de la profession, en solo ou en groupe,
- les relations avec l'infirmier et l'infirmier de pratique avancée et leurs rôles respectifs,
- la place du médecin spécialiste dans le management de l'hôpital et la formation spécifique requise pour assurer ce rôle de management,
- le statut social du médecin,
- le rôle de la télématique, de la technique et de la robotisation, et l'impact de la révolution de l'intelligence artificielle sur leur spécialité.

21 membres francophones et 56 néerlandophones ont répondu à l'enquête, ce qui représente en tout 24 spécialités différentes⁵⁷.

Les réponses ont été analysées par groupe de spécialité lorsque jugé opportun pour : les disciplines internistiques, les disciplines chirurgicales, les disciplines techniques et les spécialités de consultations principalement⁵⁸.

La place de la médecine spécialisée dans les soins de demain :

Les disciplines internistiques:

- Malgré l'hyperspécialisation croissante, l'approche holistique du patient doit rester centrale.
- Les pratiques extrahospitalières comme la pédiatrie, la gynécologie, la médecine interne, la psychiatrie, la gériatrie permettent un élargissement du champ d'activités.
- Avec le développement de l'intelligence artificielle, certaines spécialités disparaîtront.

Les disciplines chirurgicales:

- L'hyperspécialisation entraîne une réduction du champ d'activités pour des raisons juridiques et organisationnelles. Ces disciplines tendent vers la collaboration multidisciplinaire où la communication doit être facilitée par la téléconsultation et la télémédecine.
- La perte de la liberté de choix des patients en raison d'une concentration des pathologies dans des centres hyperspécialisés exacerbe l'hospitalocentrisme.
- Les notions de première, deuxième et troisième ligne sont dépassées. Il y a développement de la chirurgie extrahospitalière proche du patient où le généraliste intervient comme coordinateur des soins.

⁵⁷ Ophtalmologie, Médecine nucléaire, Chirurgie, Gastro-entérologie, Médecine physique et réhabilitation, Génétique humaine, Rhumatologie, Chirurgie cardiaque, Imagerie médicale, Orthopédie, Anatomopathologie, Médecine interne, Neurologie, Gériatrie, Soins intensifs, Chirurgie plastique et reconstruction, Biologie clinique, Chirurgie vasculaire, Pédiatrie, Anesthésie, Psychiatrie, Pneumologie, Neurochirurgie, Urgences.

⁵⁸ Pour une analyse détaillée, voir la présentation du Dr Jean-Luc DEMEERE à l'occasion de la cérémonie du Prix du Spécialiste 2019.

Disciplines techniques et spécialités de consultation:

- La croissance des connaissances médicales et la complexité garantissent le développement des spécialités et des surspécialités.
- La médecine spécialisée doit offrir les réponses aux problèmes de santé pour lesquels les médecins généralistes n'ont pas assez de temps, de formation, ou d'équipement pour y remédier.
- La médecine spécialisée restera importante mais son pouvoir décisionnel risque d'être réduit par la délégation de certains actes à des non-médecins.
- Nécessité d'offrir les soins les plus appropriés et spécialisés pour garantir la réintégration sociale du patient.
- Il faut éviter l'hospitalocentrisme.

L'impact des réseaux hospitaliers et la place des hôpitaux, y compris universitaires, au sein de ces réseaux.

Réseaux

Les réseaux doivent trouver une réponse au paradoxe entre une personnalisation des soins versus une organisation économique de ceux-ci. Pour répondre aux attentes et besoins du patient, il faut une offre de soins adéquate et transparente impliquant l'élaboration des protocoles de transfert nécessaires, les renvois et les retours depuis et vers les centres de référence.

Maintenir l'attractivité des petits centres reste essentiel.

Place de l'université au sein du réseau

Développement d'une médecine personnalisée et humaine en dehors des centres universitaires. Les centres de référence peuvent être tant universitaires que non universitaires. Les procédures pour le renvoi et le retour doivent être élaborées.

Les hôpitaux universitaires ne doivent pas être en concurrence avec les hôpitaux non universitaires. Les pathologies mineures ne doivent pas être traitées dans les hôpitaux universitaires. L'université doit se consacrer aux cas exotiques et aux recherches relatives aux cas rares et/complexes. Toutes les pathologies intéressantes ne doivent pas être réservées aux universités. La formation des MSF y est souvent trop théorique.

Les différences entre le médecin spécialiste et le médecin généraliste

Le médecin généraliste joue un rôle dans la prise en charge globale du patient et le médecin spécialiste joue un rôle dans la prise en charge du patient au sein de sa spécialité. Le médecin généraliste traite le patient dans son milieu de vie et son contexte social. Il est le coordinateur des soins et le dépositaire du dossier du patient. Il a une compétence d'avis sur la prise en charge de certains patients (coach).

Les médecins généralistes font de moins en moins de médecine aiguë (sutures, plâtres) et de plus en plus de médecine préventive, et s'occupent de pathologies chroniques. Les médecins généralistes sont moins disponibles et appliquent plus souvent un arrêt de prise en charge de nouveaux patients.

Seul un nombre limité de spécialités sont en faveur d'un échelonnement pur (orthopédie, neurochirurgie ou chirurgie cardiaque). La plupart des spécialités plaident pour une collaboration avec les médecins généralistes. Parler de première, deuxième ou de troisième ligne est complètement dépassé.

Tant les médecins généralistes que les spécialistes doivent soutenir une approche holistique du patient.

La formation des médecins spécialistes

Une formation plus clinique et pratique est nécessaire. L'académisation met l'accent sur les connaissances. Idéalement, il doit y avoir autant de stages en milieu universitaire qu'en milieu non universitaire.

Les MSF ne sont pas des membres du personnel mais ils ont besoin et droit à une véritable formation. Pendant sa formation, le MSF doit se familiariser aux nouvelles techniques (IA⁵⁹ et robots) et aux communications entre médecins, avec les patients et avec le gestionnaire. La formation doit aussi s'attarder sur le management et l'économie, y compris la gestion d'un cabinet médical, le développement d'attitudes, les aptitudes et connaissances avec des évaluations annuelles.

Les relations avec l'infirmier et l'infirmier de pratique avancée et leurs rôles respectifs

L'infirmier tient un rôle indispensable et incontournable dans les soins et les informations aux patients. Il ou elle joue un rôle dans le follow-up et la perception des besoins du patient aux niveaux médical, psychologique et social, de même que dans l'assistance administrative du médecin pour la gestion du dossier du patient. Les médecins refusent d'accorder aux infirmiers mais aussi à l'infirmier de pratique avancée, une compétence qui les habilite à poser un diagnostic primaire ou à entamer un traitement.

La place du médecin spécialiste dans le management de l'hôpital et la formation spécifique requise pour assurer ce rôle de management

Si une petite minorité des médecins est convaincue que le CEO de l'hôpital doit être un médecin, la grande majorité plaide en faveur d'un rôle actif du médecin dans le management. Cependant, il est assez étonnant que seulement un peu plus de la moitié des médecins estime avoir besoin d'une formation particulière pour remplir ce rôle.

Le rôle de la télématique, de la technique et de la robotisation, et l'impact de la révolution de l'intelligence artificielle sur la spécialité.

L'intelligence artificielle et l'essor de la télématique auront une forte incidence sur l'évolution des soins de santé. La télé médecine, la téléconsultation et la téléformation sont des notions avec lesquelles il faudra composer dans l'organisation des soins de santé de demain. Cependant, il ne faut pas être aveugle aux risques qui en découlent comme la déshumanisation des soins au patient virtuel, la disparition de la relation de confiance médecin-patient, l'ubérisation de la médecine avec la téléconsultation depuis l'étranger et la désertification des hôpitaux qui en découlera, les risques de standardisation et de simplification, la limitation de la liberté thérapeutique en raison de toutes sortes de mécanismes de contrôle par les autorités et les organismes assureurs, le problème de la responsabilité en cas « d'erreur médicale ». Les machines ne disposent pas (encore) d'une personnalité juridique.

Et la robotisation a aussi un coût.

⁵⁹ Intelligence artificielle.

Les conclusions de l'enquête peuvent être résumées comme suit:

1. Développement de la médecine spécialisée pour les soins de demain avec des hyperspécialisations.
2. Maintien d'une vision holistique du patient dans l'exercice de la médecine générale ou spécialisée. Le médecin généraliste est le plus à même de suivre le patient dans son milieu familial et professionnel, ses loisirs et sa vie sociale. La compétence du médecin généraliste s'arrête là où commence celle du spécialiste.
3. Suppression des lignes de soins mais fonctionnement intégré dans un système de soins basé sur des compétences.
4. Le médecin spécialiste est un médecin (aux connaissances médicales holistiques) qui exerce un domaine spécifique de la médecine avec une expertise particulière et une technicité particulière, qu'il choisit avec le patient et en fonction de ce patient.
5. L'e-médecine bouleverse l'exercice de la médecine et la communication entre les médecins et entre le médecin et son patient. L'information est accessible à tous, patients, médecins, gestionnaires.
6. La robotisation et la technologie dirigent la pratique.
7. Les algorithmes standardisent la médecine et changent l'art de guérir en une pratique du guérir.
8. La dimension de bien-être réoriente les soins et permet de guider les choix thérapeutiques.
9. La formation doit être plus orientée vers l'aspect clinique. Les compétences sont des connaissances, des attitudes et aptitudes. La formation risque d'être déshumanisée car trop technique et trop intellectuelle. Il faut développer les attitudes et aptitudes, par la pratique clinique.

4.6 Accord médico-mutualiste 2020

Le jeudi 19 décembre vers 03h00 du matin, une fumée blanche s'échappait de la cheminée du 211 de l'avenue de Tervueren : un accord médico-mutualiste voyait le jour pour 2020 ! Par contraste avec les négociations de ces dernières années pour un accord national, 2019 a été un grand cru.

L'article 39 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités stipule que le comité de l'assurance doit transmettre une proposition de budget au Conseil général de l'INAMI, le premier lundi d'octobre au plus tard. Le Conseil général doit ensuite approuver ou rejeter cette proposition et le cas échéant, la subdiviser en objectifs budgétaires partiels, le troisième lundi d'octobre au plus tard. S'il n'y a pas d'accord au Conseil général, c'est au Conseil des ministres de fixer le budget de santé. En 2019, tout a commencé le lundi 9 septembre. Ce jour-là, le comité de l'assurance était informé des estimations budgétaires et de tous les éléments contextuels à prendre en compte pour élaborer une proposition de budget de santé. Ceci a mené, le lundi 7 octobre (le fameux premier lundi du mois d'octobre), à un événement historique, à savoir qu'à cette date, le comité de l'assurance a approuvé, quasi à l'unanimité (une seule abstention), une proposition de budget pour 2020 qui tient compte de la situation budgétaire précaire du Royaume, mais aussi de l'indice de santé et de la norme de croissance fixée par la loi, ainsi que d'un certain nombre de besoins médicaux urgents.

Faisons un saut vers le troisième lundi du mois d'octobre, à savoir le 21 octobre, date du vote de la proposition au Conseil général. À la stupéfaction générale, l'intégralité de la délégation gouvernementale s'était abstenue lors du vote: il n'était donc pas possible d'obtenir une majorité pour avaliser la proposition, ce qui de facto renvoyait la balle dans le camp de la ministre DE BLOCK. L'abstention gouvernementale a été motivée par le fait que la proposition budgétaire du comité de l'assurance comprenait certaines dépenses dont le financement n'était pas clair.

Le mercredi 13 novembre, les syndicats et les organismes assureurs ont été convoqués à la tour des Finances où la proposition gouvernementale de budget ainsi que les objectifs budgétaires partiels ont été présentés par la ministre DE BLOCK, son chef de cabinet le Dr Bert WINNEN, l'administrateur général

de l'INAMI, M. Jo DECOCK, et le directeur général a.i. du service des Soins médicaux, M. Michael DAUBIE. Dans cette proposition, l'indice de santé de 1,95% était mis à disposition, de même que la norme de croissance totale fixée à 1,5% par la loi. Ces dernières années, une partie de cette norme de croissance a été systématiquement retenue et enregistrée comme blocage structurel. Ce blocage structurel a aujourd'hui été levé par le gouvernement.

Il n'y a pas de moyens supplémentaires pour financer les nouvelles initiatives, ce qui signifie un déficit attendu de quelque 308 millions d'euros par rapport aux estimations techniques des dépenses de 2020 établies en septembre 2019. En passant les budgets nécessaires au peigne fin et en les recalculant, quelque 186 millions d'euros ont pu être dénichés (ou corrigés). Ainsi, il est apparu que certaines provisions pour des amendes dues dans le cadre de procédures que les hôpitaux ont intentées en raison du retard du paiement du Budget des Moyens financiers, ont été surestimées et par conséquent, il fallait inscrire 75 millions d'euros de moins dans le budget 2020. Il manquait quand même encore 122 millions d'euros mais vu qu'en 2019, il n'y avait eu de dépassement budgétaire qu'au sein des médicaments (avec une sous-utilisation dans toutes les autres parties du budget), le gouvernement a décidé de chercher toutes ces économies dans l'industrie pharmaceutique.

Cela signifiait donc qu'il n'y aurait pas d'économies supplémentaires sur les honoraires médicaux mais pas non plus de moyens financiers supplémentaires. Seul l'index était accordé, ce qui correspondait à un montant de près de 182 millions d'euros. Le vendredi 22 novembre, le gouvernement a approuvé cette proposition et les discussions entre l'INAMI, les organismes assureurs et les syndicats médicaux ont pu débuter afin d'aboutir avant la fin de l'année à la conclusion d'un nouvel accord national pour 2020-2021.

Au cours des semaines qui ont suivi, le président de la médicomut, M. Jo DECOCK et les différentes parties intéressées se sont consultés de manière informelle. Le lundi 16 décembre 2019, la médicomut discutait pour la première fois d'un projet de proposition établi par le président, où étaient prises en compte certaines revendications tant des médecins que des organismes assureurs. Les divergences étaient encore trop profondes pour trouver un accord ce qui a conduit à fixer une nouvelle réunion au 18 décembre 2019. Dans le courant de cette après-midi-là, une proposition révisée a été distribuée et à 19h00, toutes les parties étaient bien disposées à entamer ce qui devait être la dernière ligne droite avant la conclusion de l'accord. En raison de la marge budgétaire très limitée (en fait, il n'y avait pas de marge : il était uniquement possible de décider de ne pas appliquer l'index (ou une partie de celui-ci) de manière linéaire à toutes les prestations médicales pour ainsi libérer des moyens destinés à certains besoins spécifiques), les négociations ont été pénibles mais, comme annoncé au début de ce chapitre, à 03h00 du matin, le cap était franchi: l'unanimité tant des médecins que des organismes assureurs s'était prononcée en faveur d'un nouvel accord national, certes seulement pour une année au lieu des deux années classiques.

Quelles sont les lignes de force de ce nouvel accord ? Tout d'abord, l'attribution de l'intégralité de l'indice de santé de 1,95% pour toutes les prestations « intellectuelles », à savoir les honoraires de consultation et de surveillance de même que certains honoraires forfaitaires et les conventions en chirurgie complexe. En revanche, les prestations « techniques » n'ont reçu qu'un index de 1,25%. Dans le cadre de l'imagerie médicale, il n'y a pas d'index pour certains examens CT spécifiques du cerveau et de la colonne vertébrale repris à l'art. 17 ; il en va de même pour les prestations effectuées par des non-radiologues reprises à l'art. 17ter et quater.

D'autres économies ont été réalisées pour un montant total de 22,4 million d'euros, entre autres au niveau de la facturation des ECG mais surtout par une diminution de la valorisation de l'accréditation sur les forfaits par prescription en biologie clinique (11,2 millions d'euros). Les autres interventions consistent en la non-réalisation du bonus en cas de prescription d'un pourcentage supérieur de biosimilaires, et une limitation de cumul à l'article 34 de la nomenclature (prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale). Ainsi, une masse budgétaire a été mise à disposition pour des initiatives spécifiques: l'une des plus importantes est la prolongation automatique du Dossier Médical Global pour les généralistes dans les cas où un contact avec le patient n'a pas eu lieu au cours

de l'année écoulée. Les négociations concernant ce dossier ont duré deux ans ; aujourd'hui, il existe un accord sur les modalités, ce qui a permis de lui accorder un budget de 22,4 millions d'euros. Par ailleurs, des montants spécifiques ont été dégagés pour une augmentation sélective des honoraires de consultation des pédiatres (3,8 millions) et des médecins physiques (5 millions), des projets-pilotes de télémédecine, la dermatologie et les COM des généralistes (0,184 million et 0,46 million d'euros), l'euthanasie pratiquée par le médecin traitant (0,225 million) et des honoraires pour une planification précoce et préalable des soins et les visites au patient en soins palliatifs, l'ophtalmologie pédiatrique (0,7 million d'euros) et la nécessaire revalorisation des honoraires de surveillance des patients cancéreux à l'hôpital de jour pour les hématologues et les oncologues pédiatriques (3,8 millions), avec en outre, l'engagement d'étendre le tout lors d'une deuxième phase en 2021, pour inclure les oncologues et les médecins traitant des pathologies auto-immunes complexes. Cela fait des années que les anesthésistes demandent à juste titre mais en vain une consultation en pré-anesthésie pour une sélection d'interventions réalisées dans le cadre d'une hospitalisation classique : leur demande a enfin été entendue et un budget de 6 millions d'euros a donc été mis à leur disposition à cette fin. L'an dernier, le Conseil technique médical a clôturé un certain nombre de dossiers pour lesquels des budgets devaient encore être trouvés: ceux-ci ont aussi été accordés pour un total de 5,37 millions d'euros.

Enfin, un accord a aussi été conclu pour un autre point important, à savoir une indemnité pour les spécialistes et les généralistes en formation, en augmentant leur statut social de 1 250 euros, dans l'attente d'un véritable plan de pension pendant leurs années de formation. Cela représente un total de dépenses de 10,5 millions d'euros que les médecins financent avec leurs propres honoraires afin de soutenir leurs jeunes collègues. Un autre projet a aussi été inscrit pour les services de garde des généralistes : 3 millions d'euros seront destinés à l'organisation d'un service de garde en semaine.

Tout ce qui précède a permis de fixer un budget consistant pour 2020.

Revenons sur les services de garde des généralistes : il a été convenu qu'en 2020, une concertation aurait lieu en vue d'une proposition de financement des accords de collaboration fonctionnelle dans le cadre desquels de nouvelles initiatives seront financées à condition que celles-ci contribuent à créer un lien de collaboration fonctionnelle.

Une réorganisation de l'hôpital de jour est aussi prévue.

Pour que les frais à la charge du patient soient plus transparents, il faut établir un modèle standard d'estimation des coûts pour un certain nombre d'hospitalisations courantes.

Dans le cadre de la facturation électronique pour les patients ambulatoires, les honoraires supplémentaires doivent aussi être notifiés aux mutuelles.

Afin de permettre des revalorisations des honoraires de consultation pour chaque discipline, le Conseil technique médical élaborera une proposition qui permettra d'attribuer un code de nomenclature propre à chaque discipline.

4.7 Accréditation.

Comparaison du nombre de médecins accrédités en 01.02.2019 - 01.02.2020

2020		Nombre de médecins actifs		Nombre de médecins accrédités		% médecins accrédités		% différence 2020-2019
		01.02.2020	01.02.2019	01.02.2020	01.02.2019	01.02.2020	01.02.2019	
	Médecins 000 & 009	2465	2558	0	0	0	0	0
	Généralistes 001-002	1360	1381	1	1	0,07	0,07	0
	Généralistes agréés 003-004-007-008	15669	15268	11101	10701	70,85	70,09	+0,76
	Généralistes en formation 005-006	2144	1953	0	0	0	0	0
	TOTAL	21638	21160	11102	10702	51,31	50,58	+0,73
1	Gériatrie	380	348	306	282	80,53	81,03	-0,50
2	Pneumologie	637	618	502	483	78,81	78,16	+0,65
3	Oncologie médicale	312	300	244	224	78,21	74,67	+3,54
4	Gastro-entérologie	804	783	613	589	76,24	75,22	+1,02
5	Rhumatologie	263	266	199	200	75,67	75,19	+0,48
6	Dermato-vénérologie	850	832	629	596	74	71,63	+2,37
7	Neurologie	670	642	495	481	73,88	74,92	-1,04
8	Ophthalmologie	1258	1237	920	908	73,13	73,40	-0,27
9	Cardiologie	1283	1246	915	880	71,32	70,63	+0,69
10	Radiologie	1876	1839	1336	1305	71,22	70,96	+0,26
11	Méd. phys. et physiothérapie	583	576	411	407	70,50	70,66	-0,16
12	O.R.L.	765	743	538	521	70,33	70,12	+0,21
13	Radiothérapie	243	237	168	162	69,14	68,35	+0,79
14	Anatomie pathologique	387	378	267	257	68,99	67,99	+1,00
15	Médecine nucléaire	342	336	226	217	66,08	64,58	+1,50
16	Psychiatrie	2136	2118	1409	1396	65,96	65,91	+0,05
17	Méd. aiguë & méd. urgence	1070	1022	698	653	65,23	63,89	+1,34
18	Urologie	511	495	331	311	64,77	62,83	+1,94
19	Pédiatrie + neuropédiatrie	1882	1876	1214	1206	64,51	64,29	+0,22
20	Gynécologie-obstétrique	1738	1693	1121	1059	64,50	62,55	+1,95
21	Anesthésie-réanimation	2479	2384	1501	1463	60,55	61,37	-0,82
22	Méd. interne + endocrin.-diabét.	1749	1732	1050	1010	60,03	58,31	+1,72
23	Orthopédie	1223	1192	718	693	58,71	58,14	+0,57
24	Biologistes cliniques	616	623	359	361	58,28	57,95	+0,33
25	Pharmaciens-biologistes	678	664	370	361	54,57	54,37	+0,20
26	Neurochirurgie	253	245	121	113	47,83	46,12	+1,71
27	Chirurgie	1678	1641	781	763	46,54	46,50	+0,04
28	Stomatologie	380	367	154	146	40,53	39,78	+0,75
29	Chirurgie plastique	312	306	100	94	32,05	30,72	+1,33
30	Neuropsychiatrie	167	171	30	32	17,96	18,71	-0,75
31	Autres spécialités	56	57	9	7	16,07	12,28	+3,79
	Méd. Spéc. en formation (MSF)	6381	5821	3	3	0,05	0,05	0
	TOTAL SPÉCIALISTES	27581	26967	17735	17180	64,30	63,71	+0,59
	TOTAL SPÉCIALISTES + ASO	33962	32788	17738	17183	52,53	52,41	+0,12
	TOTAL	55600	53948	28840	27885	51,87	51,69	+0,18

Source: Groupe directeur de l'accréditation INAMI 22.01.2020 et Rapport annuel 2018 du GBS

Tableau 2

Le tableau ci-dessus compare le nombre de médecins accrédités aux dates du 01.02.2019 et du 01.02.2020. Il nous apprend peu de choses (cf tableau 2) : le nombre de généralistes agréés et accrédités augmente de 0,76% et le nombre de spécialistes agréés et accrédités, de 0,59%. Pour l'ensemble des catégories de médecins, l'augmentation du taux d'accréditation entre 2019 et 2020 est dérisoire avec 0,18% : ce taux d'accroissement reste donc inférieur de 2,64% à celui de 2018, et inférieur de 2,97% au taux moyen des 24 dernières années. Les chiffres de ces deux dernières années sont les plus faibles qu'on ait enregistrés depuis 1997 (cf tableau 3).

Taux d'accréditation au 1 février 2020 (% médecins accrédités par rapport à l'ensemble des médecins enregistrés à l'INAMI)

Année	%
1997	55,60
1998	54,60
1999	58,48
2000	55,15
2001	55,67
2002	55,92
2003	54,01
2004	54,19
2005	55,31
2006	54,08
2007	54,94
2008	55,89
2009	55,01

Année	%
2010	55,51
2011	55,68
2012	54,07
2013	54,41
2014	55,32
2015	53,24
2016	55,08
2017	55,22
2018	54,51
2019	51,69
2020	51,87
Moyenne	54,81

Tableau 3

L'augmentation du taux d'accréditation n'est pas du tout comparable à celle du pourcentage de médecins répertoriés à l'INAMI, dont le nombre passe de 53 948 à 55 475, soit une hausse de 2,83%.

L'effet de la double cohorte est net si on compare la courbe de croissance 2019-2020 des généralistes en formation (+9,78%) et des spécialistes en formation (+9,62%) avec les autres chiffres de croissance par spécialité (cf tableau 4). Dans le top 3 des spécialités qui ont enregistré l'augmentation la plus rapide du nombre de spécialistes agréés, on retrouve les gériatres (+9,2%), les urgentistes (+4,7%) et les neurologues (+4,36%). Les grands « perdants » sont les rhumatologues et les médecins biologistes cliniques. De nouveaux neuropsychiatres ne sont plus agréés depuis déjà 1995, ils sont en voie de disparition.

Croissance de la population de spécialistes 01.02.2020 vs 01.02.2019

	01.02.2020	01.02.2019	Δ %
<i>Généralistes en formation</i>	2144	1953	9,78
<i>Spécialistes en formation</i>	5821	6381	9,62
Gériatrie	380	348	9,20
Médecine aiguë et médecine d'urgence	1070	1022	4,70
Neurologie	670	642	4,36
Oncologie médicale	312	300	4,00
Anesthésie-réanimation	2479	2384	3,98
Stomatologie	380	367	3,54
Neurochirurgie	253	245	3,27
Urologie	511	495	3,23
Pneumologie	637	618	3,07
Cardiologie	1283	1246	2,97
O.R.L.	765	743	2,96
Gastro-entérologie	804	783	2,68
Gynécologie obstétrique	1738	1693	2,66
<i>Généralistes agréés</i>	15669	15268	2,63
Orthopédie	1223	1192	2,60
Radiothérapie	243	237	2,53
Anatomie pathologique	387	378	2,38
Chirurgie	1678	1641	2,25
Dermato-vénérologie	850	832	2,16
Pharmaciens biologistes	678	664	2,11
Radiologie	1876	1839	2,01
Chirurgie plastique	312	306	1,96
Médecine nucléaire	342	336	1,79
Ophthalmologie	1258	1237	1,70
Médecine physique et physiothérapie	583	576	1,22
Médecine interne + endocrino-diabétologie	1749	1732	0,98
Psychiatrie	2136	2118	0,85
Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1882	1876	0,32
Biologie clinique	616	623	-1,12
Rhumatologie	263	266	-1,13
Neuropsychiatrie	167	171	-2,34

Tableau 4

Depuis le 1 janvier 2019, il est obligatoire d'introduire en ligne toutes les demandes d'accréditation, ce qui devrait permettre d'améliorer le traitement des dossiers. Afin de mettre en œuvre ce projet, en 2018, l'INAMI a développé un nouveau logiciel pour évaluer ces dossiers mais pendant les premiers mois, son fonctionnement a été sous-optimal et le traitement des dossiers a pris un retard considérable, surtout en éthique et économie. Cependant, ce retard a été progressivement rattrapé en 2019 et n'est plus aujourd'hui que de l'histoire ancienne.

Il est à noter que le groupe directeur de l'accréditation est devenu plus sévère dans l'octroi du nombre de crédits points par activité.

L'e-learning est en vogue car il permet à chaque médecin de suivre à distance certains sujets de formation continue à des moments qui leur conviennent. Pour simplifier la procédure d'accréditation de ces formations virtuelles, le groupe directeur de l'accréditation a élaboré en 2019 de nouveaux critères auxquels le contenu des webinaires et les responsables de ceux-ci doivent répondre. Ainsi, les organisateurs d'e-learning peuvent maintenant fixer le nombre de crédits points en toute autonomie, sous le contrôle du groupe directeur d'accréditation qui effectue un contrôle a posteriori. La procédure intégrale a été finalisée récemment et est entrée en vigueur le 1 janvier 2020. Voilà un pas de plus vers la simplification administrative.

Comme signalé dans le rapport annuel précédent, il est question depuis quelques années déjà, d'une réévaluation du système d'accréditation, voire même d'une réforme profonde. En application du point

4.5 de l'accord national 2018-2019, la Commission médico-mutualiste dirigée par Jo DE COCK, a décidé en décembre 2018 de créer un groupe de travail en collaboration avec le groupe directeur d'accréditation et le conseil national pour la promotion de la qualité. Ce groupe aurait dû formuler des propositions pour la réforme de l'accréditation avant l'été 2019. Aujourd'hui, pour diverses raisons, ce groupe de travail n'a toujours pas présenté de conclusions à la commission nationale médico-mutualiste. Pour éviter que ce point 4.5 de l'accord national 2018-2019 ne reste lettre morte, le nouvel accord national 2020 prévoit qu'une refonte des honoraires supplémentaires liés à l'accréditation soit entamée, car ce montant varie fortement d'une discipline à l'autre. La biologie clinique est particulièrement concernée. Aussi dans l'accord national 2020, les suppléments d'honoraires de biologie clinique liés à l'accréditation sont réduits à 0,50 euro au lieu de 1,22 euro en moyenne.

En outre, il a été décidé qu'un groupe de travail mixte formé par des membres de la commission nationale médico-mutualiste, du conseil national de promotion de la qualité, du groupe directeur de l'accréditation et du conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, présenterait d'ici le 30 septembre 2020, un plan de mise en œuvre concret pour une répartition plus équilibrée de la masse d'honoraires d'accréditation : dans ce cadre, on sera aussi particulièrement attentif aux exigences de qualité auxquelles doit satisfaire l'utilisation du DMG⁶⁰.

À suivre très certainement...

4.8 Imagerie médicale

Concernant l'imagerie médicale, 2019 a été une année assez calme au sein du Conseil technique médical. L'an dernier, la section imagerie médicale du CTM s'est réunie quatre fois. L'un des dossiers principaux a été l'introduction d'une prestation spécifique d'arthro-RMN car on a constaté sur le terrain que la facturation de cette prestation varie fortement. Après consultation d'experts, il a finalement été décidé de ne retenir qu'une indication, soit l'arthro-RMN de l'épaule en cas de syndrome de l'épaule instable. Son remboursement comprend tout ce qui est en rapport avec l'examen, y compris le contrôle de l'injection intra-articulaire, mais on note que ce remboursement est supérieur à celui d'un examen CT comparable.

Par ailleurs, on a aussi envisagé d'adapter la nomenclature de la mesure non invasive de la FFR⁶¹ via CT. Le problème est que ce domaine est encore en plein développement et qu'actuellement, une firme détient le monopole de l'exécution des calculs nécessaires. Ce dossier fera l'objet d'un suivi en 2020.

Il a aussi été question de la facturation des actes radiologiques posés en dehors des murs physiques du service d'imagerie médicale, comme par exemple l'échographie au bloc opératoire. Le groupe de travail considère que par analogie avec les mêmes actes posés dans le service d'imagerie médicale, les honoraires couvrent aussi le volet technique de l'acte à savoir les coûts d'achat/entretien/fonctionnement de l'appareillage local.

En dehors du CTM, BELMIP⁶² est aussi resté actif. La plateforme d'imagerie médicale a continué à travailler sur le dossier CDS (Clinical Decision Support). Les problèmes techniques propres à un système uniforme et largement utilisable, semblent plus importants qu'initialement attendu. C'est pourquoi, on travaillera avec un logiciel d'usage universel auquel sera couplée, tout en restant indépendante, une base de données validée au niveau européen et comprenant les applications radiologiques. En 2020, ce projet sera en phase de test pour vérifier sa faisabilité tant au sein qu'en dehors de l'hôpital.

Le rapport annuel précédent faisait aussi mention d'un accord qui a finalement été conclu juste avant la chute du gouvernement à l'automne 2018, à savoir de l'augmentation du nombre d'appareil RMN avec 18 unités supplémentaires. Le 22 mai 2019, un nouveau protocole d'accord a été conclu entre les

⁶⁰ Dossier médical global

⁶¹ Fractional Flow Reserve

⁶² Belgian Medical Imaging Platform

pouvoirs fédéraux et les entités fédérées pour la répartition de ces appareils: neuf appareils supplémentaires ont été accordés à la Région flamande, 7 à la Région wallonne et 2 à la Région de Bruxelles capitale. Maintenant, les régions doivent établir les critères que les centres individuels (ou réseaux) doivent remplir pour poser valablement leur candidature à un appareil supplémentaire.

5 Procédures juridiques

5.1 Jugements – TVA sur les interventions esthétiques⁶³

Le 28.09.2017, la Cour constitutionnelle a rendu un arrêté intermédiaire⁶⁴ dans le cadre de la requête en annulation contre les articles 110, 111 et 112 de la loi du 26 décembre 2015 relative aux mesures concernant le renforcement de la création d'emplois et du pouvoir d'achat⁶⁵ publiée le 30 décembre 2015. L'article 110 de cette loi modifie l'article 44 du Code de la TVA. À la suite de l'amendement de l'art. 44 du Code de la TVA, il a été mis un terme à l'exonération de TVA pour les interventions purement esthétiques. Dans cet arrêt intermédiaire, le Cour a décidé de poser un certain nombre de questions préjudicielles à la Cour européenne de Justice.

Par arrêté du 27 juin 2019 dans l'affaire C-597/17, la Cour de Justice de l'Union européenne a répondu que:

1. l'application de l'exonération du TVA que la directive Européenne prévoit n'est pas réservée aux prestations effectuées par des praticiens d'une profession médicale ou paramédicale réglementée par la législation de l'État membre concerné.
2. la directive doit être interprétée en ce sens qu'elle ne s'oppose pas à une réglementation nationale qui établit une différence de traitement entre les médicaments et les dispositifs médicaux fournis dans le cadre d'interventions ou de traitements à vocation thérapeutique, d'une part, et les médicaments et les dispositifs médicaux fournis dans le cadre d'interventions ou de traitements à vocation exclusivement esthétique, d'autre part, en excluant ces derniers du bénéfice du taux réduit de taxe sur la valeur ajoutée applicable aux premiers.
3. la cour constitutionnelle ne peut pas faire usage d'une disposition nationale l'habilitant à maintenir certains effets d'un acte annulé pour maintenir provisoirement l'effet de dispositions nationales qu'elle a jugées incompatibles avec la directive sur la TVA jusqu'à leur mise en conformité avec cette directive.

Concrètement, cela signifie que pour les chirurgiens esthétiques, des médicaments et des dispositifs médicaux peuvent être soumis à une TVA différente selon qu'ils sont utilisés dans un but thérapeutique ou dans un but esthétique. La Cour estime que ces usages à vocation thérapeutique ou à vocation esthétique sont clairement distincts, parce qu'ils ne répondent pas aux mêmes besoins, vu sous l'angle du consommateur moyen. Que des biens ou des prestations de services soient considérés comme similaires doit se juger, selon la jurisprudence européenne, du point de vue du consommateur moyen.

Le 17 juillet 2019, la Cour constitutionnelle a pris une disposition pour rouvrir les débats. Dans son arrêté, la Cour constitutionnelle belge devait tenir compte des réponses reprises dans l'arrêté de la Cour européenne. Dans son arrêté du 5 décembre 2019, la Cour constitutionnelle a annulé un certain nombre de dispositions et a établi que les effets des dispositions contestées restent maintenus jusqu'au 1^{er}

⁶³ Voir également le rapport annuel 2015 GBS « Changement in statu nascendi » point 8.3.1. et le rapport annuel 2017 du GBS par le Dr Marc Moens « Chantiers inachevés » point 6.1.1.

⁶⁴ Arrêté n° 106/2017 du 28.09.2017 (M.B. 24.01.2018)

⁶⁵ M.B. 30.12.2015

octobre 2019. Cette décision a été la source d'une grande confusion parmi les médecins, les hôpitaux et les dentistes.

Le 19 décembre 2019 à la Chambre, M. Steven MATHEI (CD&V) a posé une question orale au ministre Alexander DE CROO concernant les effets concrets de l'arrêté pour les acteurs impliqués ainsi que la manière dont ces acteurs seraient informés et dans quels délais. Le ministre DE CROO a promis une communication sur les effets pratiques pour fin janvier 2020 et une initiative législative pour mettre un terme à cette période d'ambiguïté. Au moment de la rédaction de ce rapport annuel, cette communication est toujours attendue.

5.2 Désistement d'instance – Arrêté du Gouvernement flamand du 29.03.2019 modifiant la réglementation relative à l'agrément des professions de soins de santé⁶⁶

En 2017, le GBS a introduit un recours en annulation contre l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 février 2017 relatif à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes.⁶⁷

Le GBS s'est fortement impliqué dans les discussions concernant la proposition de modification de l'arrêté du 24 février 2017. Cette proposition a largement tenu compte des objections du GBS à l'encontre les articles 3, 22 et 18. L'article 3 stipule explicitement qu'un nombre égal de membres doivent être nommés sur le banc de l'université et sur le banc professionnel. L'article 22 prévoit aussi explicitement que les candidats spécialistes qui ont entamé leur stage sous l'ancienne législature, ne doivent pas présenter d'autre attestation que celle qui prouve qu'ils ont suivi avec fruit une formation universitaire spécifique au cours de leurs deux premières années de formation. À l'article 18 de l'arrêté du 24.02.2017, les mots « et les critères d'agrément » ont été supprimés. Le médecin agréé doit donc seulement continuer à remplir les conditions nécessaires au maintien de son agrément. Les critères d'agrément de nombreuses spécialités sont obsolètes. Ces dernières années, le Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes a déjà rendu un avis pour l'actualisation des critères d'agrément des 26 spécialités. Quand les médecins spécialistes déjà agréés ne remplissaient pas les nouveaux critères de leur spécialité, ils risquaient de perdre leur agrément.

À la suite de cette concertation, le GBS s'était engagé à un désistement d'instance si les modifications proposées étaient publiées. L'arrêté du Gouvernement flamand du 29 mars 2019 modifiant la réglementation relative à l'agrément des professions de soins de santé a été publié au Moniteur belge du 8 mai 2019.

En conséquence, lors de sa réunion du 16 mai 2019, le comité directeur du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes a décidé d'un désistement d'instance dans le cadre du dossier de la demande de l'annulation, par requête du 1er juin 2017, de l'article 3, §1, de l'article 4, de l'article 14, §1, alinéa 3, 4°, de l'article 18 et l'article 22 de l'Arrêté du 24 février 2017 du Gouvernement flamand relatif à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, publié au Moniteur belge du 6 avril 2017, enregistré au Conseil d'État sous le numéro de rôle G/A 222.331/VII-40.005.

⁶⁶ M. B. 08.05.2019.

⁶⁷ Voir article détaillé dans le rapport annuel 2017 du GBS « Chantiers inachevés » du Dr M. MOENS point 6.2.2. Procédure d'agrément pour les MSF et les MGF en Communauté flamande.

5.3 Actions intentées par le GBS ou ses unions professionnelles - Soins à basse variabilité

Le 15 janvier 2019, les unions professionnelles des anesthésistes, intensivistes, cardiologues, chirurgiens vasculaires et chirurgiens ont introduit une requête en annulation au Conseil d'État, contre l'A.R. du 2 décembre 2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité⁶⁸.

La requête en annulation cible également :

- 1) la circulaire que l'INAMI a adressée aux hôpitaux le 17 décembre 2018, clarifiant l'art. 7 de loi sur les soins à basse variabilité. Cette circulaire établit que la répartition communiquée par l'INAMI doit être respectée et qu'aucun mécanisme de réallocation n'a été introduit.
- 2) la publication du montant global prospectif par admission à l'hôpital pour l'année 2019.
- 3) la première et la deuxième répartition détaillée des différentes prestations médicales de la partie du montant global prospectif par admission qui représente le remboursement des prestations médicales, communiquées par l'INAMI à une date inconnue et publiées sur le site de l'INAMI respectivement en début janvier 2019 et fin janvier/début février 2019.
- 4) la communication par l'INAMI le 14 février 2019 sur la manière dont on peut procéder à une répartition du montant global prospectif par admission.

À la suite des notifications visées aux points 3 et 4, en un mois et demi, les hôpitaux ont été informés de trois systèmes de répartition différents.

Dans le prolongement de la requête en annulation à la Cour constitutionnelle contre la loi portant le 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité introduite par un certain nombre d'associations de pédiatres⁶⁹, ces derniers ont également introduit un recours contre l'A.R. susmentionné. Outre les moyens généraux invoqués par les unions professionnelles susmentionnées, les pédiatres ont aussi invoqué quelques moyens plus spécifiques.

En 2020, la saga des soins à basse variabilité se poursuit invariablement. Le montant global prospectif par admission à l'hôpital pour l'année 2020, a seulement été publié au Moniteur belge le 16 janvier 2020 au lieu du 1^{er} décembre 2019 comme prévu par la loi.

L'art. 7 de la loi du 19 juillet 2018 stipule en effet que le montant global prospectif par admission calculé pour l'année T est d'application pour toutes les admissions débutant après le 31 décembre de l'année T-1 et avant le 1^{er} janvier de l'année T+1, qu'il est publié avant le 1^{er} décembre de l'année T-1 par une communication au Moniteur belge, et que l'INAMI le communique aux hôpitaux. Les unions professionnelles réfléchissent actuellement à l'opportunité d'introduire une nouvelle requête en annulation au Conseil d'Etat. La suite dans le rapport annuel 2020 du GBS.

⁶⁸ M.B. 18.12.2018

⁶⁹ Voir le rapport annuel 2018 du GBS « La symphonie inachevée de Maggie » point 7.2.1.

6 Conclusion

On a perdu le Nord !

L'année 2019 entrera dans l'histoire comme l'année de la crise politique belge, l'année des jeunes qui se mobilisent contre le climat, l'année des grands changements climatiques et... pour les médecins, l'année des réformes de la ministre DE BLOCK. En guise de cadeau de fin d'année, le 31.12.2018, l'INAMI a publié au Moniteur belge les montants des APRDRG des soins à basse variabilité. En janvier 2019, c'est la panique dans les hôpitaux. Les services de facturation, les mutuelles, les médecins,...et l'INAMI ne savent pas comment appliquer le nouveau modèle de financement. Viennent ensuite les explications de l'INAMI et les interprétations des chiffres et des règles. Pour les honoraires, on a perdu le Nord.

Le ton est donné. Le 28 février, la loi sur les réseaux hospitaliers est adoptée à la Chambre. La Flandre a ses 13 réseaux hospitaliers et 60 zones de première ligne ; elle organise des stratégies régionales de soins. La Wallonie hésite. Avant les élections du 26 mai 2019, le projet de décret de la ministre MR, Valérie DE BUE, qui doit permettre aux hôpitaux privés et publics de collaborer, n'a pas abouti. Le 28 novembre 2019, le ministre PS, Pierre Yves DERMAGNE, promulgue des décrets qui donnent aux secteurs public et privé la possibilité de collaborer sous la forme d'asbl. Pour permettre au patient de faire des choix « éthiques », la possibilité d'un réseau hospitalier entièrement public est maintenue. La Flandre et la Wallonie travaillent chacun de leur côté. Le Nord cherche l'efficacité et le Sud, les choix éthiques. Quelle est la bonne stratégie des réseaux ? La boussole s'affole. On a perdu le Nord.

À Bruxelles, un premier réseau dépassant les frontières régionales s'est formé, avec un hôpital situé dans le Brabant Wallon. Sur le plan législatif, le ministre Alain MARON (Ecolo) promet très rapidement des ordonnances qui permettent des réseaux associant le « privé » et le « public ». À Bruxelles, la boussole des réseaux s'affole aussi... On a perdu le Nord.

En octobre, le rapport MAHA de la banque Belfius paraît : il est alarmiste. D'ici 2024, il faudra faire 10 milliards d'économies, essentiellement dans les secteurs de la sécurité sociale (pension) et des soins. Les calottes polaires fondent à cause du réchauffement climatique mais dans notre secteur, il fait de plus en plus froid...

L'indifférence s'installe dans la population. La lassitude ronge le moral des entrepreneurs. La croissance économique stagne. L'Allemagne parle même de récession. TRUMP engage des guerres commerciales et le Brexit menace notre économie. Et nous n'avons toujours pas de gouvernement. Le budget belge est sous le régime des douzièmes provisoires, les mesures correctrices restent en rade. Les informateurs royaux successifs ne savent plus quelle direction prendre. Ils ont perdu le nord.

La symphonie inachevée de notre ministre DE BLOCK prend lentement forme. La loi qualité a été approuvée au Parlement. Mais il manque encore de nombreux arrêtés royaux pour l'exécuter. Et le gouvernement est toujours en affaires courantes.

L'INAMI a donné le coup d'envoi de la réforme de la nomenclature, 15 ans après que nos pays voisins aient déjà réalisé cet exercice. Cette réforme a reçu un accueil critique. La Belgique croit réinventer la roue, mais les pneus sont usés jusqu'à la corde, selon certains.

Et toujours pas de gouvernement !

Le désespoir nous gagne. Nous craignons de nouvelles élections. Nous avons peur d'une scission de la Belgique ; alors on bricole jour après jour. Les ministres WEYNS et GLATIGNY font sauter le numerus clausus à l'entrée des études de médecine. On manque de médecins. Mais a-t-on respecté les quotas des médecins généralistes au fil des années ou avons-nous formé trop d'assistants, main d'œuvre bon marché, pour des disciplines surpeuplées comme la gynécologie et la neurochirurgie ? Les assistants francophones demandent un cadastre dynamique pour remédier aux pénuries. À quoi sert un cadastre si les recommandations du numerus clausus sont systématiquement bafouées ? Et qu'en est-il des sous-quotas ? On manque de généralistes, alors formons plus de spécialistes ? La manipulation et le manque

du sens des responsabilités décisionnelles règnent à tous les niveaux. Avec les numéros INAMI, on joue l'avenir des jeunes et l'investissement de leurs parents. Mais qui sait où est le Nord ? Qui va nous guider ? A-t-on encore du bon sens, ce bon vieux sens commun ?

Et toujours pas de gouvernement !

Le secteur pharmaceutique dérape. Les investissements dans le marché de niches des molécules orphelines sont plus intéressants que dans les médicaments « grand public ». Les firmes pharmaceutiques organisent des loteries pour éviter un « Pia-bis »⁷⁰ ou financent des campagnes de presse comme pour le petit Victor⁷¹. On réclame à cor et à cri la transparence de l'Art 81⁷² ou sa suppression. De nouvelles économies sont réalisées sur les molécules de 12 et 15 ans d'âge. Ces molécules sont commercialisées à des prix inférieurs ou proches de leur coût de production. Les firmes internationales licencient le personnel belge et retirent les molécules du marché. Il manque 400 médicaments, voire plus, sur le marché belge.

Et toujours pas de gouvernement !

Le tableau est sombre. Difficultés financières, réorganisation des hôpitaux, révision de la nomenclature. Portfolio, compétences, accréditation et P4Q. Trop peu de généralistes. Trop peu d'infirmier(e)s pour assurer les soins aux malades. Trop peu d'argent pour les médicaments et une participation trop directe des patients, le fameux « out-of-pocket ».

Et toujours pas de gouvernement !

Dans ce contexte quelque peu sinistre, les unions professionnelles apportent une bouffée d'air frais avec leur dynamisme, leurs initiatives et leur volonté d'améliorer les soins. Plutôt que de se cramponner au passé, les unions professionnelles veulent contribuer aux changements dans la bonne direction et donner un espoir à la profession. La médecine est disruptive. Le changement est synonyme d'abandon du pouvoir mais surtout de créativité à la recherche du meilleur. Le rôle du GBS réside dans la création d'espoir, la création de la valeur ajoutée. En 2019, nous avons écrit un mémorandum, ouvert à critique, et des critiques nous en avons reçu. Nous avons redéfini notre vision de la médecine spécialisée de demain. Nous nous sommes impliqués dans les symposiums des spécialités, dans la formation des maîtres de stage mais aussi dans les travaux pour une nouvelle nomenclature, dans des activités du cabinet, du Conseil supérieur et d'autres commissions. Les unions professionnelles impliquent les assistants dans leur fonctionnement. Nous pensons à demain. Nous aidons et créons une nouvelle dynamique. Nous leur donnons la bonne orientation vers le Nord.

Et toujours pas de gouvernement !

Les médecins ont le sens des responsabilités et les prennent tous les jours. Le GBS s'investit dans le sain exercice de la médecine spécialisée, le médecin spécialiste de qualité, et in fine, dans le sujet majeur de ses préoccupations qu'est le patient.

Si le monde a perdu le Nord, le GBS est la boussole des médecins spécialistes.

Dr Jean-Luc DEMEERE

Ont participé intensivement à la rédaction du présent rapport, par ordre alphabétique :

Bart Dehaes, Jean-Luc Demeere, Raf Denayer, Aurélie François, Marc Hermans, Michel Lievens, Marc Moens, Jan Stroobants en Fanny Vandamme

⁷⁰ Les parents la petite Pia ont organisé en 2019 une vaste action sms pour le traitement de la myalgie SMA dont leur petite fille était atteinte. Une injection de Zolgensma® coûte 1,9 millions d'euros.

⁷¹ En 2013, la firme Alexion espérait pousser Mme ONKELINKS, ministre PS à l'époque, à rembourser le traitement par Soliris (234 000 euros par an) en diffusant largement dans la presse, l'histoire poignante d'un petit patient flamand.

⁷² L'article 81 est une mesure juridique qui facilite l'accès des patients aux médicaments innovants.