

Rapport annuel GBS 2022 - Bruxelles 04.02.2023



Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
de Médecins Spécialistes

Groupement des unions professionnelles belges de  
Médecins spécialistes – GBS

# **Rapport annuel**

Bruxelles  
04.02.2023

## Avant-propos – Regard post-COVID

Le GBS a le plaisir de vous offrir son rapport annuel de l'année 2022.

Ce rapport annuel nous permet de nous profiler comme la plus grande organisation représentative des médecins spécialistes en Belgique.

Dans ce rapport, nous donnons un aperçu de nos réalisations de l'année écoulée. Toutefois, nous avons également inclus des articles et analyses thématiques pertinents pour les médecins-spécialistes, comme la réforme de la nomenclature et du financement des hôpitaux. Enfin, nous présentons notre position sur le portfolio, le dossier électronique du patient et le projet de loi sur l'endométriose.

Nous espérons que les informations et les articles de ce rapport annuel vous aideront à mieux comprendre le fonctionnement des soins de santé et les enjeux pour la médecine spécialisée.

Bonne lecture,

Dr Donald Claeys  
Secrétaire général

Dr Jean-Luc Demeere  
Président

## Table des matières

Avant-propos – Regard post-COVID.....	3
1 Activités des unions professionnelles .....	10
1.1 Assemblée générale Union professionnelle belge des médecins spécialistes en biologie clinique – 16.05.2022 .....	10
1.2 Spring Meeting 18.02.2022 & Autumn Meeting 23-24.02.2022 • Belgian Association for Radiation Oncology (BARO) et Belgian Society for Radiotherapy & Oncology (BeSTRO) .....	10
1.3 Symposium « Actualités politiques de santé » • Union professionnelle des médecins belges spécialistes en STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE ORALE ET MAXILLO-FACIALE .....	11
1.4 Webinaire « Nouvelle législation appareillage auditif » de l'Union professionnelle d'ORL et de CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE – 22.03.2022 & 24.03.2022 .....	11
1.5 Rapport d'activités de l'UNION PROFESSIONNELLE DES RHUMATOLOGUES BELGES.....	12
1.6 Dossiers du BELGIAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (BeCEP) .....	12
1.7 Union professionnelle belge des médecins spécialistes en NEUROLOGIE PÉDIATRIQUE .....	13
1.8 Rapport annuel Union professionnelle belge des spécialistes en SOINS INTENSIFS .....	13
1.9 Association professionnelle belge des PÉDIATRES.....	14
1.10 Association professionnelle belge des médecins spécialistes en CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTIVE ET ESTHÉTIQUE .....	15
1.11 Union professionnelle belge des GASTRO-ENTÉROLOGUES .....	16
2 WEBINAIRES DU GBS.....	17
2.1 La Loi qualité – 24.01.2022 .....	17
2.2 Réforme du financement des hôpitaux – 05.02.2022.....	17
2.3 Teach the Teacher – symposium pour les maîtres de stage 11.10.2022 .....	21
2.4 Radioprotection – 27.10.2022 .....	27
3 Fédéral.....	29
3.1 Conventionnement et déconventionnement .....	29
3.2 Accréditation .....	35
3.3 Convention collective sur les conditions salariales et de travail des candidats spécialistes ..	37
4 Communauté flamande .....	39
4.1 Voorzitterscollege (Collège des Présidents).....	39
5 Communauté française.....	42
6 Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes.....	43
6.1 Le dossier électronique du patient .....	43
6.2 Modification de l'exercice des professions des soins de santé : l'infirmier .....	44

7	Dossiers thématiques .....	47
7.1	Endométriose .....	47
7.2	Centralisation de l'oncologie de la tête et du cou .....	50
7.3	Le portfolio du médecin spécialiste .....	52
8	Réformes et financement des hôpitaux.....	54
8.1	Réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux.....	54
8.1.1	Note politique du ministre Vandembroucke – 28.01.2022.....	54
8.1.2	Investir dans nos soins de santé – Conférence de presse de Frank Vandembroucke 01.06.2022.....	56
8.1.3	Vers un New Deal pour le (cabinet de) médecin généraliste – 17.06.2022.....	58
8.2	MAHA-analyse 2022 .....	63
8.3	Cogouvernance : L'hôpital 2024-2030 : mesures prospectives nécessaires sur la relation travail- encadrement pour des soins de santé efficaces.....	69
9	Nomenclature .....	78
9.1	Réforme de la nomenclature .....	78
9.1.1	Méthodologie : Nomen 2.0.....	78
9.1.2	Aperçu chronologique de la réforme structurelle de la nomenclature .....	83
9.2	Nomenclature actuelle .....	89
9.2.1	Article 14n et consultation multidisciplinaire Spine.....	89
10	Accord médico-mutualiste.....	97

## Fiche signalétique du GBS

### MISSION<sup>1</sup>

- a. assurer la promotion, la représentation et la défense professionnelle individuelle et collective des associations composant le Groupement et de leurs membres, aussi bien sur le plan moral que professionnel ;
- b. favoriser la coordination et l'harmonisation entre les différents membres affiliés et leurs membres individuels, ainsi qu'entre ceux-ci et les autres médecins ou différentes communautés médicales ;
- c. représenter les associations affiliées au Groupement ainsi que leurs membres lors de toutes les négociations touchant à leurs intérêts moraux et professionnels ;
- d. participer activement à l'organisation d'une formation professionnelle et scientifique de qualité aussi bien dans le cadre de l'obtention de leur titre professionnel de médecin spécialiste que de la formation permanente ; transmettre des informations aux patients, aux médecins, aux instances politiques et aux médias ;
- e. apporter un soutien aux associations par une assistance administrative et juridique, par des conseils en matière de gestion ou d'économie de la santé et des conseils sur la politique générale de l'organisation des soins de santé ;
- f. porter assistance aux membres par son expertise juridique, économique, médicale ou financière ;
- g. promouvoir la pratique médicale en collaboration avec les autres organisations de médecins, les sociétés scientifiques, les universités et les autorités compétentes ;
- h. défendre les intérêts des médecins à l'échelon européen et veiller à assurer aux médecins dans l'Union européenne une formation de base et une formation continue de haute qualité ;
- i. de façon générale, se préoccuper de toutes les matières intéressant les membres, y compris la constitution éventuelle et la gestion hors du Groupement de toute institution touchant à la solidarité et à la collaboration professionnelle.

## 32 unions professionnelles affiliées...

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en **ANATOMIE PATHOLOGIQUE**

Association professionnelle belge des médecins spécialistes en **ANESTHÉSIE ET RÉANIMATION**

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en **BIOLOGIE CLINIQUE**

Association professionnelle des **CARDIOLOGUES** belges

Union professionnelle des **CHIRURGIENS** belges

Association professionnelle belge des médecins spécialistes en **CHIRURGIE PLASTIQUE**, reconstructive et esthétique

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en **ENDOCRINO-DIABÉTOLOGIE**

Union professionnelle belge des **GASTRO-ENTÉROLOGUES**

Union Professionnelle Belge des Médecins Spécialistes en **GÉNÉTIQUE CLINIQUE**

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en **GÉRIATRIE**

Association professionnelle des obstétriciens et **GYNÉCOLOGUES** belges

---

<sup>1</sup> Source : art. 3 statuts, publiés dans les annexes du Moniteur belge le 15.12.2014 (BCE 407.228.566)

Association professionnelle belge des médecins spécialistes en **INFECTIOLOGIE CLINIQUE**  
Belgian College of **EMERGENCY** Physicians  
Union professionnelle des médecins belges spécialistes en **MÉDECINE INTERNE**  
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en **MÉDECINE NUCLÉAIRE**  
Association belge des médecins spécialistes en **MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION**  
Groupement professionnel de **NEUROCHIRURGIE**  
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en **NEUROLOGIE**  
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en **NEUROLOGIE PÉDIATRIQUE**  
Union professionnelle belge des médecins **OPHTALMOLOGISTES**  
Union professionnelle belge d'**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE** et de chirurgie de la tête et du cou  
Union professionnelle médicale belge d'**ORTHOPÉDIE**  
Association professionnelle belge des **PÉDIATRES**  
Union professionnelle des médecins belges spécialistes en **PNEUMOLOGIE**  
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en **PSYCHIATRIE**  
Société belge de **RADIOLOGIE**  
Belgian Association for **RADIATION ONCOLOGY**  
Union professionnelle des médecins spécialistes en **RÉADAPTATION** fonctionnelle et professionnelle des handicapés  
Association des médecins **RHUMATOLOGUES** de Belgique  
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en **SOINS INTENSIFS**  
Union professionnelle des médecins belges spécialistes en **STOMATOLOGIE** et chirurgie orale et maxillo-faciale  
Association professionnelle belge des **UROLOGUES**

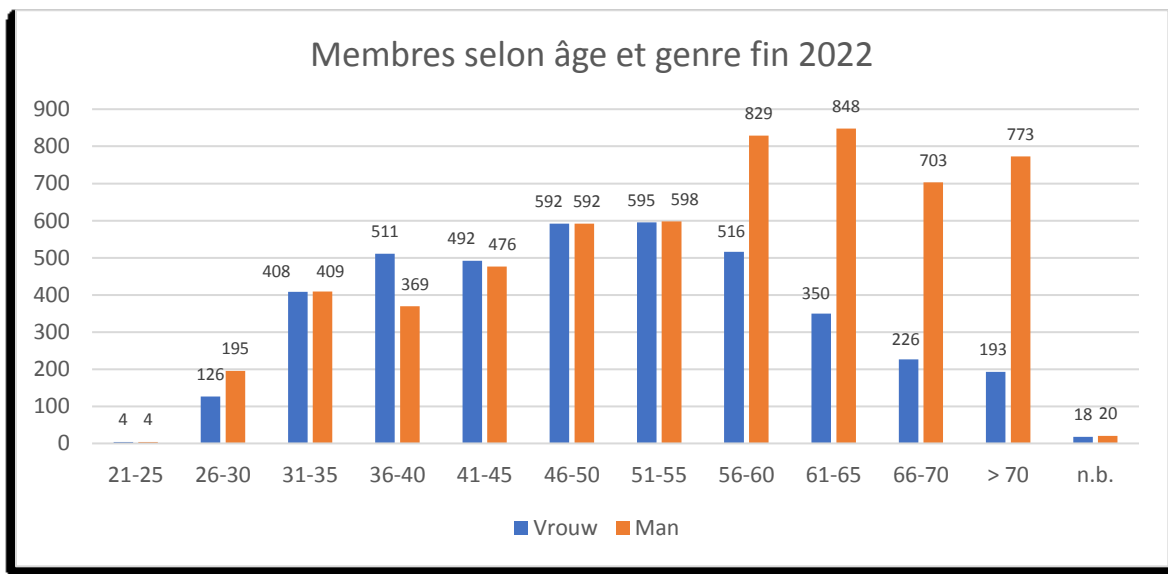
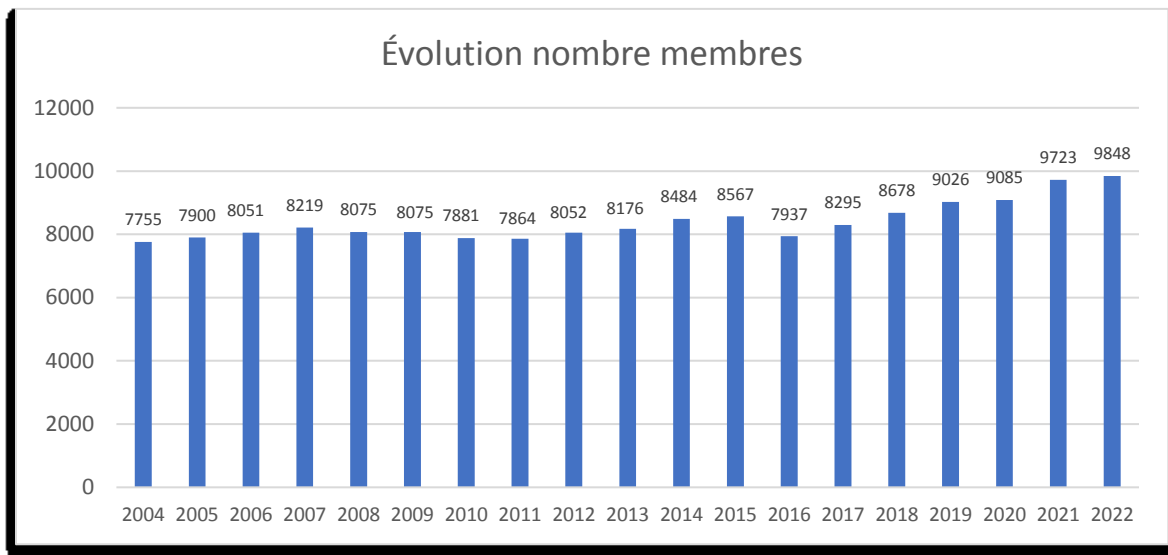
## ... avec **294** administrateurs

Les administrateurs du GBS assurent une représentation pratiquement dans toutes les commissions d'agrément des médecins spécialistes, au niveau européen auprès de l'UEMS et ses différentes sections et boards, au Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes, au sein de différents conseils médicaux mais aussi dans les entités suivantes :

*Comité consultatif maladies à prion, Comité consultatif Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Conseil d'accord convention diabète et cliniques tertiaires du pied, AVIQ, Comité d'accompagnement Pathologie complexe/Mobile Healthcare, Comité de gestion plateforme e-Health, Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC), BELMIP, Commission professionnelle groupe de direction de l'Accréditation, B-Laryphon (ORL), Collège des Soins intensifs, Collège belge de Génétique humaine et Maladies rares, Collège des médicaments orphelins, Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments, Commission du remboursement des médicaments, Service d'évaluation et de contrôle médical (SECM), Commission d'agrément audiolgues et audiciens, European Academy of Paediatrics (EAP), European Board of Oro-Maxillo-Facial Surgery, Réseau européen de référence (RER) ReCONNET, Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, Conseil fédéral de l'art infirmier (CFAI), GEMS/Strategic Scientific Committee, HRC College, Institut pharmaco-épidémiologique belge (IPhEB), Concertation médico-pharmaceutique, Conseil National de Promotion de la Qualité (CNPQ), Réseau de surveillance des*

maladies infectieuses, Comité de concertation utilisateurs de la plateforme eHealth, Comité paritaire Psychiatrie, Protocols Risk Assessment Group (RAG) and Severe Acute Respiratory Infections (SARI), Comité consultatif de Bioéthique, Royal Belgian Society for Plastic Surgery, CdA Belgian Association of Urology (BAU), CdA Belgian Society of Neurosurgery (BSN), CdA Société royale belge de rhumatologie (SRBR), CdA Société royale belge de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale (SRBSCMF), CdA Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg, Groupe de direction télékinésithérapie, Commission technique des Professions paramédicales (CTPP), Conseil technique des Radio-Isotopes (CTRI), Groupe de travail transversal Psychiatrie, Commission TTR-1701 - TTR Plan Cancer THK, Vlaams Netwerk Zeldzame Ziekten (tissu conjonctif-musculo-squelettique), Vlaamse Vereniging Kinderartsen (VVK), VVOG, Groupe de travail Algologie, Groupe de travail Artificial Intelligence (AI), Groupe de travail Big Data, Groupe de travail hôpital de jour, Groupe de travail Dossier électronique du patient, Groupe de travail nomenclature, Groupe de travail obésité INAMI, Groupe de travail télé-expertise etc..

... et **9 848** membres individuels





## Organe d'administration du GBS « central » : who's who?

### Comité exécutif ↓



J.-L. DEMEERE  
Président GBS



D. CLAEYS  
Secrétaire général GBS



C. POLITIS  
Trésorier GBS



J. STROOBANTS  
Vice-président NI GBS  
Président AVS<sup>2</sup>



M. MICHEL  
Vice-présidente Fr GBS  
Présidente AMSFr<sup>2</sup>



L. DEDRYE  
Vice-président adj. NI GBS  
Vice-président AVS



K. ENTEZARI  
Vice-président adj. Fr GBS  
Vice-répsident AMSFr



B. D'HAEN  
Secrétaire adj. NI GBS  
Secrétaire AVS



J. RONDIA  
Secrétaire adj. Fr GBS  
Secrétaire AMSFr



K. VALGAEREN  
Conseillère NI GBS  
Conseillère AVS



R. LEACH  
Conseiller Fr GBS  
Conseiller AMSFr

### + représentants des unions professionnelles (membre NL suivi de son homologue FR) ↓

E. SLOCK et G. BEJJANI (anesthésie), K. COKELAERE et V. RADERMACHER (anatomie pathologique), A. DEROM et A. KORNREICH (biologie clinique), M. VROLIX et D. DOLATABADI (cardiologie), L. DEDRYE et P. MALVAUX (chirurgie), M. MERTENS et N. CUYLITS (chirurgie plastique), K. VALGAEREN et C. DE GALOCSY (gastroentérologie), K. KEYMOLEN et I. MAYSTADT (génétique clinique), J.-P. BAEYENS et N. BERG (gériatrie), G. VERHULST et P. EMONTS (gynécologie), J. PEN et C. LELUBRE (médecine interne), S. VAN HECKE et D. FRANCOIS (médecine nucléaire), J. DE NEVE et G. BRANDS (médecine nucléaire), J. STROOBANTS et R. LEACH (médecine d'urgences), B. D'HAEN et D. MORELLI (neurochirurgie), E. VAN BUGGENHOUT et D. BOUCQUEY (neurologie), M. CLAEYS et M. ANDRIANTAFIKA (ophtalmologie), O. VERBORGT et J. RONDIA (orthopédie), F. INDESTEEGE et P. LEVIE (ORL), T. JONCKHEER et M. MICHEL (pédiatrie), J. LAMONT et V. NINANE (pneumologie), M. HERMANS et V. RYCKMANS (psychiatrie), M. VANFLETEREN et J.-P. JORIS (radiologie), D. VAN GESTEL et O. DE HERTOOGH (radiothérapie), Y. PIETTE et S. DI ROMANA (rhumatologie), O. LENSSEN et A. PEIFFER (stomatologie), F. AMEYE et K. ENTEZARI (urologie), P. LINDEN et B. MILLET (réadaptation personnes atteintes d'un handicap), L. DE WAELE et N. DECONINCK (neurologie pédiatrique), J. VERBEKE et D. NEUBERG (soins intensifs), S. ROBBRECHT et L. DERDELINCKX (endocrinologie).

<sup>2</sup> AVS: Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten; aile du GBS chargée des matières de la Communauté flamande. L'AMSFr (Association des Médecins Spécialistes francophones) est chargée de la même mission pour la Communauté française.

# 1 Activités des unions professionnelles

## 1.1 Assemblée générale Union professionnelle belge des médecins spécialistes en biologie clinique – 16.05.2022

L'assemblée générale a débuté avec le rapport du secrétaire, le Dr. H. Louagie. L'année 2021 a encore été marquée par la pandémie de COVID-19 et par le travail considérable des laboratoires mobilisés pour les tests PCR et le séquençage sur la plate-forme d'analyse génomique du SARS-CoV-2. Ensuite, le président de l'union, le Dr Derom, a présenté, avec un haut niveau de précision, les évolutions budgétaires de la biologie clinique. Il faut noter qu'en euros réels, la biologie clinique est moins remboursée qu'en 1995. En tenant compte de l'inflation, la biologie clinique présente une évolution de - 35%. La pression continue à monter avec la proposition gouvernementale de diminuer de 15 % les dépenses totales de la biologie clinique, ce qui représente 204 millions d'euros au total, dont 49 millions à la charge des laboratoires privés. Il est certain que cette proposition donnera lieu à de nombreux commentaires et à des recours éventuels. Les dépenses liées aux tests PCR COVID-19 qui ne relèvent pas de la nomenclature s'élevaient à 705 millions d'euros en 2021.

Une équipe de consultants de chez Möbius est venue présenter les grandes phases de la réforme de la nomenclature en biologie clinique : cette présentation a suscité de nombreuses questions et réactions dans l'assemblée. Ensuite, le Prof. P. Vermeersch a présenté les implications de la directive IVD-R<sup>3</sup> dans les laboratoires. Cette directive impose une nouvelle contrainte qui aurait pu avoir des conséquences néfastes sur le développement et la disponibilité du diagnostic par PCR, si elle avait été d'application lors de la pandémie de COVID-19. Pour finir, le Dr. E. Ho a partagé son expérience de mise en place d'un projet HOST (Hospital Outbreak Support Team) multisite : les médecins biologistes cliniques se sont illustrés par leur engagement sans réserve et leur dynamisme dans leur lutte contre les infections hospitalières, au grand bénéfice des patients.

## 1.2 Spring Meeting 18.02.2022 & Autumn Meeting 23-24.02.2022 • Belgian Association for Radiation Oncology (BARO) et Belgian Society for Radiotherapy & Oncology (BeSTRO)

### 1. Spring meeting 2022

La réunion de printemps annuelle de la BeSTRO a eu lieu le 18 février 2022. En raison de la pandémie de COVID-19, cet événement était 100% en ligne. 115 personnes ont assisté à cette réunion. Deux doctorantes (Flor Verghote et Lisa Grandjean) ont présenté leurs travaux. Le jury a remis le PhD price d'une valeur de 500€ à Lisa Grandjean. Ensuite, le Dr Philippe Coucke (CHU Liège) a donné une conférence sur l'intelligence artificielle dans le cadre du prix Emmanuel van der Schueren. Il a reçu la médaille Emmanuel van der Schueren et est devenu membre honoraire de la BeSTRO. Ce Spring Meeting a été suivi de l'assemblée générale de la BeSTRO/BARO.

### 2. Autumn meeting 2022

La réunion d'automne annuelle a eu lieu les 23 et 24 septembre 2022 sur le thème de l'hypofractionnement. Environ 100 personnes ont assisté à cette réunion le vendredi et 110 le samedi. Le meeting a débuté le vendredi avec les présentations des jeunes collègues suivies d'une conférence sur les principes radiobiologiques de l'hypofractionnement. Après la pause-café, une présentation sur les préoccupations des physiciens médicaux a suivi. Durant les conférences sur les actualités, de courtes

---

<sup>3</sup> Règlement (UE) 2017/746 relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, en vigueur le 26.05.2022.

présentations ont été données sur la situation actuelle de la protonthérapie en Belgique mais aussi sur la nouvelle nomenclature et la commission d'agrément. La réunion de vendredi s'est terminée sur les dernières nouvelles concernant B-ROG.

Le programme du samedi a été consacré à des présentations sur l'hypofractionnement lié à des pathologies spécifiques comme les cancers de la vessie, de la prostate, du sein et du rectum.

### 1.3 Symposium « Actualités politiques de santé » • Union professionnelle des médecins belges spécialistes en STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE ORALE ET MAXILLO-FACIALE

Trois thèmes ont été abordés lors de ce symposium :

- La discussion a porté sur la réforme de la nomenclature sous la direction de l'équipe de recherches Pirson-Leclercq, et durant celle-ci, il a été question de la pondération intradisciplinaire et de la pondération interdisciplinaire. Dans la pondération intradisciplinaire basée sur la durée, la complexité et le risque, l'interdépendance de ces deux derniers facteurs s'avère particulièrement difficile à estimer correctement. Le nombre de libellés augmente inévitablement, car chaque voie d'abord nécessite un libellé distinct. Dans la pondération interdisciplinaire, les passerelles (codes comparables) seront déterminantes pour un résultat équilibré. La pondération intradisciplinaire est comparée à la valeur K tandis que la pondération interdisciplinaire est comparée au coefficient attribué à cette valeur K.
- La planification de l'offre médicale ne doit pas être un casse-tête insurmontable si les sous-quotas sont fixés correctement. Pour l'instant, ceux-ci n'ont été établis que du côté flamand et il semble que nous nous dirigeons vers une offre insuffisante de médecins CMF formés en Belgique, ce qui signifie que la restriction d'admission ne s'appliquera qu'aux médecins belges et favorisera un afflux indirect de médecins étrangers. Cette inadéquation entre l'offre et la demande doit être corrigée. C'est là que le GBS pourra jouer un rôle proactif grâce à son expérience au sein du Conseil supérieur et des commissions d'agrément.

Enfin, il a été question de la convention collective du 19 mai 2021 sur les conditions minimales des contrats de formation avec les médecins spécialistes en formation : elle a été rendue obligatoire par l'AR du 19 juillet 2021. Les dispositions relatives à la rémunération et au temps de travail sont désormais définies. Il convient ensuite de débattre des implications de ces dispositions légales sur l'organisation et le contenu de la formation. On se demande si la voie est désormais tracée pour un statut d'employé pour les médecins-spécialistes.

### 1.4 Webinaire « Nouvelle législation appareillage auditif » de l'Union professionnelle d'ORL et de CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE – 22.03.2022 & 24.03.2022

Notre premier webinaire d'ORL a eu lieu le jeudi 24/03/2022 en soirée, avec comme thème, la nouvelle législation sur l'appareillage auditif.

Le nombre de participants indiquait qu'il y existe une demande en la matière. La version néerlandophone de ce webinaire a été organisée le mardi 22/03/2022 en soirée.

Pour commencer, notre président Thibert Robillard a consacré son discours à certaines ambiguïtés administratives et organisationnelles propres à notre profession. Il a aussi donné quelques exemples des difficultés que notre groupement professionnel rencontre lors des réunions avec les autorités.

Ensuite, la partie réservée aux présentations a débuté avec l'audiologue Pieter Topff et son collègue Bert Deleenheer. Ils ont présenté les pierres d'angle et les pierres d'achoppement de la nouvelle

prescription, à savoir les codes et pseudocodes et leur usage, ainsi que les règles d'exception. Cette partie théorique a été suivie d'exemples intéressants et didactiques ainsi que d'exercices pratiques avec des pseudocodes simples et complexes.

Il a aussi été question de la prescription d'un nouvel appareil avant la fin du délai de 5 ans, de la transition du mono au stéréo dans les 5 ans, et des critères à suivre en cas de dégradation de l'audition dans les 5 ans.

Pendant tout le webinaire, les participants ont pu poser des questions par écrit dans la « question box », et les intervenants y ont répondu oralement durant les 30 dernières minutes. Les questions étaient nombreuses, preuve supplémentaire d'un grand intérêt pour cette matière. Cette session a permis de bonnes interactions avec les participants, même à distance. Enfin, ce webinaire a obtenu deux points d'accréditation en éthique et économie.

## 1.5 Rapport d'activités de l'UNION PROFESSIONNELLE DES RHUMATOLOGUES BELGES

En 2022, notre comité directeur a été renouvelé. Voici la répartition des mandats :

Président : Laurent Méric de Bellefon

Secrétaire : Silvana Di Romana

Trésorier : Mieke Devinck

Membres: Yves Piette, Muriel Moris, Ilse Hoffman, Kristof Thevissen

- La Commission de planification-offre médicale nous a appris que la rhumatologie fait partie des spécialités identifiées comme « sensibles » en raison des déséquilibres existants. La force de travail (« workforce ») des rhumatologues en Belgique est faible avec 2 rhumatologues/100 000 habitants par rapport à une norme de 4 rhumatologues/100 000 habitants. De plus, 20% des rhumatologues ont plus de 65 ans.
- Les rhumatologues ont été informés des plans concernant le Portofolio et l'hôpital de jour médical avec la création d'un code spécifique pour les perfusions de Mabthera®. Nous souhaitons que le financement destiné à améliorer la multidisciplinarité à l'hôpital de jour médical sera entériné.
- Nous sommes prêts à répondre à la convocation de l'INAMI pour la 2<sup>e</sup> phase de la réforme de la nomenclature : cela fait déjà quelques années que nous menons un travail en amont.

Nous avons sollicité l'INAMI au sujet de certaines améliorations des logiciels informatiques que nous devons utiliser pour prescrire des traitements à nos patients. Nous espérons des réponses et des échanges respectueux pour conserver une pratique médicale optimale et vivable.

## 1.6 Dossiers du BELGIAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (BeCEP)

### 1. Sédation procédurale

Le BeCEP est en discussion avec le SPF Santé publique pour une modification de la Loi Qualité qui permette aux urgentistes de pratiquer des sédations et des anesthésies générales aux urgences dans des situations critiques en termes de temps et d'état, dans des conditions pré-hospitalières. Actuellement, ces négociations sont en phase finale.

## 2. Nomenclature INAMI

Le BeCEP se consacre à 100% à la défense professionnelle auprès de l'INAMI. La nomenclature actuelle est en retard sur les prestations cliniques effectuées au quotidien dans les services d'urgences belges.

L'INAMI prévoit de fixer à 0 la valeur de la surveillance ambulatoire du cœur par ECG (212015). Le BeCEP négocie une redistribution de ces fonds pour les suppléments de nuit/week-end et jours fériés. Le BECEP surveille la mise en œuvre de cette stratégie.

## 3. Fonction DIRMED

Le BeCEP défend le point de vue que le directeur médical est et reste une fonction médicale. Nous n'acceptons pas que les médecins soient poussés vers des fonctions subordonnées ni que des ordres médicaux nous soient donnés par des non-médecins. Le BeCEP œuvre pour une rémunération correcte de la fonction de directeur médical.

## 4. Trauma centers principaux

Le ministre Vandenbroucke veut centraliser les trauma centers principaux. Le BeCEP participe aux négociations à ce sujet. Le BeCEP s'oppose à une programmation des trauma centers majeurs par le SPF Santé publique et est plutôt favorable à une normalisation des différents niveaux des trauma centers pour que chaque hôpital puisse décider quel niveau il souhaite atteindre.

## 5. Symposium BeCEP

Au printemps 2023, le BeCEP organisera un symposium sur la responsabilité civile de l'urgentiste. Ce symposium aura lieu à l'occasion de l'assemblée générale.

## 6. Conclave BeCEP

Au printemps 2023, le BeCEP organisera un nouveau conclave avec les acteurs impliqués dans l'avenir de la médecine d'urgence en Belgique.

## 1.7 Union professionnelle belge des médecins spécialistes en NEUROLOGIE PÉDIATRIQUE

Une enquête a été menée auprès des neuropédiatres concernant 3 thèmes : 1) application EEG de longue durée chez les enfants, 2) indications neuropédiatriques pour l'hôpital de jour non chirurgical, 3) charges administratives propres à la neuropédiatrie et manière dont celles-ci sont gérées dans les différents centres.

Les résultats de cette enquête permettront d'élaborer des propositions pour optimiser les méthodes de travail des neuropédiatres belges.

L'union professionnelle a participé au Joint Board meeting de la Belgian Academy of Paediatricians (BAoP) le 27 septembre 2022.

## 1.8 Rapport annuel Union professionnelle belge des spécialistes en SOINS INTENSIFS

### 1. Demande nouvelle nomenclature:

3 propositions ont été soumises au CTM :

1. Mise en place d'un cathéter artériel avec surveillance
  - a. Accepté, sera développé
2. Installation et ventilation d'un patient en décubitus ventral (« proning »)
  - a. Pas accepté
3. Concertation multidisciplinaire aux soins intensifs
  - a. En traitement (groupe de travail hors art. 13)

Le SPF travaille actuellement à la révision de la nomenclature, raison pour laquelle les propositions de nouvelle nomenclature ne sont pas prioritaires pour l'instant.

2. Fonds pour les permanences :

Les honoraires de permanence de l'intensiviste de garde sont déterminés par le nombre d'admissions hospitalières (principalement non ambulatoires). La transition de l'hospitalisation vers les admissions en ambulatoire risque de réduire davantage cette indemnité dans le futur. C'est pourquoi le comité directeur a écrit au cabinet pour lui soumettre quelques propositions pour corriger ce déséquilibre. À suivre.

3. Essai KCE sur le personnel de soins infirmiers dans les unités de soins intensifs :

Plusieurs membres ont participé à la concertation sur cette étude du KCE. Toutefois, l'union professionnelle n'a pu apporter qu'une maigre contribution.

4. MICA :

Le comité directeur participe activement à la création de l'asbl MICA (Measuring Intensive Care Activities), une norme de référence nationale pour les SI. L'initiative a déjà été lancée il y a 5 ans en concertation avec le SPF, mais a besoin d'être relancée. Des négociations sont en cours avec le SPF pour que ce projet aboutisse.

5. Assemblée générale annuelle 22/02/2022:

Sujet : état des lieux actuel concernant les sujets précités, approbation des comptes annuels, acceptation des nouveaux membres.

6. Groupe de travail Centres de traumatologie majeurs :

À la demande du cabinet, le Prof. Kips souhaite fixer des critères pour les centres de traumatologie majeurs. Le comité directeur est membre de ce groupe de travail.

## 1.9 Association professionnelle belge des PÉDIATRES

Le 27 septembre 2022, date de son assemblée générale, le board de la Belgian Academy of Paediatrics (BAoP) a organisé une réunion conjointe avec les comités directeurs de la Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (VVK), du Groupement Belge des Pédiatres Francophones (GBPF), de la Société belge de Pédiatrie (SBP-BVK) et de l'Association professionnelle belge des Pédiatres (GBS-VBS). Une cinquantaine de personnes étaient présentes.

La Prof. Dr Ann De Guchtenaere, présidente de la BAoP, a donné des informations sur les discussions en cours entre les différents présidents concernant une réorganisation nécessaire du paysage pédiatrique en Belgique. Elle a expliqué que les associations actuelles gaspillent leurs forces en travaillant chacune de leur côté sur les mêmes dossiers, souvent traités par les mêmes personnes ; d'autre part, l'expérience de la pandémie a démontré qu'il est essentiel de parler d'une seule voix. Une piste est évoquée, à savoir, la création d'une association-coupole belge pédiatrique unique (BAOP ?) avec un seul comité directeur, un seul secrétariat, un seul site internet et une seule cotisation.

Au sein de cette structure, les entités régionales, scientifiques et financières continueraient d'exister en conservant leur individualité. Lors des discussions qui ont suivi, une majorité des personnes présentes a clairement soutenu cette option. Les différents présidents ont reçu pour mission de discuter plus avant de cette proposition au sein de leur comité directeur, ce qui a eu lieu depuis. Des budgets ont été débloqués pour réaliser ce projet.

## 1.10 Association professionnelle belge des médecins spécialistes en CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTIVE ET ESTHÉTIQUE

L'association professionnelle des chirurgiens plasticiens organise des réunions bimensuelles de son comité directeur, en alternant les réunions en présence physique et les sessions Zoom avec la participation des MSF.

En 2022, les activités et initiatives suivantes ont eu lieu :

- Spring Meeting (07.05.2022 - Théâtre du Vaudeville Brussel) et Autumn Meeting (26.11.2022 - KBC Auditorium Molenbeek)
- Quatre fois par an : Cry4Help sessions: présentations et discussion de casuistique clinique.
- Task force non-surgical aesthetic medicine
  - o Pour l'association professionnelle, il s'agit de la concertation sur le titre/la formation en « médecine esthétique non chirurgicale ».
  - o Participation à la cellule des experts en actes esthétiques sous la direction du Dr Waterbley
- Task force loi sur l'information versus publicité
  - o Concertation avec maître Callens
- Dayclinic Vision Of Plastic Surgery
  - o Concertation activités hôpital de jour
  - o Groupe de travail avec la collaboration du GBS concernant les listes A
- Insured/reimbursed care outside the hospitals
  - o Concertation sur la réalisation des interventions K120/N200 sous contrôle en BO, extra muros comme pour l'ophtalmologie. Par exemple, l'ectropion, l'entropion et la ptosis peuvent être traités dans le même environnement en BO extra muros mais aucun remboursement INAMI ne peut être associé à ces traitements pour la chirurgie plastique.
  - o Consultation de maître Callens : étant donné les nombreuses interventions en hôpital de jour, les frais généraux et l'infrastructure hospitalière coûteuse ne sont pas nécessaires pour effectuer des interventions à faible risque en dehors de l'hôpital dans des conditions sûres cfr listes A hôpital de jour.
- Identification abus titre chirurgie plastique à la Belgian Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive surgery
- Suivi abus nomenclature 245733 N200
  - o Proposition CTM concernant lipofilling et reconstruction paralysie faciale
- Révision nomenclature chirurgie plastique
  - o Réforme nomenclature, détermination durée, complexité et risque pour calcul correct des honoraires purs de CP.
  - o Discussion et réunion de concertation avec INAMI.

Au niveau européen également, au sein de l'EBOPRAS (UEMS), les représentants de la chirurgie plastique belge, les Drs Marianne Mertens et Jean-Luc Nizet, ont été très actifs avec, entre autres, le meeting de l'EBOPRAS à Bruxelles (07-10.04.2022) et les examens écrits et oraux pour les MSF.

## 1.11 Union professionnelle belge des GASTRO-ENTÉROLOGUES

Lors de l'assemblée générale du 25.04.2022, Guido Deboever a donné aux membres un état des lieux du dossier sur la désinfection des endoscopes. Actuellement aucun financement n'est donc prévu, ni pour les Gastroentérologues ni pour les hôpitaux. L'assemblée estime que la réforme de la nomenclature et des honoraires renforce l'utilité de poursuivre ce dossier. Un travail soutenu est encore nécessaire pour pouvoir présenter aux autorités un dossier complet, détaillé et crédible, à finaliser via un groupe de travail spécifique au sein de l'Union, si possible avec l'appui du Consilium Gastroenterologicum, et donc avec les sociétés scientifiques et les universités, avec le soutien des coupoles des hôpitaux (impact sur la qualité et la sécurité des soins) et des pharmaciens hospitaliers (pour la stérilisation centrale), sur le modèle du quartier opératoire sans oublier les confrères extra-muros, et à intégrer dans l'exercice de financement de la nomenclature.

Par ailleurs, le Dr Leen Mortier a donné un aperçu des nouveaux codes des spécialistes en gastroentérologie, porteurs de la compétence professionnelle particulière en oncologie. Les nouveaux codes concernent entre autres la consultation d'oncologie (106330/106352) et les honoraires de surveillance pour les traitements oncologiques (597273/597294 : chimiothérapie, immunothérapie) pour léséjour d'un patient en hôpital de jour non chirurgical. Le K supplémentaire pour la coordination des COM reste exclusivement réservé aux oncologues médicaux et n'est pas accessible aux gastroentérologues-oncologues. L'union professionnelle a constitué un groupe de travail gastro-onco.



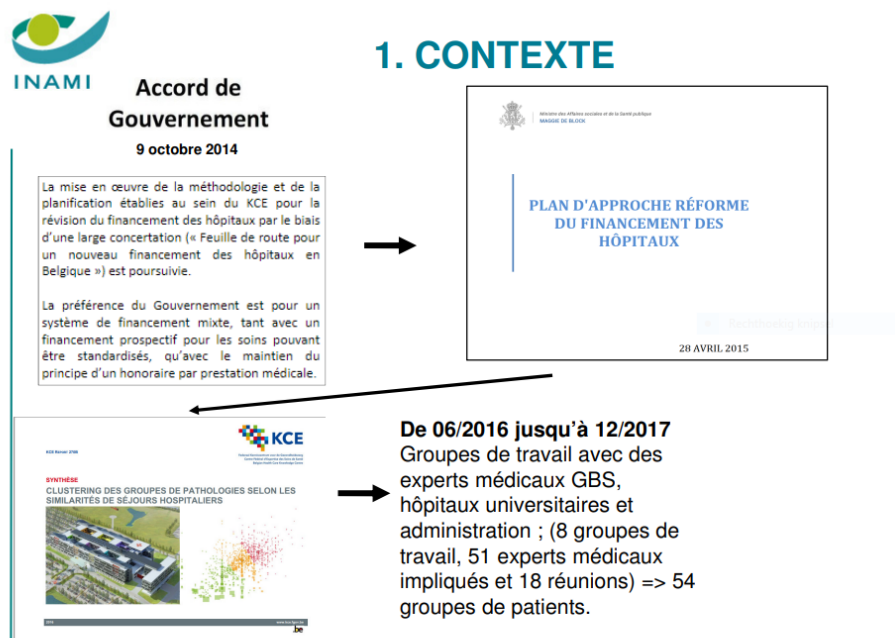
## 2 WEBINAIRES DU GBS

### 2.1 La Loi qualité – 24.01.2022

Durant ce webinaire, Maître Ann Dierickx a présenté l'implémentation de la loi qualité au 1er janvier 2022. Toutes les dispositions n'étaient pas en vigueur au moment de la présentation. La Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé, ou Commission de contrôle, ne sera pas opérationnelle avant le 1er juillet 2022. En outre, certains décrets d'application ministériels sont toujours attendus.

### 2.2 Réforme du financement des hôpitaux – 05.02.2022

Présentation de M. Mickaël Daubie (conseiller général INAMI) : soins à basse variabilité et financement, trois ans plus tard.



2

Après trois ans de suivi du nouveau système, les données sont positives. Le processus de réforme du financement des hôpitaux a débuté en 2015. En collaboration avec le GBS et ses experts, 54 groupes de patients (et APR-DRG) ont été définis.

Le paiement des honoraires est basé sur la médiane des honoraires par APR-DRG (avec une marge). M. Daubie développe dix règles d'or de la réforme du financement des hôpitaux :

1. Un montant global prospectif couvre les prestations de santé (y compris les médicaments et les implants...) et le BMF
2. La réforme est introduite par étapes. Première étape : les **HONORAIRES**
3. Applicable à certains patients : **BASSE VARIABILITE**
4. Le patient paie un **ticket modérateur FORFAITAIRE**
5. Non applicable aux services spécialisés SP
6. L'enveloppe des honoraires est **OUVERTE**

7. Tous les honoraires de la nomenclature sont maintenus
8. Les montants de référence sont supprimés
9. Les prestataires restent PROPRIÉTAIRES de leurs honoraires
10. Entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019



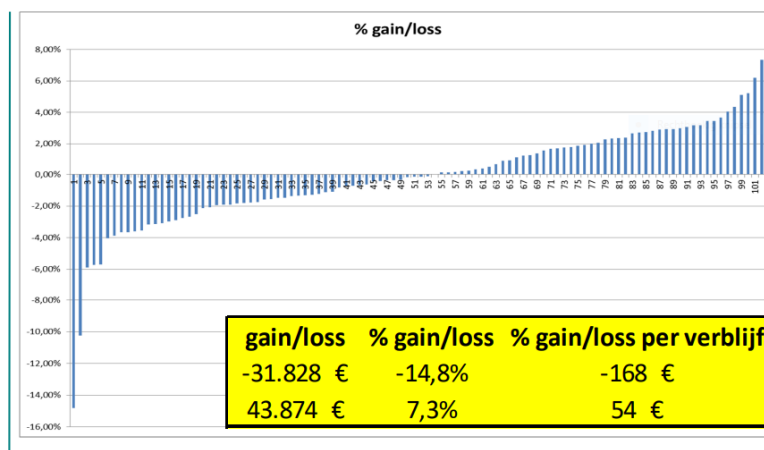
## 6. DONNEES DE BASE (pour 1/01/2019)

Row Labels	Sum of honoraria NC /
N14 - Anesthesiologie	69.427.603 €
N32 - Orthopedie	35.112.371 €
N51 - Percutane interventionele verstrekingen - medische beeldvorming	32.566.067 €
N10 - Verlossingen - operatieve hulp	29.828.209 €
N50 - Röntgendiagnose	28.463.183 €
N23 - Heelkunde op het abdomen	26.576.929 €
N30 - Urologie	16.976.192 €
N62 - Forfaitaire honoraria - Klinische biologie - Art 24§2	12.189.758 €
N25 - Heelkunde op de thorax	11.802.802 €
N63 - Pathologische anatomie - Artikel 32	11.574.329 €
N28 - Otorhinolaryngologie	9.794.717 €
N00 - Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden	9.744.060 €
N57 - Fysiotherapie	6.104.399 €
N26 - Heelkunde op de bloedvaten	5.952.649 €
N12 - Reanimatie	5.215.163 €
N19 - Dringende technische verstrekingen - Artikel 26, §1 en §1ter	5.148.946 €
N05 - Kinesitherapie	4.191.269 €
N11 - Gynecologie en verloskunde	4.108.669 €
N60 - Klinische biologie - Artikel 24§1	3.579.625 €
N55 - Cardiologie	3.402.098 €

10



## 6. DONNEES DE BASE (pour 1/01/2019)



11

Globalement, la masse des honoraires a été répartie différemment entre les institutions hospitalières. On constate une diminution de certaines interventions ou un déplacement vers l'hospitalisation de jour. Un monitoring a été mis en place. Le nouveau gouvernement abandonne la piste des honoraires forfaitaires à basse variabilité. Dans l'accord de gouvernement, on travaillera avec une nouvelle

nomenclature couvrant les honoraires des médecins et le budget de fonctionnement nécessaire au BMF de l'hôpital. Une phrase interpelle : « IL **FAUDRA EVITER AUTANT QUE FAIRE SE PEUT UN GLISSEMENT DES ACTIVITES VERS DES STRUCTURES AMBULATOIRES**. Nous prendrons également de nouvelles mesures pour accroître le financement forfaitaire groupé et le « pay for quality ».



## 9. QUELLES PERSPECTIVES POUR LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX?

Depuis le nouveau gouvernement :



Accord de gouvernement

30 septembre 2020

Les réformes déjà entamées dans le paysage hospitalier et le financement des hôpitaux seront poursuivies. Le financement des hôpitaux doit être rendu plus simple et transparent. Nous examinerons à cet égard si une partie du financement peut se faire au niveau du réseau. Nos hôpitaux doivent être financés dans le cadre d'un budget pluriannuel de manière à ce qu'ils puissent proposer des soins de qualité et accessibles à tous les patients de manière durable. À cette fin, il conviendra en concertation avec les parties prenantes d'examiner également le financement des honoraires dans les hôpitaux et la croissance des suppléments d'honoraires sera régulée, stabilisée et ensuite diminuée. Il faudra éviter autant que faire se peut un glissement des activités vers des structures ambulatoires. L'exercice déjà entamé de redéfinition de la nomenclature doit être poursuivi. Nous prendrons également de nouvelles mesures pour accroître le financement forfaitaire groupé et le « *pay for quality* ». Une attention particulière sera également accordée à l'ajustement du financement de l'hospitalisation de jour et à l'encouragement d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle grâce, entre autres, à des techniques innovantes.

22

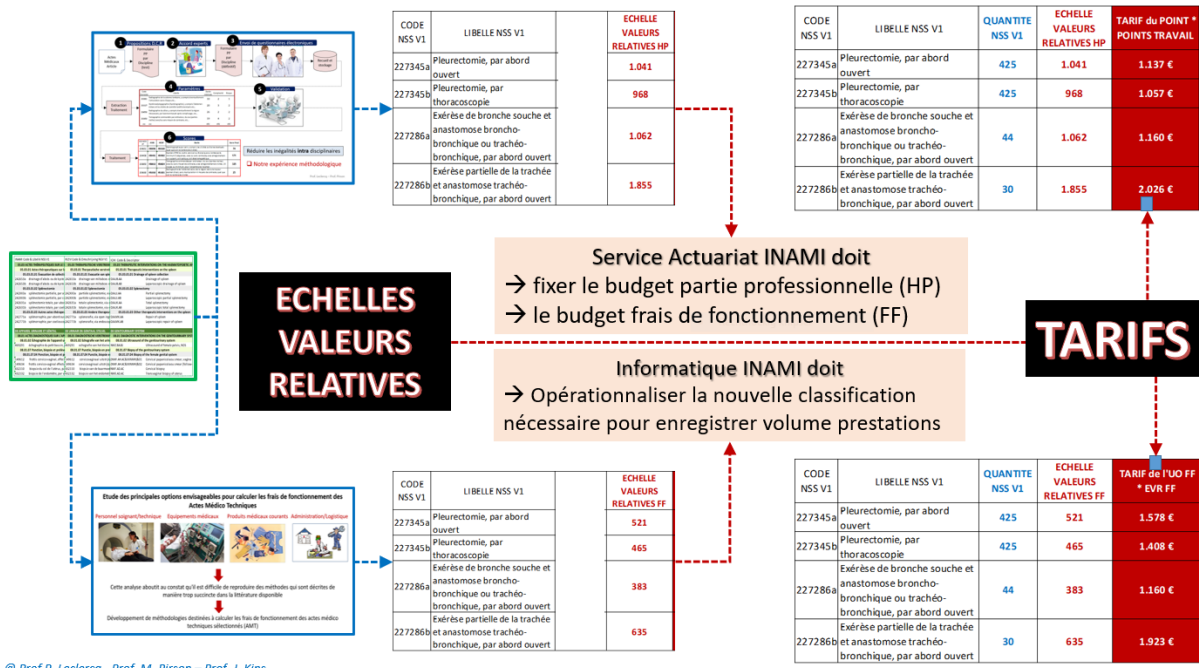
La transition vers un nouveau système est prévue grâce à un budget pluriannuel 2022-2024. M.r Daubie s'interroge sur l'incorporation des médicaments et des implants dans le financement des soins à basse variabilité. Neuf millions sont accordés pour développer l'hospitalisation de jour. On développera l'hospitalisation à domicile pour l'antibiothérapie et l'oncologie.

Les Prs Magali Pirson et Pol Leclercq (École de la Santé – ULB) ont décrit leurs travaux pour la Phase 1 de la réforme de la nomenclature. En collaboration avec des experts, ils ont réécrit la totalité de la nomenclature en se basant sur la classification des actes médicaux ICHI<sup>4</sup>. Cette classification reprend l'intitulé de l'acte, la topographie anatomique et la technique utilisée (voie ouverte, endoscopique...).

Avec des experts, ils définissent ensuite la durée de l'acte et la complexité de cet acte. Cela donne des échelles de valeurs relatives (EVR) par spécialité, exclusivement au sein de la spécialité.

Lors de la phase 2, il faudra définir les échelles de valeurs relatives inter-spécialités et définir avec l'INAMI la valeur monétaire ou le tarif.

<sup>4</sup> ICHI : international classification of Health intervention.



@ Prof P. Leclercq - Prof. M. Pirson - Prof. J. Klips

Le Pr. Constantinus Politis a développé la complexité du financement des hôpitaux, mais également le rôle des médecins dans ce financement avec toutes les sources de financement, y compris les suppléments.

Le Dr Johan Blanckaert a démontré la qualité et la sécurité de la médecine ambulatoire. En tant qu'ophtalmologue en cabinet privé, il rend un immense service aux patients en réduisant les listes d'attente des hôpitaux. Par contre, le financement des actes n'est pas comparable au financement de l'acte en milieu hospitalier.

Hospitalocentrisme ? La politique de santé favorise-t-elle le système plutôt que les soins des patients : telle est la question que l'on pourrait se poser pour conclure ce symposium.

## 2.3 Teach the Teacher – symposium pour les maîtres de stage 11.10.2022



La formation « Teach the Teacher » a réuni près de 400 médecins spécialistes, dont des maîtres de stage et membres de leur team. Cette formation est obligatoire selon l’art. 23 de l’A.M. du 23 avril 2014.

Le Dr Jean-Luc Demeere a abordé trois thèmes différents.

La formation par objectifs de formation. Actuellement, un plan de stage est une période de formation mais sans objectifs définis. À l’avenir, il faudrait prédéfinir des compétences à acquérir même si la durée de formation doit être prolongée. La qualité et la sécurité doivent être garanties à la fin du stage des médecins spécialistes en formation (MSF). L’agrément de médecin spécialiste n’est qu’une étape dans le processus continu d’apprentissage de la profession. Pensons à la CME (éducation médicale continue) organisée au niveau européen par l’UEMS. Une formation médicale spécialisée doit être valable dans l’ensemble de l’Union Européenne, d’où l’importance des objectifs de formation européens définis par l’UEMS, comme les ETR (European Training Requirements) ou compétences. Il existe l’évaluation théorique européenne ou l’examen européen (UEMS-CESMA). Pour la pratique, il y a les EPA (Entrustable Practice Activities). Pour certaines spécialités comme l’anesthésie, l’évaluation se compose d’une partie théorique - l’examen européen -, d’une évaluation de la pratique et d’une interview avec des examinateurs. L’exposé du Dr Durkan est consacré à ce sujet.

La fin de la double cohorte de 2018. En 2017, on a créé *de novo* de nouvelles places de formation en augmentant le nombre de MSF par lieu de stage, et en agréant de nouveaux maîtres de stage (sur base de critères moins sévères). Selon la durée de formation (3, 4, 5 ou 6 ans) permettant de devenir médecin spécialiste, en 2024 au plus tard, il y aura des places excédentaires dans toutes les spécialités. Quel est le rôle du maître de stage coordinateur, souvent responsable universitaire de la formation, dans la répartition de « ses » MSF entre les différents lieux de stage ? Quelle sera la liberté du MSF dans la rédaction de son plan de stage ?

L’académisation existe en Flandre avec le MaNaMa. En Fédération Wallonie-Bruxelles, c’est le certificat de pratique autonome qui est la première condition à remplir pour obtenir l’agrément de médecin spécialiste. Quel est dès lors le rôle des commissions d’agrément et surtout quelle est la liberté du MSF dans la rédaction de son plan de formation qui devra être validé par la commission d’agrément ?

Le Dr Fernande Lois, MD, PhD, Maître de conférences du Département des sciences de la santé publique de l’Université de Liège, a montré le rôle que la simulation peut jouer dans le contrôle de l’acquisition des compétences.



Dr Demeere slide 4, Dr Lois slide 14

Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Changement de paradigme dans les années 1990:  
du savoir aux compétences.

Paradigmaverandering in de jaren negentig:  
van kennis naar competenties.

Dr Lois slide 4

« L'approche par compétences privilégie le développement d'apprentissages à partir de **situations authentiques et de problèmes complexes**. .... Elle encourage le développement d'une **pratique professionnelle réflexive et intentionnelle**, en sollicitant de la part des enseignants un **compagnonnage cognitif explicite** et des **activités récurrentes de rétroaction**. »

« De competentiegerichte aanpak benadrukt de ontwikkeling van het leren vanuit **authentieke situaties en complexe problemen**. .... Het stimuleert de ontwikkeling van een **reflectieve en intentionele professionele praktijk** door **expliciete cognitieve coaching** en **terugkerende feedbackactiviteiten** van leraren te verlangen. »

Dr Lois slide 9

Dans un exposé très brillant, elle a d'abord défini ce que sont les compétences. Elle définit quatre niveaux de compétences : « Je ne sais pas que je ne sais pas (inconscient de son incompetence), Je ne sais pas (conscient de son incompetence), Je sais que je sais (compétence consciente), Je ne sais plus que je sais (compétence acquise et automatique). Ensuite, viennent le cycle d'apprentissage de Kolb, la courbe d'apprentissage et enfin l'évaluation des compétences acquises.

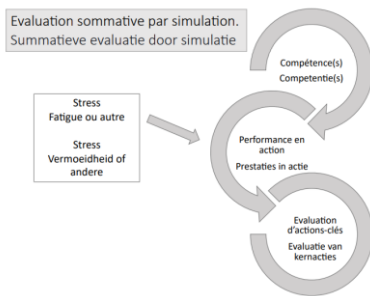
« Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situation. »  
*Jacques Tardif (2006).*

« Een complexe handelingskennis gebaseerd op de doeltreffende mobilisatie en combinatie van uiteenlopende interne en externe middelen binnen een familie van situaties. »  
*Jacques Tardif (2006).*

Dr Lois slide 5

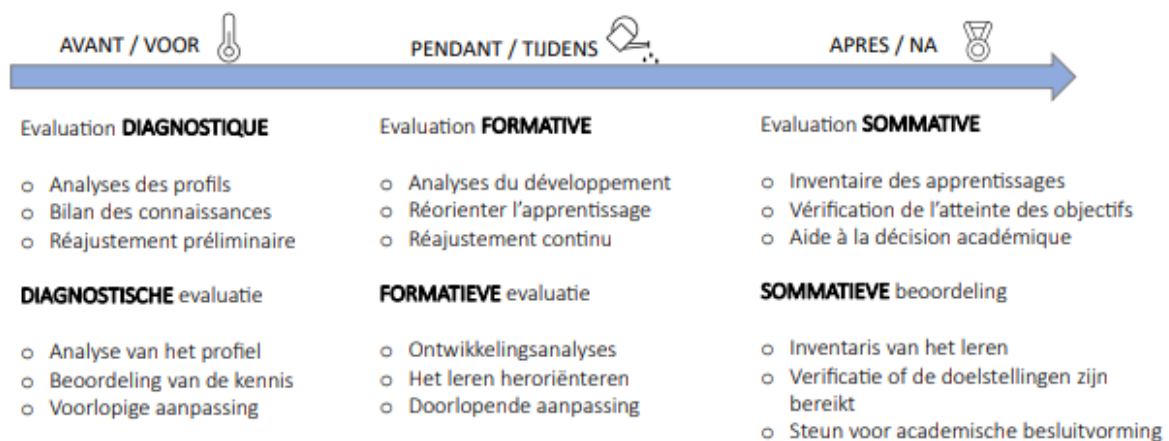
Cette évaluation ne concerne pas un seul domaine mais plusieurs. On distingue l'évaluation diagnostique, l'évaluation formative et l'évaluation sommative. L'évaluation du MSF s'inscrit donc dans un processus dynamique. On tient compte de l'acquis des connaissances, soit l'évaluation sommative, (académique), mais la pratique médicale s'acquiert au contact du patient, dans un processus de soins. Les simulations permettent de mettre le MSF en situation de stress selon des scénarios prédéfinis, sans risques de dommages pour le patient, tout en évaluant sa capacité de réaction et sa gestion de la pression. C'est, *in fine*, la performance que l'on évalue.

L'apprentissage est donc un processus interactif entre le formateur et le MSF. Mais c'est également un processus continu. Une compétence acquise sans pratique et évaluation régulières risque d'altérer la performance. Le feedback est donc indispensable. Le simulateur est une des techniques qui permet cette évaluation.



Dr Lois slide 21

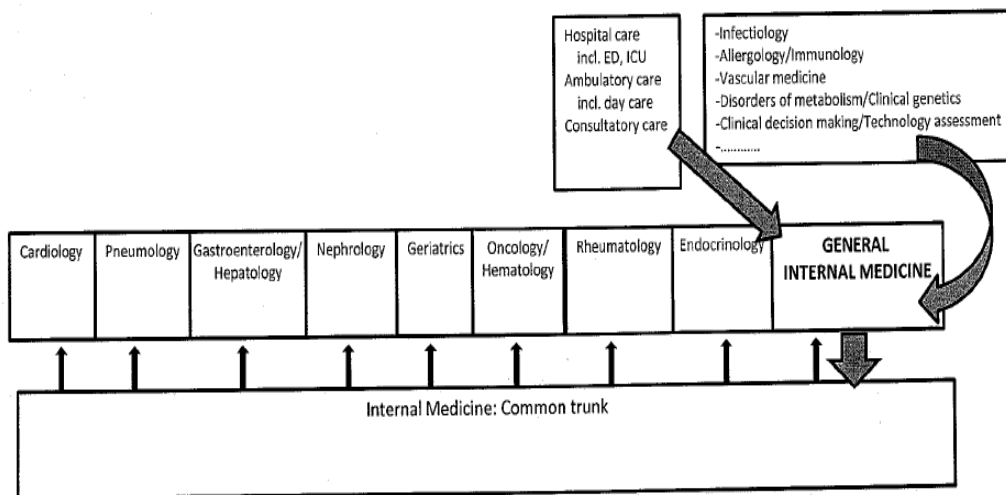
Plusieurs types d'évaluation avec des objectifs différents.  
Verschillende evaluatievormen met verschillende doelstellingen.



Dr Lois slide 15

Le Prof. Dr Willy Peetermans est responsable du département de médecine interne de l'hôpital Gasthuisberg à Leuven. Il est le maître de stage coordinateur de la KUL pour la médecine interne. Son sujet d'intérêt est l'évaluation à la fin du tronc commun des MSF (ASO) en médecine interne. Que ce soit en chirurgie ou en médecine interne, les trois premières années de formation constituent une formation générale commune aux 10 disciplines de la médecine interne et de la chirurgie : cette formation générale est aussi commune aux quatre nouvelles disciplines, la chirurgie viscérale, thoracique, vasculaire et cardiaque. Dans les deux grandes disciplines, la formation de base est une formation en médecine ou en chirurgie, avec des rotations dans les différentes spécialités. La différence majeure entre la médecine et la chirurgie est que la médecine interne fait partie des 10 spécialités, tandis que la chirurgie générale n'existe plus. L'évaluation au terme du tronc commun de médecine interne a lieu dans le cadre d'une formation de médecine interne générale avec des rotations dans les 10 disciplines.





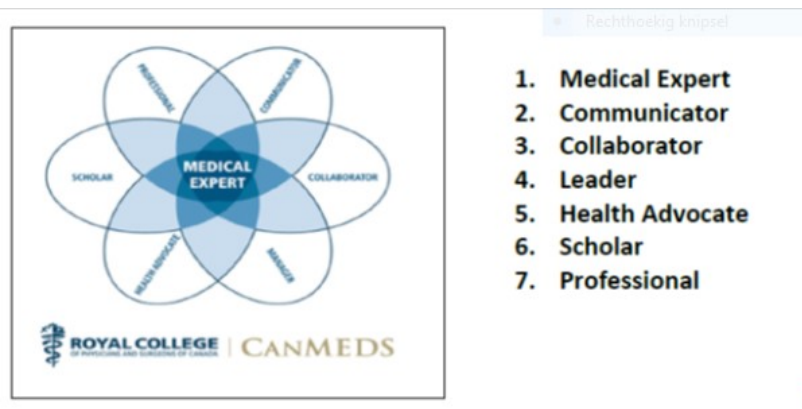
Vanderschueren S, on behalf of the Board of the Belgian Society of Internal Medicine.

Acta Clin Belg 2009;64:344-345. In Prof. Peetermans slide 3

La réussite sera attestée par des commissions communautaires ad hoc appelées « Commission de la formation de base de médecine interne » / « Inwendige geneeskunde basisopleiding commissie » placées sous la responsabilité des communautés.

Prof. Peetermans slide

La commission de validation du tronc commun de médecine interne (CVTCMI) est communautaire et pas fédérale, et se compose paritairement de représentants universitaires et non-universitaires. La moitié seront des internistes généraux, l'autre moitié des représentantes des spécialisées (A.M. 23 avril 2014). Avec les EPA, les évaluations de fin de deuxième année et les 4 compétences du CANMEDS, la CVTCMI permettra au MSF d'accéder à une des 10 spécialités en médecine interne.



Prof. Peetermans slide 15



<u>CanMeds</u>	<u>NL</u>	<u>Master Arts-Specialist (VL)</u>
Medical expert	Medisch handelen	Medicus
Communicator	Communicatie	Communicator
Collaborator	Samenwerking	Communicator
Manager	Organisatie	Manager
Health advocate	Maatschappelijk handelen	Manager
Scholar	Kennis en wetenschap	Wetenschapper
Professional	Professionaliteit	Wetenschapper

Prof. Peetermans slide 16

Le MSF en tronc commun doit se familiariser avec des pathologies internistiques complexes et devra effectuer un stage en médecine interne générale de minimum 3 mois. Il devra se familiariser avec les urgences en assurant au minimum 100 gardes dont 50% dans un service d'urgence multidisciplinaire. Il effectuera une rotation d'un maximum de 6 mois dans un service de cardiologie, pneumologie, gastroentérologie et gériatrie. Il reste une option pour les soins intensifs, l'hématologie, la rhumatologie ...

Après l'évaluation finale du tronc commun, le chairman et le staff d'une des dix spécialités établira un ranking des candidats de cette spécialité, en tenant compte de critères préétablis et des capacités du MSF reconnues par les médecins de ses centres de stage universitaires et non universitaires. Une nouvelle attestation délivrée par le doyen de la faculté de médecine l'autorisant à commencer la formation dans cette spécialité, devra être délivrée. Le doyen devra tenir compte des sous-quotas de la commission de planification communautaire. En d'autres termes, il faut une première attestation autorisant à entamer le tronc commun de médecine interne, avec choix d'une option dans une des dix spécialités, et une seconde autorisation du doyen pour la spécialité finale. Par exemple, un MSF pourra se voir refuser l'accès à la cardiologie à la fin du tronc commun et devra réorienter sa demande.

Enfin, le Pr Peetermans compare le trajet de formation en médecine interne avec celui des futurs chirurgiens.

Compte tenu de l'évolution rapide de certaines techniques chirurgicales, l'accent doit être mis sur les compétences de base en chirurgie ouverte et endoscopique plutôt que sur les « opérations index ». Ces compétences de base doivent permettre au chirurgien en formation d'acquérir très rapidement des compétences dans un des domaines de la chirurgie.

Prof. Peetermans slide 23

Actuellement, les commissions d'agrément jugent les compétences en fonction d'un catalogue par année d'interventions chirurgicales effectuées par le MSF en première main. Ici, l'accent est mis sur les compétences de base en chirurgie ouverte et endoscopique.

Les entités fédérées devront créer la commission de validation pour le tronc commun de chirurgie qui devra valider le plan de stage du tronc commun et la formation.

Cette commission est chargée du suivi et de la validation du plan de stage du tronc commun, tout en s'assurant que le plan de stage est conforme à l'arrêté ministériel, qui établit les critères transversaux et les stages obligatoires. Tout candidat qui commence un trajet de stage ne pourra entamer une formation supérieure que moyennant une évaluation positive.

Cette commission est paritaire (membres proposés par les universités et membres proposés par les associations professionnelles) et se compose chaque fois de deux membres cooptés (quatre pour la chirurgie viscérale) issus des Commissions d'agrément des quatre titres professionnels particuliers, ainsi que des maîtres de stage coordinateurs du tronc commun.

Prof. Peetermans slide 24

Dans l'AM du 23 avril 2014 on parle d'une évaluation finale :

*Art 20 : en vue de son agrément, le candidat doit, à la fin de sa formation, réussir une évaluation finale organisée de façon paritaire par les associations professionnelles de la spécialité concernée et par les établissements universitaires, sous le contrôle du ministre qui a la santé publique dans ses attributions.*

Curieusement, la commission paritaire de validation ne l'est pas puisque les maîtres de stage coordinateurs (des universités), soit quatre en communauté flamande et trois en communauté francophone, se rajoutent à la commission paritaire.

Dans l'avis déposé au Conseil Supérieur des Médecins Spécialistes et Généralistes<sup>5</sup>, les chirurgiens parlent d'une commission de validation du tronc commun et pas d'une commission d'agrément puisqu'il n'y a pas d'agrément (Art. 23 de l'AM du 23 avril 2014)<sup>6</sup>.

Le MSF en chirurgie proposera un plan de stage à la commission de chirurgie viscérale, thoracique, vasculaire ou cardiaque. Ce plan de stage se composera d'un tronc commun validé par une commission de validation. La commission d'agrément d'une de ces quatre spécialités chirurgicales devra évaluer uniquement la formation dans cette spécialité et agréer le plan de stage de la formation supérieure.

La commission de validation du tronc commun devra « octroyer » un certificat d'évaluation positive du tronc commun qui sera la clé pour continuer la formation dans une spécialité chirurgicale. Contrairement à la médecine interne, il n'y a pas de seconde attestation du doyen. Ceci suppose donc que le candidat devra d'emblée choisir une des disciplines chirurgicales et l'attestation du doyen devra garantir la possibilité d'un agrément moyennant la réussite du trajet de formation (sous-quotas de la spécialité).

La Dr Maeve Durkan, endocrinologue et vice-présidente du CESMA et présidente du groupe de médecine interne de l'UEMS a développé le rôle de l'UEMS et du CESMA pour l'évaluation et la formation des médecins spécialistes européens.

CESMA (Council of European Specialist Medical Assessment) – Rôles :


- Promotion de l'harmonisation des évaluations par le board européen
- Donner des guidelines aux boards pour les évaluations
- Encourager l'évaluation par les boards comme gage de qualité
- Offrir si nécessaire une alternative aux évaluations des différents pays<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Proposition du groupe de travail « tronc commun » du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, date du document : 18.05.2021-révision 27.09.2021-révision 06.10.2021-révision 15.03.2022- révision 28.04.2022 in Pr Peetermans Slide 23

<sup>6</sup> Arrêté ministériel fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage. M.B. 257-05-2014

<sup>7</sup> <http://www.uems-slm.org/uems/index.php?id=70>

Les évaluations européennes sont une garantie de qualité dans tous les pays européens. Ces évaluations ne remplacent pas les évaluations et les agréments locaux. Cependant, elles constituent une garantie de connaissances ou compétences acquises dans le cadre d'une formation dans une spécialité et représentent une certitude de consistance et de concordance avec un curriculum prédéfini par les ETR de la spécialité médicale.



## What is the Role of UEMS CESMA ? Choosing your exam portfolio

- Deciding on whether your exam tests knowledge or competency
- Security of exam & maintaining integrity
- Aligning exam with ETR & specialist training
- Exam appraisals
  - interim @ 3 years : Formative
  - Formal @ 5 years : Summative

Dr Durkan slide 4

Les questions écrites sont très compréhensibles, en virtuel ou présentiel. Pour donner le maximum de chances aux MSF, il faut écarter les difficultés de langage (examens souvent plurilingues), éviter les questions mal posées ou potentiellement ambiguës, assurer la sécurité essentiellement en virtuel et rester dans le cadre des ETR.

L'examen oral est une possibilité. Cependant, il faut constituer les jurys (deux examinateurs) et assumer les coûts. Si possible, l'examineur ne doit pas être le formateur. Il faut organiser la logistique pour l'examen et trouver le temps nécessaire pour l'examen.

Le CESMA peut être complémentaire de l'évaluation nationale des MSF. Par exemple, l'examen théorique européen et la pratique peuvent être assurés par la commission locale d'évaluation des stages cliniques. Les évaluations du CESMA sont destinées aux Européens et aux non-Européens. Elles servent parfois aux non-Européens pour obtenir un agrément de médecin spécialiste en Europe. Le CESMA ne remplace pas l'autorité locale.

Enfin le CESMA peut conseiller, aider les commissions d'évaluation locale ou nationale dans leurs évaluations.

## 2.4 Radioprotection – 27.10.2022

Depuis 2020, le GBS et l'AFCN organisent chaque année un webinaire dans le cadre de la formation permanente qui doit être démontrée afin de pouvoir conserver l'autorisation d'utilisation de rayons X pour le diagnostic médical. Des centaines de médecins participent à chaque édition.

Cette année, le webinaire a débuté avec une présentation du Dr Sc. Van Slambrouk, (Theme coordinator medical X-ray applications, AFCN), coordinatrice de la session.

Selon elle, la radioprotection consiste à optimiser les doses, c'est-à-dire à administrer la juste dose nécessaire pour l'image demandée et non la dose la plus faible ou la dose nécessaire pour la meilleure qualité d'image. Elle a aussi discuté des nouvelles exigences légales que les services de radiologie devront remplir à partir de février 2023. Elle a également souligné que l'intelligence artificielle (IA) amènera un grand nombre de directives et de dispositions juridiques, concernant non seulement la réalisation des examens, mais aussi la responsabilité en cas de problèmes.

Ensuite, les orateurs sont intervenus en présentant les sujets suivants:

*Exemples pratiques de projets d'optimisation des doses – Dr Geert Souvereyns (chef du service de radiologie, Jessaziekenhuis Hasselt)*

Un service de contrôle physique existe déjà dans chaque hôpital équipé d'appareils de radiographie. La législation prévoit une nouveauté, à savoir la création d'un département de radiophysique. Le Dr Souvereyns explique la différence entre les deux services et explique comment ils sont organisés à l'hôpital Jessa.

Il a ensuite discuté de certains projets récemment entrepris dans son service concernant l'optimisation des doses et sa réflexion personnelle l'amène à conclure qu'indépendamment du haut niveau de formation de son personnel et de ses collègues, ces projets ont amélioré la qualité de son service.

*L'intelligence artificielle est-elle sous-exploitée pour réduire la dose de rayonnement ? M. Glenn To (business manager CT Siemens healthineers, be Med Tech)*

Depuis les années 1980, l'IA est utilisée dans les applications CT pour réduire la dose de rayonnement. Actuellement, plusieurs applications d'IA sont utilisées pour le positionnement des patients, l'acquisition, le traitement et l'évaluation des images, et réduisent, directement et indirectement, la dose de rayonnement. De nombreuses solutions d'IA restent actuellement sous-utilisées, principalement en raison de l'augmentation de la charge de travail. Plus d'examens, moins de temps par examen et par interprétation d'image... M. To cite quelques exemples où l'IA permet d'obtenir une vision plus holistique du patient, laquelle ne tient pas compte d'une seule pathologie spécifique et profite au résultat final.

*Radioprotection du cristallin et de la peau pendant les procédures fluoroscopiques, Ir. Jérémie Dabin (Belgian Nuclear Research centre)*

Il ne faut pas sous-estimer la diffusion de rayonnement générée par un patient qui subit un examen fluoroscopique. Il s'agit d'une faible dose à laquelle le personnel soignant est exposé quotidiennement. Parfois, des milliers de procédures sont effectuées au cours d'une carrière et une dose cumulative élevée doit être prise en considération. Pour réduire la dose sur la peau et le cristallin, il existe de multiples recommandations (IAEA, CIRSE, EurSAFE imaging...). Des logiciels permettent de calculer la dose sur les différents organes. Ir. Dabin traite spécifiquement de la question de savoir si le patient serait mieux protégé, ce qui apparemment ne serait pas efficace et n'a donc aucun sens.

## 3 Fédéral

### 3.1 Conventonnement et déconventonnement

#### 3.1.1 Accord national médico-mutualiste : conventonnement

Dans ce tableau de synthèse ci-dessous, nous avons repris en médecine générale, les médecins qui ont un numéro INAMI, 003, 004, 007, 008. Nous n'avons pas repris les 000 et 009 qui sont conventonnés à plus de 99%, les médecins en formation, 005 et les 006. Pour les autres spécialités nous n'avons repris que les spécialités qui dans au moins une province ont plus de 50% de médecins déconventonnés.

On constate que le taux de déconventonnement est plus important en Flandre qu'à Bruxelles ou en Wallonie. On constate qu'en province du Hainaut, aucune des spécialités n'est déconventonnée à plus de 50%.

La province avec le plus haut pourcentage de déconventonnement est le Brabant wallon. Ce chiffre élevé augmente sensiblement le pourcentage des provinces wallonnes parmi lesquelles, Namur et le Hainaut sont à 6%. Globalement, le taux de déconventonnement est plus élevé en Flandre avec les provinces d'Anvers et de Flandre Occidentale.

<i>NON- Conventonnés En % du total des médecins Par spécialité</i>	Province Anvers	Limbourg	Flandre Orient.	Brabant Flamand	Flandre Occident.	Brabant Wallon	Hainaut	Liège	Namur	Lux.	BELGIQUE	Région Bxl	Flandre	Wallonie
<b>MED GEN</b>														
<i>Méd. Gén. 003, 4, 7, 8</i>											8.92	18.23	6.20	9.81
<b>TOTAL</b>											6.63	11.25	4.77	7.54
<b>SPECIALITES*</b>														
<i>Dermato.</i>	<b>67.62</b>	<b>80.70</b>	<b>71.43</b>	<b>73.53</b>	<b>69.12</b>	<b>63.27</b>	<b>41.03</b>	<b>62.64</b>	<b>54.55</b>	45.45	<b>64.44</b>	<b>60.63</b>	<b>71.86</b>	<b>54.58</b>
<i>Ophtalmo</i>	<b>62.80</b>	<b>66.28</b>	<b>68.75</b>	<b>60.25</b>	<b>63.56</b>	<b>63.64</b>	<b>46.39</b>	46.32	<b>62.75</b>	<b>66.67</b>	<b>57.30</b>	42.92	<b>63.97</b>	<b>52.50</b>
<i>Chir. Plast.</i>	<b>65.96</b>	44.83	<b>72.73</b>	48.39	<b>57.144</b>	<b>53.33</b>	<b>26.92</b>	<b>50.00</b>	9.09	<b>66.67</b>	49.08	32.26	<b>59.78</b>	38.82
<i>Gynéco</i>	<b>56.20</b>	41.67	55.80	41.21	<b>66.67</b>	<b>50.67</b>	<b>20.29</b>	<b>50.22</b>	33.33	<b>69.70</b>	44.01	33.33	<b>53.03</b>	39.34
<i>Stomato</i>	<b>60.00</b>	33.33	<b>62.00</b>	21.95	36.96	32.00	<b>2.94</b>	31.58	11.76	<b>50.00</b>	36.18	29.51	45.337	29.51
<i>Radiodiag.</i>	<b>59.22</b>	45.04	<b>55.80</b>	30.48	46.51	46.75	<b>4.45</b>	5.29	2.33	2.44	31.24	23.18	48.71	23.18
<i>Rhumato</i>	8.82	<b>52.63</b>	30.23	14.29	20.00	20.00	<b>16.67</b>	7.89	25.00	0.00	20.50	23.40	23.94	23.18
<i>Méd.phys.</i>	34.07	19.51	<b>59.30</b>	30.65	<b>57.14</b>	42.11	<b>2.08</b>	18.52	13.64	9.09	32.28	24.29	42.57	24.29
<i>ORL</i>	29.82	20.00	40.00	17.19	32.79	<b>58.70</b>	<b>18.29</b>	15.79	15.15	42.86	28.92	30.22	29.68	25.19
<b>TOTAL</b>	14.96	11.85	15.87	10.87	13.94	<b>18.59</b>	6.86	9.77	6.46	11.51	22.48	13.76	<b>13.78</b>	9.73

\*taux de déconventonnement >50% dans au moins une province

#### 3.1.2 Top 5 des spécialités déconventonnées

Les dermatologues sont les champions du déconventonnement avec un meilleur respect de la convention en Province du Hainaut et de Luxembourg. En province d'Anvers et de Flandre Orientale, les radiologues sont déconventonnés à plus de 50% et en Flandre à 48% En Wallonie et à Bruxelles on plafonne à 28%. Le Brabant Wallon altère les pourcentages en région wallonne qui sont très bas.

Voici le « top 5 » des spécialités déconventonnées :

<b>Spécialité</b>	<b>% de déconventonnement</b>
Dermatologie-vénérologie	64,44
Ophtalmologie	57,30
Chirurgie plastique	49,08
Gynécologie-Obstétrique	44,01
Stomatologie	37,81



**Statistiques Médecins - Artsen Statistieken**  
11/3/2022

Description-Beschrijving	Description-Beschrijving	Act.	Adh.	% Adh.	Lim	% Lim	NoLim	%NoLim	Rej.	% Rej.
<b>Royaume-Koninkrijk</b>										
Médecin 000 & 009	Arts 000 & 009	2.781	2.761	99,28	1	0,04	2.760	99,96	20	0,72
Médecin de médecine générale 001-002	Algemeen geneeskundige 001-002	1.315	1.284	97,64	1	0,08	1.283	99,92	31	2,36
Médecin généraliste 003-004-007-008	Erkend huisarts 003-004-007-008	16.265	14.814	91,08	68	0,46	14.746	99,54	1.451	8,92
Candidat médecin généraliste 005-006	Kandidaat huisarts 005-006	2.325	2.323	99,91	1	0,04	2.322	99,96	2	0,09
Total médecins généralistes	Totaal artsen	22.686	21.182	93,37	71	0,34	21.111	99,66	1.504	6,63
Médecin spécialiste en formation	Arts-specialist in opleiding	6.718	6.713	99,93	0	0,00	6.713	100,00	5	0,07
Anesthésie-réanimation	Anesthesie-reanimatie	2.605	2.491	95,62	18	0,72	2.473	99,28	114	4,38
Chirurgie	Heelkunde	1.681	1.420	84,47	47	3,31	1.373	96,69	261	15,53
Neurochirurgie	Neurochirurgie	266	205	77,07	22	10,73	183	89,27	61	22,93
Gériatrie	Geriatric	417	415	99,52	0	0,00	415	100,00	2	0,48
Chirurgie plastique	Plastische heelkunde	326	166	50,92	13	7,83	153	92,17	160	49,08
Gynécologie-obstétrique	Gynecologie en verloskunde	1.802	1.009	55,99	141	13,97	868	86,03	793	44,01
Ophthalmologie	Ophthalmologie	1.288	550	42,70	81	14,73	469	85,27	738	57,30
O.R.L.	O.R.L.	783	562	71,78	82	14,59	480	85,41	221	28,22
Urologie	Urologie	531	362	68,17	44	12,15	318	87,85	169	31,83
Orthopédie	Orthopedie	1.272	791	62,19	115	14,54	676	85,46	481	37,81
Stomatologie	Stomatologie	387	247	63,82	26	10,53	221	89,47	140	36,18
Dermato-vénérologie	Dermato-venereologie	852	303	35,56	52	17,16	251	82,84	549	64,44
Oncologie médicale	Medische oncologie	345	337	97,68	14	4,15	323	95,85	8	2,32
Médecine interne + endocrino-diabétologie	Inwendige geneeskunde + endocrino-diabetologie	1.415	1.376	97,24	41	2,98	1.335	97,02	39	2,76
Pneumologie	Pneumologie	676	638	94,38	18	2,82	620	97,18	38	5,62
Gastro-entérologie	Gastro-enterologie	857	704	82,15	52	7,39	652	92,61	153	17,85
Pédiatrie + neurologie pédiatrique	Pediatrie + pediatische neurologie	2.016	1.799	89,24	50	2,78	1.749	97,22	217	10,76
Cardiologie	Cardiologie	1.352	1.024	75,74	66	6,45	958	93,55	328	24,26
Neuropsychiatrie	Neuropsychiatrie	137	123	89,78	2	1,63	121	98,37	14	10,22
Neurologie	Neurologie	728	672	92,31	28	4,17	644	95,83	56	7,69
Psychiatrie	Psychiatrie	2.234	2.063	92,35	42	2,04	2.021	97,96	171	7,65
Rhumatologie	Reumatologie	278	221	79,50	20	9,05	201	90,95	57	20,50
Médecine physique et physiothérapie	Fysische geneeskunde of fysiotherapie	601	407	67,72	28	6,88	379	93,12	194	32,28
Biologie clinique	Klinische biologie	618	605	97,90	2	0,33	603	99,67	13	2,10
Anatomo-pathologie	Pathologische anatomie	396	364	91,92	4	1,10	360	98,90	32	8,08
Radiodiagnostic	Röntgendiagnose	1.930	1.327	68,76	35	2,64	1.292	97,36	603	31,24
Radiothérapie	Radiotherapie	253	236	93,28	22	9,32	214	90,68	17	6,72
Médecine nucléaire	Nucleaire geneeskunde	337	318	94,36	4	1,26	314	98,74	19	5,64
Médecine aiguë et médecine d'urgence	Acute geneeskunde en urgentiegeneskunde	1.195	1.180	98,74	6	0,51	1.174	99,49	15	1,26
Autres spécialités	Andere specialiteiten	532	527	99,06	5	0,95	522	99,05	5	0,94
Total médecins spécialistes	Totaal artsen-specialisten	28.110	22.442	79,84	1.080	4,81	21.362	95,19	5.668	20,16
Total médecins spécialistes (dont spécialistes en formation)	Totaal artsen-specialisten + artsen-specialisten in opleiding	34.828	29.155	83,71	1.080	3,70	28.075	96,30	5.673	16,29
<b>Total</b>	<b>Totaal</b>	<b>57.514</b>	<b>50.337</b>	<b>87,52</b>	<b>1.151</b>	<b>2,29</b>	<b>49.186</b>	<b>97,71</b>	<b>7.177</b>	<b>12,48</b>

Ce tableau présente les chiffres relatifs à l'accord médico-mutualiste 2022-2023 pour l'ensemble de la Belgique.

Une vue d'ensemble numérique des pourcentages par arrondissement, province et région est disponible ici :

<https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reportingdoctors20220321.pdf>

Le déconventionnement des dermatologues (souvent extra-hospitaliers) est le plus important. La Flandre a un taux de déconventionnement plus important que les deux autres régions. Les provinces de Namur, du Hainaut et du Luxembourg respectent à plus grande échelle l'accord médico-mutualiste.

### 3.1.3 Discussion : le déconventionnement comme indicateur pour les accords tarifaires

- Pas de conventionnement ou de déconventionnement sans accords tarifaires

Le système des suppléments et du déconventionnement est apparu parce qu'à une époque, il y a 50 ans, à la création de l'assurance maladie, un accord tacite a déterminé dans le système de concertation des mutuelles et des médecins, que les tarifs soient fixés à un niveau relativement bas. C'est encore le cas aujourd'hui. En Belgique, les valeurs des prestations de la nomenclature par acte sont généralement bien inférieures à celles de nos pays voisins. Un accord tarifaire est comme un ticket avec un côté inférieur et un côté supérieur. Pourquoi un ticket ? Parce que pour de nombreuses prestations, une partie des coûts est à la charge du patient (ticket modérateur, partie détachable du ticket)) et une autre, à la charge de la sécurité sociale. Sur la face supérieure du ticket, des conditions strictes permettent de facturer des suppléments aux patients qui peuvent et souhaitent les payer avec leurs propres ressources, sans dépendre de la sécurité sociale. Sur la face inférieure, d'autres conditions sont énoncées pour que certains patients soient exemptés du ticket modérateur et n'aient pas de coûts à assumer. Sur cette même face inférieure, soit dit en passant, de nombreux médecins traitent les patients « gratuitement », sans percevoir le moindre honoraire. Ces patients sont souvent en situation de détresse et ne bénéficient d'aucune couverture sociale : les migrants sans-papiers, les sans-abri, les demandeurs d'asile, les personnes radiées du registre de la population à tort, les patients qui ne sont pas en règle avec leurs cotisations sociales, ceux qui sont administrativement en situation irrégulière du point de vue la sécurité sociale...

- Les suppléments d'honoraires ne sont pas synonymes de quote-part personnelle

Pour les médias, les suppléments sont souvent un concept fourre-tout qui recouvre tous les coûts que les patients doivent supporter eux-mêmes. Dès lors, il est facile de les associer aux coûts « out of the pocket »(OOP), c'est-à-dire les dépenses de santé que les familles doivent prendre en charge elles-mêmes. La quote-part personnelle du patient dans le secteur hospitalier belge ne doit pas être sous-estimée, mais elle ne doit pas être qualifiée de « supplément d'honoraires », lequel ne doit donc pas être confondu avec :

- le ticket modérateur pour les prestations des médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers et autres prestataires de soins de santé ;
- le ticket modérateur pour les médicaments des catégories A, B et C et pour les préparations magistrales (médicaments préparés par le pharmacien même) ;
- le ticket modérateur pour les prestations techniques (par exemple, opérations, radiographies, tests de laboratoire, tests techniques, etc.) ;
- la quote-part personnelle du tarif de la journée d'hospitalisation dans un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique (uniquement les 365 premiers jours) ;
- la quote-part personnelle forfaitaire pour les médicaments administrés durant l'hospitalisation ;
- la nutrition entérale par sonde ou stomie pour les jeunes de moins de 19 ans ;
- le matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse ;
- la partie non couverte et la livraison des implants (supplément) ;
- certains soins dentaires pour lesquels aucune nomenclature n'est prévue ou pour lesquels les conditions d'âge ne sont pas remplies.

Contrairement aux suppléments d'honoraires et de chambre par exemple, les paiements non remboursables ne sont généralement pas couverts par les assurances maladie complémentaires tels que l'assurance hospitalisation. Ces coûts sont donc entièrement à la charge du patient.

Par supplément d'honoraires, on entend la partie facturée en plus du tarif officiel d'une certaine prestation médicale.

- Conventonnement – Déconventonnement – Conventonnement partiel

Les médecins peuvent être conventionnés pour leur « activité totale », ou bien seulement partiellement conventionnés ou non conventionnés (déconventonnement). Il convient de formuler des remarques importantes sur ces 3 statuts :

- Les médecins totalement conventionnés peuvent s'écarter des montants d'honoraires fixés dans les accords tarifaires conclus entre les médecins et les mutuelles pour les patients en chambre individuelle ou pour les patients ayant des exigences particulières ; ces exigences particulières sont définies dans l'accord. Par conséquent, si un patient choisit délibérément une chambre individuelle, tout médecin peut facturer un supplément d'honoraires, qu'il soit conventionné ou non.
- Les médecins partiellement conventionnés peuvent s'écarter des montants d'honoraires fixés dans les accords tarifaires conclus entre les médecins et les mutuelles, et ce durant certaines heures spécifiques de la semaine qui doivent être clairement communiquées aux patients.
- Les médecins non conventionnés peuvent « fondamentalement » s'écarter des montants des honoraires fixés dans les accords tarifaires conclus entre les médecins et les mutuelles, mais cette liberté est limitée dans le secteur hospitalier par de nombreuses dispositions de la loi hospitalière et le règlement général de l'hôpital dans lequel le médecin travaille.

En échange du conventionnement ou du conventionnement partiel, le médecin bénéficie d'un statut social à condition d'atteindre un certain seuil d'activité minimum. Il n'est pas question de conférer un statut social aux médecins inactifs.

- Relation suppléments d'honoraires – statut de conventionnement

En examinant les suppléments d'honoraires pour l'année 2015, on constate que les prestataires **conventionnés** ont généré 54 % des suppléments d'honoraires attestés, tandis que le conventionnement partiel a généré 5 % des suppléments d'honoraires et que les médecins non conventionnés ont généré 41 % des suppléments d'honoraires attestés.

Parmi les médecins totalement conventionnés, seuls 13 % ne facturent pas de suppléments, tandis que parmi les médecins partiellement conventionnés, seuls 5 % ne comptent pas de suppléments et que 4 % des médecins non conventionnés n'en facturent pas non plus.

Un quart de tous les suppléments d'honoraires sont attestés par l'anesthésie (25%), suivie par la gynécologie (12%), la chirurgie (12%), l'orthopédie (10%) et les autres disciplines facturent < 10% chacune. En gynécologie, la plus grande part concerne les accouchements (dont 80% ont lieu en chambre individuelle). L'anesthésie concerne toutes les disciplines chirurgicales qui utilisent le bloc opératoire, alors que ces disciplines chirurgicales ne l'occupent qu'épisodiquement. La gynécologie est dans une situation particulière avec les accouchements. Il existe une relation très forte entre le gynécologue et la patiente enceinte qui préfère souvent que ce soit son propre gynécologue qui pratique l'accouchement, même s'il n'est pas de garde. Cette exigence particulière est souvent satisfaite et donne lieu à un supplément d'honoraires pour autant que la patiente soit admise en chambre individuelle.

Il existe des différences régionales quant au statut de conventionnement et aux suppléments d'honoraires : par exemple, à Bruxelles et en Wallonie, il y a plus de médecins conventionnés mais les suppléments d'honoraires pour une chambre individuelle sont généralement plus élevés. En Flandre, il y a moins de médecins conventionnés mais aussi des suppléments d'honoraires moins élevés pour les chambres individuelles par rapport à Bruxelles et à la Wallonie. Le supplément d'honoraires maximal



moyen est de 151 % en Flandre, de 212 % en Wallonie et de 270 % à Bruxelles, rapporte le VNZ (Vlaamse & Neutraal Ziekenfonds) dans le journal De Morgen du 27.01.2022.

- Pourquoi des suppléments d'honoraires sont-ils demandés ?

De nombreuses raisons peuvent être invoquées. Une approche non-exhaustive fait ressortir les éléments suivants :

- L'économie maintenue dans l'assurance maladie obligatoire laisse jouer les tensions entre les tarifs officiels et un remboursement correct, si bien que les coûts imputés aux honoraires permettent une marge nette de moins en moins importante. C'est le cas dans les services où les coûts liés au personnel sont élevés et où l'indexation automatique des salaires et des prix des consommables n'est pas compensée par l'indexation des honoraires. Même dans ces conditions, les suppléments ne peuvent pas être appliqués arbitrairement car ils doivent être conformes aux accords tarifaires convenus, à la loi des hôpitaux et au règlement général de l'hôpital.
- Les hôpitaux utilisent souvent les suppléments comme moyens de faire disparaître les déficits – par l'augmentation des rétrocessions. Depuis, ils sont devenus un moyen de financement des hôpitaux. Les nouvelles technologies et les nouvelles infrastructures ~~à construire~~ deviennent ainsi possibles et accessibles aux patients.
- Dans les hôpitaux universitaires, les compléments d'honoraires constituent plus de 10% (parfois jusqu'à 20%) des revenus nets des médecins salariés des hôpitaux universitaires. Sans cela, les hôpitaux universitaires risquent une fuite des médecins des cliniques universitaires. Les médecins salariés des hôpitaux universitaires sont autorisés à attester des suppléments d'honoraires. Ces suppléments d'honoraires servent à couvrir certaines dépenses professionnelles (conférences, livres, voitures de location, etc.).
- Les patients choisissent certains hôpitaux, certains services hospitaliers ou certains médecins spécialistes pour plusieurs raisons comme l'expertise, la technicité ou la réputation de l'établissement, du service médical ou du médecin spécialiste.
- Malgré les accords tarifaires, il existe de grandes différences dans la facturabilité d'une prestation à l'hôpital et en dehors. À l'hôpital, de nombreuses prestations médicales sont rémunérées par une « valeur K » (tarif) qui n'est pas facturable en dehors de l'hôpital mais qui est médicalement parfaitement praticable. Autre conséquence : en dehors de l'hôpital, il n'y a pas non plus de défraiement pour cette prestation alors que c'est le cas à l'hôpital. Ainsi, une suture de plaie complexe ou une anesthésie hors hôpital devra être entièrement payée par les honoraires facturés au patient, alors qu'à l'hôpital, il existe plusieurs types de remboursement pour ces prestations.
- Certaines disciplines médicales comportent de nombreuses prestations pour lesquelles aucun tarif officiel n'a été fixé, ou pour lesquelles la pratique de l'acte se trouve en dehors de l'hôpital et par conséquent, elles doivent supporter l'intégralité des coûts : ces disciplines sont généralement celles qui travaillent en étant déconventionnées. Cependant, comme ces disciplines ne souhaitent pas sortir du marché ambulatoire, les tarifs déconventionnés extramurs serviront principalement à couvrir les coûts plutôt qu'à autre chose.
- Le médecin estime que le nom du service, la renommée, l'expertise et la durée de la formation permettent ces conditions sans nuire à la position dans la concurrence.

- Informed consent

Abstraction faite des nombreuses restrictions concernant la demande de suppléments d'honoraires et de l'obligation d'affichage du médecin concernant les heures de disponibilité, le patient doit être clairement informé au préalable de la facturation de suppléments d'honoraires. Il s'agit de l'application de l'article 73, §1 de la loi AMI, et de l'article 8 § 2 de la loi sur les droits des patients,

- Pourquoi le taux de déconventionnement augmente-t-il ?

Le 26.10.2022, le journal De Standaard rapporte que « à peine 20 % des chirurgiens ophtalmologistes étaient encore totalement conventionnés en 2021 et adhéraient donc totalement aux tarifs officiels. En 2012, ce chiffre était encore de 35 %. Chez les gynécologues, ce chiffre est passé de 38 à 23 %. La même tendance se poursuit pour toute une série d'autres médecins hospitaliers, selon les chiffres que De Standaard a demandés à l'INAMI. Pour l'ensemble des médecins hospitaliers belges, le nombre de médecins totalement conventionnés est passé de 75 % à 68 %. Cela se répercute inévitablement sur les patients. »

Les opinions sur l'augmentation du taux de déconventionnement divergent fortement entre, d'une part, les mutuelles, le gouvernement et, d'autre part, les groupes de médecins concernés.

- Les mutuelles évoquent l'avidité des médecins. Le titre de la manchette du Standaard du 26.10.2022 en dit long. Le Dr Paul Callewaert de Solidaris déclare : « Pour certains médecins, gagner beaucoup n'est toujours pas suffisant. »
- Du côté des médecins, le son de cloche est tout à fait différent :
  - o Chaque année, une partie de l'index destiné à fixer le pouvoir d'achat des honoraires n'est pas accordée mais dépensée pour d'autres projets, si bien qu'il est de plus en plus difficile de payer les coûts liés au personnel, aux équipements et aux infrastructures avec les honoraires ; ceci concerne en particulier les pratiques extramurales qui n'ont pas non plus la moindre possibilité d'attester la nomenclature INAMI au-delà d'une valeur K-120.
  - o Les hôpitaux exigent de plus en plus de rétrocessions d'honoraires, y compris de suppléments d'honoraires. Il en résulte un cercle vicieux où les médecins se déconventionnent de plus en plus pour compenser l'augmentation des rétrocessions.
  - o Le gouvernement prévoit une enveloppe structurelle de 100 millions d'euros pour compenser les coûts des prestataires de soins de santé conventionnés, en plus des mécanismes d'index applicables. Par conséquent, les disciplines qui se déconventionnent pour rentrer dans leurs frais ne feront que se déconventionner davantage.
  - o Les médecins universitaires salariés sont également mécontents que la totalité de l'index ne soit pas affectée aux honoraires. En effet, la masse totale des honoraires est une base importante pour que le cadre médical puisse s'élargir dans les hôpitaux universitaires : sans une augmentation de la masse des honoraires, l'arrivée de nouveaux membres du personnel est insuffisante.

- Avenir du déconventionnement ?

Le conventionnement et le déconventionnement sont des composantes d'un accord tarifaire. Un tel accord permet de déroger au principe selon lequel les médecins déterminent librement leurs tarifs. Un accord fixe les tarifs des prestations avec un code de nomenclature. Les prestations sans code de nomenclature sont exclues de l'accord. Le déconventionnement ne doit pas limiter l'accès aux soins de santé. C'est pourquoi il existe autant de restrictions au déconventionnement. Au sein des hôpitaux, le tarif maximum des médecins déconventionnés est limité par de nombreuses conditions : nécessité de séjourner en chambre individuelle, limitation du tarif maximum en cas de soins à faible variabilité, interdiction des suppléments d'honoraires sur les forfaits de biologie clinique et d'imagerie médicale, consentement éclairé, maximum déterminé par le règlement général de l'hôpital. En outre, de nombreuses catégories de patients bénéficient de la protection tarifaire même s'ils occupent une chambre individuelle : les patients qui ont besoin d'une chambre individuelle pour des raisons médicales, les enfants accompagnés de leurs parents, certaines catégories de patients « dignes d'intérêt », les patients vus dans le cadre d'un service de garde organisé, les patients en chambre individuelle parce que des chambres doubles ou communes ne sont pas disponibles, les patients admis

en unité de soins intensifs ou service d'urgence. Le projet de loi du 27.10.2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé, prévoit (p. 5) « une obligation généralisée pour les prestataires de soins de respecter les tarifs lorsqu'ils dispensent des soins ambulatoires à un bénéficiaire de l'intervention majorée », ce qui revient donc à interdire la facturation de suppléments d'honoraires pour les soins ambulatoires aux patients qui bénéficient de l'intervention majorée.

En outre, une interdiction de supplément d'honoraires par les médecins déconventionnés est imposée pour les patients ambulatoires qui doivent subir un examen par CT ou IRM à l'hôpital.

La liste des interdictions s'allonge au fil du temps, de sorte que le contenu du déconventionnement perd son sens. Dans le même temps, une source de revenus de l'hôpital est affectée. Ce ne serait pas le cas si la restriction concernant le déconventionnement était accompagnée d'une augmentation des tarifs prévus dans l'accord.

- Avenir des accords tarifaires ?

Il est clair que les médecins ont de moins en moins de marge de manœuvre dans le cadre du déconventionnement. C'est ignorer le fait que les suppléments d'honoraires les plus importants se trouvent chez les médecins conventionnés. Il est donc difficile de comprendre pourquoi le ministre, dans son projet de loi du 27.10.2022, affirme que : « *En pratique, les prestataires responsables ne demandent pas facilement un supplément à un bénéficiaire de l'intervention majorée. Le ministre dispose toutefois de données choquantes sur les suppléments demandés à ces patients* ». De telles insinuations en l'absence de chiffres ne doivent pas être prises à la légère.

Le raisonnement selon lequel un affaiblissement accru du déconventionnement entraînera automatiquement une augmentation du conventionnement est incorrect, car il faudra déterminer si le statut social est une compensation suffisante pour les bas tarifs de certaines prestations qui ne permettent pas de couvrir les coûts. Pour un nombre croissant de spécialités, il n'y a pas d'autre alternative que le déconventionnement, à moins d'une contestation générale d'un accord tarifaire.

Sans accord tarifaire, les médecins sont en principe libres de fixer le montant des honoraires, mais le ministre a la possibilité d'imposer des tarifs. Il ne faut pas prendre cela à la légère : en effet, les accords tarifaires prévoient également des mesures correctives lorsque certaines limites budgétaires sont dépassées. Par exemple, en cas de dépassement budgétaire, des diminutions peuvent être apportées aux lettres clés de la nomenclature des prestations et des changements peuvent être apportés aux méthodes de paiement forfaitaire. Un accord tarifaire est donc un important mécanisme de gestion du contrôle budgétaire, en plus de garantir que chaque patient, quel que soit son statut socio-économique, ait accès à une médecine de qualité. Une convention tarifaire garantit une évolution et une actualisation normales de la nomenclature et protège les travaux du Conseil technique médical et ceux de la Commission nationale médico-mutualiste.

Convention, déconventionnement, accord tarifaire sont indissociables et tout aussi étroitement liés à des soins médicaux accessibles dans un cadre budgétaire serré. Le taux de déconventionnement est un bon indicateur qui permet de savoir dans quelle mesure l'accord tarifaire trouve encore un certain soutien auprès des prestataires de soins de santé.

## 3.2 Accréditation

En 2021, une réorganisation du système de l'accréditation était prévue. Le GDA, groupement directeur de l'accréditation a fait une proposition. Le texte proposé a été refusé. De ce fait, l'activité de l'accréditation a continué comme par le passé.

On note un développement récent, à savoir l'accréditation de la formation en ligne et l'attribution de 0,5 CP pour des activités de 30 minutes.

79,06% des médecins sont accrédités. Les médecins généralistes obtiennent un faible score (48,59 %). Cependant, ce score est faussé car tous les médecins qui n'exercent pas une spécialité sont considérés comme des généralistes, y compris les numéros de l'INAMI se terminant par 000. Le taux d'accréditation réel des médecins généralistes (003, 004,...) est de 64,69%.

Fait remarquable, les scores les plus bas parmi les spécialistes se retrouvent chez les chirurgiens (chirurgie plastique, stomatologie, chirurgie générale et neurochirurgie). La médecine interne a un taux d'accréditation de 56,97%. Parmi tous les médecins spécialistes, 64,49 % sont accrédités. Tous les chiffres et pourcentages se trouvent dans le tableau ci-dessous (situation décembre 2022).

## Statistiques accréditation 12/2022

Description	Act. Fr.	Act. NI.	Act. De.	Act. Tot.	Accr. Fr.	Accr. NI.	Accr. De.	Accr. Tot.	% Accr.
	367	550	0	917	273	452	0	725	79,06
Médecins 000 & 009	1935	1536	1	3472	0	1	0	1	0,03
Médecine générale 001-002	590	716	1	1307	0	1	0	1	0,08
Généraliste agréé 003-004-007-008	7659	9040	5	16704	4853	6714	1	11568	69,25
Candidat généraliste 005-006	1281	1053	1	2335	0	0	0	0	0,00
Total généralistes	11465	12345	8	23818	4853	6716	1	11570	48,58
Médecin spécialiste en formation (MSF)	3167	3509	0	6676	1	3	0	4	0,06
<b>Neuropsychiatrie</b>	63	68	0	131	8	10	0	18	13,74
<b>Chirurgie plastique</b>	158	177	0	335	45	79	0	124	37,01
<b>Stomatologie</b>	158	231	1	390	38	142	0	180	46,15
<b>Chirurgie</b>	805	911	0	1716	314	515	0	829	48,31
<b>Neurochirurgie</b>	115	160	0	275	57	77	0	134	48,73
<b>Médecine interne + endocrino-diabétologie</b>	855	594	1	1450	483	343	0	826	56,97
<b>Biologie clinique</b>	295	325	0	620	143	219	0	362	58,39
<b>Orthopédie</b>	565	736	0	1301	293	485	0	778	59,8
<b>Anesthésie-réanimation</b>	1314	1357	4	2675	684	942	0	1626	60,79
<b>Urologie</b>	221	317	1	539	131	214	0	345	64,01
<b>Pédiatrie + neurologie pédiatrique</b>	1102	902	2	2006	714	602	2	1318	65,7
<b>Gynécologie et obstétrique</b>	989	852	3	1844	608	608	1	1217	66
<b>Médecine nucléaire</b>	189	151	0	340	119	106	0	225	66,18
<b>Psychiatrie</b>	1124	1139	0	2263	702	807	0	1509	66,68
<b>Anatomie pathologique</b>	181	226	0	407	113	163	0	276	67,81
<b>ORL</b>	406	392	0	798	260	293	0	553	69,3
<b>Cardiologie</b>	713	674	0	1387	471	492	0	963	69,43
<b>Radiologie</b>	959	1016	2	1977	617	764	2	1383	69,95
<b>Méd. aiguë et méd. d'urgences.</b>	627	617	0	1244	383	491	0	874	70,26
<b>Radiothérapie</b>	103	158	0	261	63	122	0	185	70,88
<b>Méd. physique et physiothérapie</b>	246	370	0	616	160	283	0	443	71,92
<b>Gastroentérologie</b>	368	330	0	698	251	253	0	504	72,21
<b>Pneumologie</b>	284	226	0	510	194	176	0	370	72,55
<b>Ophthalmologie</b>	601	732	0	1333	413	558	0	971	72,84
<b>Oncologie médicale</b>	198	166	0	364	134	134	0	268	73,63
<b>Dermato-vénérologie</b>	430	439	1	870	293	351	1	645	74,14
<b>Rhumatologie</b>	140	145	1	286	99	116	0	215	75,17
<b>Neurologie</b>	346	394	1	741	254	305	0	559	75,44
<b>Gériatrie</b>	191	244	0	435	144	202	0	346	79,54
Pharmacien biologiste	312	433	0	745	169	221	0	390	52,35
Autres spécialités	22	18	0	40	3	3	0	6	15,00
<b>Total médecins spécialistes</b>	14080	14500	17	28597	8360	10076	6	18442	64,49
Total médecins spécialistes + MSF	17247	18009	17	35273	8361	10079	6	18446	52,29
Total	28712	30354	25	59091	13214	16795	7	30016	50,80

### 3.3 Convention collective sur les conditions salariales et de travail des candidats spécialistes

Le contenu de la Convention collective du 19/07/2021 et les règles interprétatives sont disponibles sur le site du SPF Santé Publique : [www.msf-aso.be](http://www.msf-aso.be). Les textes législatifs ainsi que d'autres informations utiles concernant le statut et la formation des médecins spécialistes en formation (MSF) y sont détaillés et sont mis à la disposition tant des MSF que des maîtres de stage.

Les MSF trouvent là les informations concernant les différentes organisations professionnelles. Ils peuvent y lire :

« Les associations professionnelles, les syndicats médicaux et les institutions scientifiques de médecins ont notamment pour mission la représentation des professionnels et la défense de leurs droits, la publication de recherches scientifiques, ou l'organisation de conférences, ... Mais ce n'est pas tout, celles-ci sont également pourvues de différents rôles et responsabilités légaux durant votre formation, ainsi que celle de vos maîtres de stage.

*Elles organisent des activités didactiques que vous pouvez suivre dans le cadre de votre obligation, en vertu de l'article 16 de [l'arrêté ministériel du 23 avril 2014](#), de participer régulièrement à ce type d'enseignement.*

*L'article 20 de ce même arrêté confère également aux associations professionnelles de la spécialité concernée la mission, aux côtés des établissements universitaires et sous le contrôle du ministre de votre communauté qui a la santé publique dans ses attributions, d'organiser de façon paritaire l'évaluation finale de votre formation.*

*Enfin, la formation que chaque maître de stage est tenu de suivre annuellement, dans le cadre de l'article 23 de ce même arrêté, peut être organisée par des institutions scientifiques, des associations professionnelles et/ou des institutions universitaires. »*

Le MSF a notamment accès directement au site du GBS via le lien de cette brochure en ligne.

La CNMM (commission nationale médico-mutualiste) a continué ses travaux en 2022. Le dossier concernant l'application de la Convention collective du 19/7/2021 fut systématiquement à l'ordre du jour (modalités d'application, outil d'enregistrement du temps de travail, ...).

En 2022, via l'AR du 18 avril (MB du 10.10.2022), les MSF ont été nommés à la CNMM (2 sièges effectifs pour VASO (Vlaamse vereniging voor Artsen-Specialisten in Opleiding) et 2 sièges effectifs pour DeMeFF (Délégation des Médecins Francophones en Formation) ainsi que 2 suppléants).

Le GBS soutient sans équivoque le respect de la Convention de la même façon que nous soutenons l'importance de la qualité et des objectifs de formation.

Si les modalités d'application sur le terrain peuvent parfois encore poser problème, celles-ci -ci sont examinées au niveau de la CNMM et des précisions d'application sont données aux hôpitaux... Il est dès lors important que les coupoles hospitalières communiquent correctement et précisément avec leurs hôpitaux et maîtres de stage

Des inquiétudes concernant le budget complémentaire initialement alloué (20 +10 millions) et sa répartition via le BMF ont interpellé la CNMM. À notre connaissance, la situation n'est toujours pas clarifiée.

Par ailleurs, des choix budgétaires en 2022 auraient réduit cette enveloppe en la portant de 20 millions à 5 millions.

Un AR du 6 septembre 2022 (MB 10.10.2022), addendum à la convention, a étendu aux MSF l'indexation intermédiaire au 01/06/22.

Sur l'aspect qualité de la formation, **la représentativité des MSF au Conseil supérieur des Médecins Spécialistes et des Médecins Généralistes** a retenu toute notre attention.

En effet, chaque chambre (francophone et néerlandophone) est composée de 12 médecins représentant les Universités et de 12 médecins représentant les organisations professionnelles. Parmi les 12 membres représentant les organisations professionnelles, il est bien prévu que 2 sièges soit destinés pour le MSF, cela est le cas également pour les médecins généralistes. Mais depuis plusieurs années, ces sièges sont occupés par des médecins qui ne sont plus en formation. En 2022, **aucun** médecin spécialiste en formation n'est représenté au Conseil Supérieur.

Nous estimons qu'une représentativité de qualité, **proposée par les organisations représentatives des médecins spécialistes** et généralistes en formation est indispensable au sein du Conseil Supérieur. Ces médecins sont des membres de plein droit au sein du Conseil Supérieur. Cette demande du GBS a fait l'objet d'un courrier au ministre F. Vandenbroucke en juin 2022.

On rappellera que la formation des médecins spécialistes n'est pas une formation académique avec un titre scientifique comme le diplôme de master en médecine mais bien une formation qui permet l'exercice de la profession dans une des spécialités reconnues par l'AR du 21 novembre 1991 définissant les titres professionnels. Il s'agit bien d'une formation professionnelle.

C'est ainsi que nous proposons que chacune des Unions Professionnelles (UP) ait des représentants des médecins spécialistes en formation. Les UP consulteront les MSF pour des avis concernant par exemple des critères spécifiques à leur formation ou des décisions importantes les concernant.

Sur le plan juridique, le GBS s'engage par ailleurs à assurer une défense en justice en cas de conflit juridique ou autre dans le cadre de leur formation.

On retiendra donc une année 2022, année complète d'application de la Convention collective. Elle a permis de clarifier les éléments du contrat de travail.

Une réflexion conjointe approfondie sur la qualité de la formation est indispensable également. La collaboration de tous (maîtres de stage, MSF) au sein de structure telle que le Conseil Supérieur est nécessaire. La diversité de la formation selon les spécialités est une difficulté qui peut être surmontée notamment par la connaissance du terrain par les différentes UP siégeant au niveau du GBS et les recommandations qu'elles peuvent faire.

On ne sous-estimera pas non plus, l'impact sur l'organisation et parfois la force de travail dans les services. Ceci est à intégrer dans les modèles d'organisation médicale tant hospitalière qu'extrahospitalière pour le futur (notamment en lien avec les Commissions de Planification).

## 4 Communauté flamande

### 4.1 Voorzitterscollege (Collège des Présidents)

Le Voorzitterscollege ou Collège des Présidents (CP) est un organe créé en 2017 par Arrêté du Gouvernement flamand : il est composé des présidents de toutes les commissions d'agrément (CA) néerlandophones et de médecins et collaborateurs de l'agence flamande Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG). Les problèmes et les propositions visant à optimiser l'organisation de la formation y sont discutés et répercutés dans les différentes commissions d'agrément pour un suivi ou remontés aux niveaux politiques compétents. La Flandre et le GBS-VBS ont insisté (sans succès à ce jour) pour qu'une telle structure existe aussi en Wallonie car de nombreux aspects liés à la formation relèvent toujours de la compétence du pouvoir fédéral. En effet, l'input et la collaboration entre des structures similaires et le Conseil supérieur (CS) sont souhaitables pour obtenir également des résultats au niveau fédéral, de manière dynamique et efficace. La frustration d'années d'échec pour l'actualisation des critères d'agrément de nombreuses disciplines est un exemple de question qui relève de la compétence du pouvoir fédéral et pour laquelle le Collège des présidents est dans l'incapacité d'une modernisation rapide, faute de partenaire en communauté française.

Néanmoins, le Collège des Présidents, en collaboration avec la VAZG, a pu initier, clarifier ou déjà apporter des améliorations systématiques à des questions importantes liées à la formation qui relèvent des compétences de la Flandre. En voici un aperçu (basé sur les rapports des sessions) :

#### 1) Développement des actions du Collège des présidents en 2021

Dans le cadre de la transparence, la VAZG a élaboré par discipline un **tableau d'information très clair**, disponible sur son site internet. Outre les informations générales (tâches de la CA, aperçu des documents à soumettre et critères d'agrément généraux), le tableau contient aussi des informations spécifiques (composition de la CA et critères d'agrément spécifiques, dates des sessions et autres informations relatives à l'agrément telles que les règles de publication).

#### 2) Question sur la convention des conditions de travail des MSF

Au cours de sa réunion du 23/06/2021, le CP a demandé que les deux questions suivantes soient posées pour chaque commission d'agrément :

- a) Quel est l'impact de cet accord sur la qualité de la formation : par exemple, peut-on s'attendre à une moins grande exposition à la pathologie ?
- b) Quel est l'impact de cet accord sur les conditions de la formation : les services de stage seront-ils en mesure de respecter cet accord étant donné que les répercussions financières ne sont pas encore claires? Les réponses vont de « aucun impact attendu » à « quelques inquiétudes sur la qualité et l'exposition durant la formation ». Il existe aussi des incertitudes sur le règlement financier concernant la compensation des coûts supplémentaires par le gouvernement comme le prévoit la Convention collective (CC).

Pour poursuivre la discussion, le Collège des présidents a invité le représentant VASO.

À la demande du ministre Vandenbroucke, VASO a mené une **enquête auprès des MSF** en octobre 2021 : à ce moment-là, ils avaient estimé qu'il n'y avait qu'un impact limité sur l'organisation des services de garde et les heures de travail, sauf dans des disciplines telles que la chirurgie, étant donné les répercussions financières des heures inconfortables et des gardes d'appel. Entre-temps, les changements sensibles ont eu lieu au niveau des services de garde et les MSF se préoccupent d'une exposition clinique suffisante, malgré l'absence d'impact à cet égard en octobre. Il importe d'étudier cette question de manière objective, par exemple en utilisant les rapports Medbook après la fin de la première année et, idéalement, à long terme. Pour un examen objectif des répercussions financières, une **analyse de l'ONSS** est attendue.

Le Collège des Présidents considère que l'objectif prioritaire est l'agrément des médecins compétents et qu'un stage complémentaire peut être imposé légalement si une faible exposition clinique est objectivable. VASO répond que rien n'a changé concernant la durée d'**activité clinique** (Loi sur la durée du travail). Si un impact est à prévoir, ce sera avec une **réorganisation des services** en raison de la CC et donc des répercussions financières. Nous ne pouvons pas accepter que la durée d'activité clinique soit affectée de manière négative. Il est donc essentiel de s'interroger sur la qualité. La qualité de certains lieux de stage est inférieure. Il importe d'identifier ces lieux et d'agir efficacement. Cependant, cette matière relève de la compétence du pouvoir fédéral. Dans ce contexte, VASO plaide pour que les politiques soient regroupées sous une même enseigne.

Conclusion provisoire : d'une part, les inquiétudes portent sur une activité clinique suffisante et la demande d'objectivation, et d'autre part, on se préoccupe de la redistribution des tâches des MSF en fonction du financement. Le Collège des Présidents a convenu de créer un groupe de travail pour suivre ces questions.

### 3) Agréments hors EEE

Généralités :

- La VAZG soumet à l'avis de la Commission d'agrément (CA) compétente les diplômés de spécialistes de l'EEE qui ne peuvent pas être automatiquement agréés dans notre pays conformément à la directive européenne en vigueur. La CA examine alors chaque candidature individuellement du point de vue de la formation et de l'expérience. En cas de différences substantielles, la CA peut imposer des mesures compensatoires conformément à la même directive européenne : test de compétence OU stage. Faute d'un cadre légal pour les diplômés des spécialistes hors EEE, en vertu des principes d'égalité et de non-discrimination, les dossiers hors EEE sont abordés de la même manière que les diplômés de l'EEE qui ne peuvent pas être agréés automatiquement.

- La langue est une condition intrinsèque du visa fédéral. Dès qu'une personne reçoit son visa, elle est censée connaître l'une des trois langues nationales.

- Le NARIC Vlaanderen est compétent pour la Flandre et Bruxelles. Dès le moment où le NARIC Vlaanderen déclare que le diplôme de base hors EEE est équivalent, il n'est possible de travailler qu'en



Flandre et à Bruxelles. Grâce à cette équivalence, il est possible d'obtenir un visa auprès du SPF et si ensuite il y a agrément par la VAZG, cet agrément est valable dans toute la Belgique.

Problématiques des CA :

- La Commission de Planification impose des restrictions aux candidats titulaires d'un diplôme national et en outre, il faut tenir compte des tickets par université, tandis que l'admission est illimitée pour les titulaires de diplômes agréés (hors EEE).

- Il n'est pas simple de traiter les demandes d'agrément non EEE et, en particulier, d'évaluer la formation suivie, à partir des documents présentés. Les difficultés linguistiques sont également fréquentes et sont souvent manifestes lors d'une audition. L'Ordre des Médecins peut-il assumer une mission à ce niveau ?

- Le NARIC de la communauté française serait moins performant, de sorte que de nombreux médecins « francophones » se tournent vers le NARIC flamand parce que les dossiers y sont traités plus rapidement.

- Si la libre circulation des personnes et des biens est assurée au sein de l'EEE, il existe également une responsabilité nationale en matière de santé publique et de qualité des soins. Il est également nécessaire de garantir l'équité entre les communautés afin de lutter contre la variabilité des évaluations.

Question du Collège des Présidents (CP) : peut-on travailler (en concertation avec la communauté française) à un cadre clair et uniforme en ce qui concerne les avis sur les dossiers hors/non EEE ?

Propositions supplémentaires du Collège des Présidents :

- La CA de médecine d'urgence suggère d'évaluer les dossiers en fonction des rôles CANMEDS. Cela comprend donc aussi la « communication ».

- Il s'agirait de passer d'office un examen sur la base duquel la CA peut vérifier si un stage supplémentaire est nécessaire.

Il n'existe pas de législation sur les demandes d'agrément internationales, il appartient au SPF de l'établir. Cependant, la VAZG travaille à l'élaboration d'un arrêté de procédure pour ces demandes : cet arrêté précisera, entre autres, les documents à fournir et les possibilités de recours pour le candidat.

**Conclusion** : le contrôle linguistique et la définition des critères d'identification sont une compétence fédérale. La VAZG prépare une note adressée au niveau fédéral pour présenter tous les points problématiques. Entre-temps, les commissions d'agrément évalueront les dossiers soumis en fonction des rôles CANMEDS, comme c'est le cas pour leurs propres MSF, pour que des mesures correctives puissent être imposées en cas de défaillances éventuelles, si nécessaire.

#### **4) Actualisation des critères d'agrément spécifiques**

La VAZG a demandé un état des lieux au Dr Waterbley (secrétaire du Conseil supérieur fédéral des médecins spécialistes et des médecins généralistes) qui annonce la reprise des travaux d'actualisation des critères d'agrément : les avis seront examinés en profondeur, en tenant compte d'une procédure dorénavant plus lourde, en partie en raison de la législation européenne sur la proportionnalité (communication large avec possibilité de participation).

Le Collège des Présidents a appris que le Conseil supérieur (CS) mène effectivement des discussions avec les Commissions d'agrément et déplore que le CS ne semble pas préparer une loi générique permettant un ajustement rapide et dynamique des critères sous la direction des CA des deux communautés linguistiques et des unions professionnelles. Toutefois, le Collège des Présidents avait préalablement communiqué l'importance de cette question au Conseil supérieur afin d'éviter que la période d'actualisation des critères d'agrément ne nécessite à chaque fois autant de temps car cela peut nuire à la qualité de la formation. Les critères doivent pouvoir être adaptés rapidement sans de longs cycles de concertations entre autres.

En outre, le CP craint que, cette fois, la procédure plus lourde ne soit un obstacle à la publication rapide des critères d'agrément actualisés. Le CP souhaite donc prendre contact avec le cabinet fédéral Vandembroucke pour expliquer sa proposition. Toutefois, étant donné son rôle de conseiller auprès de

l'administration flamande, le Collège doit suivre les voies politiques et le cabinet Vandembroucke ne peut pas être contacté directement.

## 5) Questions administratives

### a) PROPOSITIONS DE SIMPLIFICATIONS ADMINISTRATIVES :

Adaptation de l'Arrêté du Gouvernement flamand (AGF) du 24 février 2017 relatif à l'agrément des médecins spécialistes ou généralistes (arrêté de procédure) – ROI (règlement d'ordre intérieur)

Étant donné la mission de simplification administrative du gouvernement flamand, la VAZG examine de près ses processus. La VAZG demande à ses présidents de transmettre toute amélioration de l'AGF ou du ROI à Els Bernaerts à l'adresse [artsen@vlaanderen.be](mailto:artsen@vlaanderen.be). À cette fin, l'administration joindra les deux documents au rapport.

Toutes les CA peuvent-elles accepter la validation électronique en guise de signature des rapports de stage ? Les secrétaires aborderont ce point lors d'une session.

### b) DIGITALISATION DES PROCÉDURES D'AGRÉMENT DES PROFESSIONS DE SANTÉ UNIVERSITAIRES : INTRODUCTION VIA E-GUICHET À PARTIR DU 01/04/2022

Suite à une communication précédente, l'équipe universitaire de la VAZG a redémarré les activités de l'e-guichet pour les médecins spécialistes dès le 25/04/2022. À partir de cette date, les nouveaux plans de stage, etc. des MSF seront désormais transférés via l'e-guichet et non plus par la poste ou par e-mail. La VAZG enverra une autre communication à ce sujet à tous les MSF et aux secrétariats des universités.

On se demande si la VAZG peut garantir que les MSF aient un accès permanent à une vue d'ensemble de la situation de leur dossier, pour pouvoir vérifier si une demande a été reçue/approuvée. Cela n'est pas prévu dans la phase actuelle mais cette possibilité est à l'étude. L'une des solutions actuellement proposées est de passer par le portail citoyen à l'avenir.

Pour le bon fonctionnement des commissions d'agrément, les carnets de stage et les documents probants correspondants sont aussi actuellement téléchargés sur un portail sécurisé auquel les membres des commissions d'agrément ont accès. Cela permet de consulter et d'évaluer les dossiers avant la session communautaire. Tous les documents sont maintenant directement disponibles pour les commissions d'agrément. Cela représente déjà un gain de temps considérable pour tout le monde et pourrait être encore optimisé si un jour il était possible de relier structurellement cette plateforme à Medbook qui reprend les rapports des MSF et des maîtres de stage.

## 6) PhD-MSF

Combiner un doctorat et une formation de médecin-spécialiste peut entraîner des problèmes pour le PhD-MSF, du point de vue des autorités fiscales, des critères de formation et des responsabilités à l'hôpital. Chaque commission d'agrément procède actuellement à un inventaire dans le but d'établir un règlement de protection à cet égard.

## 7) Équilibre vie privée – vie professionnelle et interruptions des formations

Il s'agit là d'un nouveau sujet de recherche, tant pour optimiser la formation que pour estimer l'impact sur la disponibilité future des médecins spécialistes.

## 5 Communauté française

### 5.1 Activités de la Commission consultative de Planification de l'Offre médicale

L'arrêté de nomination des membres est publié au Moniteur Belge le 23/11/2021. Les membres désignés sont issus de l'Académie Royale de Médecine, de l'UCL, de l'ULiège, du Collège de Médecine générale, des Médecins spécialistes, des représentants des hôpitaux académiques, des représentants

des hôpitaux non académiques, des représentants des patients, du Collège intermutualiste, des représentants des 6 ministres avec compétence de la santé, du Conseil supérieur des Médecins, de l'INAMI, de représentants de la Commission de Planification fédérale, de représentants du Conseil fédéral de l'Art infirmier, de représentants du Conseil fédéral des Sages-femmes, des représentants des professions paramédicales, pharmaciens, kinésithérapeutes et santé mentale. Les représentants des dentistes issus des différentes instances, à l'instar des médecins, sont également désignés. Cette Commission concerne la planification des médecins et des dentistes.

Il y a des réunions de commissions plénières, du bureau et d'un groupe de travail "Médecins" et "Dentistes".

Au niveau du GBS, les représentants sont : Baudouin Mansvelt, Marianne Michel et Jean-Luc Demeere (comme représentants du Conseil Supérieur).

Les travaux de la commission ont été basés sur une information issue des différentes structures représentées dans cette commission. Le travail se veut une réelle approche des besoins de la population et une analyse précise des médecins en cours de formation. La notion d'équivalent temps plein de travail a été abordée, ce qui peut avoir une influence sur le nombre de médecins.

En décembre, la commission a remis l'avis aux ministres concernés pour la planification de la médecine générale. Le pourcentage de 43 % de médecins généralistes pour 2023 sera proposé.

Le travail réalisé au sein de cette commission est considérable, même si actuellement les propositions sont encore un peu limitées. Plus de 10 réunions ont eu lieu sur des plateformes en ligne cette année.

## 6 Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes

### 6.1 Le dossier électronique du patient

Dans un courrier du 03/02/2022, le ministre de la santé a demandé un avis au Conseil Fédéral de l'Art Infirmier et au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, concernant le dossier électronique du patient.

Concrètement, deux questions sont posées :

1. Quelles autres données indispensables ou utiles à votre profession de santé devraient figurer dans l'inventaire des besoins d'un dossier électronique ?
2. Quelles sont les conditions indispensables pour pouvoir rendre un dossier électronique indispensable / pour pouvoir rendre un dossier électronique obligatoire ?

Ces questions sont posées, dans le cadre de la loi du 22 avril 2019 dite « Loi qualité » et plus particulièrement en ses articles 33 et 34.

L'article 33 définit les 23 données qui doivent se trouver dans ce dossier électronique. On peut attirer l'attention sur :

1. Identification personnelle du professionnel des soins de santé (PSS) et le cas échéant celle du référent et des autres PSS qui sont intervenus (Art. 33, 3°)
2. Motif du contact ou problématique lors de la consultation (Art.33, 4°)
3. Le compte-rendu des entretiens de concertation, ...patient, autres PSS, tiers (Art. 33, 7°)
4. Les OBJECTIFS de santé et les déclarations d'expression, les volontés reçues du patient (Art. 33, 9°)
5. La CARACTÉRISATION du patient visée à l'article 12 (Art. 33, 11°)

6. Renvoi à d'autres PSS, services, ou tiers... (Art. 33 14°)
  7. ... art. 7, §2 et 8 § 3 Loi 22 août 2002... informations communiquées à une personne de confiance ou au patient en présence d'une personne de confiance (Art. 33, 18°)
  8. La demande expresse du patient de ne pas lui fournir d'information en application de la Loi des droits du patient Art. 7 §3 et 8 §3. (Art. 33 19°)
  9. Motivation... pour ne pas divulguer des informations au patient ... Loi des droits du patient Art. 7 § 4. (Art. 33, 20°)
  10. Personne de confiance...exercer son droit de consultation et son identité, selon l'Art. 9 § 2 de la Loi des droits du patient. (Art 33, 21°)
  11. La motivation du rejet partiel ou total de la demande d'un représentant (art. 15 § 1 Loi des droits du patient) (Art 33, 22°)
  12. La motivation de la dérogation à la décision prise par un représentant du patient en application de l'art. 15 § 2° de la Loi des droits du patient (Art. 33, 23°)
- Les réponses des deux Conseils diffèrent fondamentalement.

## 6.2 Modification de l'exercice des professions des soins de santé : l'infirmier

<p><b>KONINKRIJK BELGIE</b></p> <p><b>FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU</b></p> <p><b>Voorontwerp van wet tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerde op 10 mei 2015, teneinde de basisverpleegkundige en de klinisch verpleegkundig onderzoeker hierin op te nemen</b></p>	<p><b>ROYAUME DE BELGIQUE</b></p> <p><b>SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT</b></p> <p><b>Avant-projet de loi modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, en vue d'y insérer l'aide-infirmier et l'infirmier chercheur clinicien</b></p>
---	--

Un projet de loi modifiant la loi du 10 mai 2015 sur les professions de santé veut créer un nouveau titre professionnel celui de basisverpleegkundie ou aide-infirmier et celui d'infirmier chercheur clinicien ou de klinisch verpleekkundig onderzoeker.

Les titres professionnels sont liés au niveau de formation.

<b>NIVEAU 4</b>	<b>Enseignement professionnel</b>	<b>Aide-soignant</b>
<b>NIVEAU 5</b>	Enseignement professionnel GRADUAT	Aide-infirmier ou basisverpleegkundige
<b>NIVEAU 6</b>	Enseignement supérieur Bachelier professionnel	<b>Infirmier responsable de soins généraux</b>
<b>NIVEAU 6</b>	Titre professionnel particulier Haute école (En Flandre le BaNaBa)	Infirmier responsable de soins généraux, spécialisé en ... (SIAMU, oncologie)
<b>NIVEAU 7</b>	Universitaire	Infirmier de pratique avancée

MASTER		
<b>NIVEAU 8</b>	Universitaire Doctorat	Infirmier chercheur clinicien

Au niveau européen, seul le titre d'Infirmier responsable de soins généraux, permet une équivalence des diplômes et une mobilité au niveau européen<sup>8</sup>. La formation de l'Infirmier responsable de soins généraux répond à 4 600 h. et toutes les 8 compétences de base soient enseignées et conformes aux 8 compétences définies.

La formation de l'aide-infirmier (basisverpleegkundige) ne répond pas à la formation européenne et au titre européen. Avec ses 3 800 h<sup>9</sup> de formation, le « basisverpleegkundige » ne peut pas exercer les soins infirmiers en Europe.

La décision relative au « basisverpleegkundige » est une décision **politique**. **En Flandre cette nouvelle profession d'infirmier est celle de l'infirmier de base (basisverpleegkundige) qui a toutes les mêmes compétences que l'infirmier responsable de soins généraux**, mais ne pourrait effectuer que des soins dans des situations moins complexes. Ainsi la complexité n'est pas dans les soins mais dans la situation. Par exemple, en Soins Intensifs, les soins ne sont pas complexes, mais la situation est complexe. Donc les soins pourraient être donnés par un « basisverpleegkundige » sous la « coordination » de l'infirmier responsable des soins généraux, dans le cadre d'une équipe de soignants.

La Flandre exige donc que dans la formation de basisverpleegkundige, les compétences soient enseignées sans développer les soins particuliers comme par exemple les soins pédiatriques ou autres (niveau de complexité de la situation). Les Hautes écoles en Flandre doivent prévoir des passerelles pour passer du basisverpleegkundige au titre d'infirmier responsable des soins généraux.

L'avant-projet de loi introduit le titre d'infirmier chercheur clinicien. Ce titre ne serait accessible qu'à un master (infirmier de pratique avancée). Un PhD en soins infirmiers n'existe pas. Il est original de lier la formation de niveau 8 à une pratique professionnelle, infirmier chercheur clinicien.

Une originalité est que l'Infirmier responsable des soins généraux pourrait PRESCRIRE des soins, sans prescription médicale. Le texte parle de prescription par le médecin ou l'infirmier responsable des soins généraux. Dans le groupe de travail du CFAI (Conseil fédéral de l'Art infirmier), des infirmiers ont demandé d'accorder le droit de prescription de soins dans le cadre de la multidisciplinarité, à d'autres professionnels des soins de santé (kiné, podologue...). Rien n'arrête le progrès sauf une ambition démesurée. L'infirmier de pratique avancée reprendrait des missions de soins des médecins comme certains suivis de maladies chroniques et pourrait comme une sage-femme avoir également des droits de prescription (examens, soins, médicaments ?).

### Commentaires :

Art. 2, 3°

**3° in § 1, tweede lid, wordt het woord 3° dans le § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, le mot « infirmier » est “verpleegkundige” vervangen door de woorden remplacé par le mot « infirmier responsable de “verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger” ; soins généraux » ;**

Art. 2, 7°

<sup>8</sup> Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI »)

<sup>9</sup> Art. 2, 7° de l'avant-projet de loi modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé coordonnée le 10 mai 2015 (commentaires p. 7).

Le terme en néerlandais est « basisverpleegkundige » et en français, aide-infirmier. Nous ne pensons pas que les deux termes soient identiques. Le premier est infirmier et a reçu une formation de base. Le second est aide-infirmier. En néerlandais on différencie un « ziekenverpleger » et un « basisverpleegkundige ». (cf. Art 2 3°) Le terme « erpleegkundige » devrait disparaître. Actuellement il est le seul qui désigne un infirmier ou une infirmière.

Ci-après on développe que le « basisverpleegkundige » ou l'aide-infirmier peut agir (handelen) dans des situations moins complexes (« minder complexe situaties »). Ces situations sont définies plus loin : prévention, le maintien et la promotion de la santé en lien avec la qualité de vie. En d'autres termes, il n'est pas dans les SOINS ou le curatif, mais dans le préventif et le marketing de la santé.

De basisverpleegkundige is een beoefenaar van de verpleegkunde die autonoom kan handelen in minder complexe situaties. In complexere situaties werkt hij/zij binnen een gestructureerd zorgteam in nauwe samenwerking met de verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger en/of de arts. De basisverpleegkundige handelt in het kader van de preventie, het behoud en de bevordering van de gezondheid in relatie tot de kwaliteit van leven.

L'aide-infirmier est un praticien de l'art infirmier qui peut agir de manière autonome dans des situations moins complexes. Dans des situations plus complexes, il/elle travaille au sein d'une équipe de soins structurée en étroite collaboration avec l'infirmier responsable de soins généraux et/ou le médecin. L'aide-infirmier agit dans le cadre de la prévention, du maintien et de la promotion de la santé en lien avec la qualité de vie.

De Koning kan, na advies van de Technische commissie voor verpleegkunde, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, de activiteiten bepalen die de basisverpleegkundige kan uitvoeren en de voorwaarden waaronder de basisverpleegkundige deze kan uitvoeren.

Le Roi peut, après avis de la Commission technique de l'art infirmier, fixer par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les activités que l'aide-infirmier peut pratiquer ainsi que les conditions dans il peut accomplir ces activités.

Les activités de l'aide-infirmier se limitent aux situations moins complexes. Il faudra des AR ou des AM pour préciser ces situations moins complexes ou celles qui sont complexes.

Deze aanbevelingen voorzien in de invoering van een nieuw beroep van beoefenaar van de verpleegkunde, waardoor verpleegkundigen die beantwoorden aan het Europese niveau van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger, handelingen kunnen verrichten die verband houden met hun bekwaamheden en ondersteund kunnen worden door dit nieuwe beroep van goed opgeleide basisverpleegkundige.

Ces recommandations prévoient de créer une nouvelle profession de praticien de l'art infirmier qui permettra aux infirmiers correspondant au niveau européen d'infirmiers responsables de soins généraux, de réaliser des actes en lien avec leurs compétences et d'être secondés par cette nouvelle profession d'aide-infirmier bien formée.

Dans l'exposé des motifs (ci-dessus) on peut lire qu'on crée un nouveau titre professionnel qui est l'infirmier responsable des soins généraux, qui correspond au titre européen d'infirmier (verpleger of ex-verpleegkundige). De ce fait le « basisverpleegkundige » n'est pas un infirmier (verpleger). Il est un aide-infirmier.

La confusion générée par le terme « basisverpleegkundige » avec l'illusion d'une formation d'infirmier apportera sur le terrain une confusion comme celle que l'on a connue entre les gradués et les brevetés, ou les A2 et A1. L'échelle IFIC des rémunérations finance les fonctions, les tâches et pas des diplômes. Or ces fonctions et tâches doivent être définies. Pourquoi dès lors maintenir la confusion et l'illusion de la compétence en art infirmier. Dans une maison de repos par exemple, les responsabilités respectives



risquent de se perdre par nécessité (de personnel) dans la pratique quotidienne. Les « basisverpleegkundigen » s'occuperont de la prévention et de la promotion...

**Op deze manier worden de functiemodellen van de basisverpleegkundige zorg aangevuld met een nieuwe functie tussen zorgkundigen en verantwoordelijk algemeen ziekenverplegers.** De cette manière, l'échelle de fonctions des infirmiers de base est complétée par une nouvelle fonction entre les aides-soignants et les infirmiers responsables de soins généraux.

La nouvelle formation d'aide-infirmier ou « basisverpleegkundige », se profile dans l'échelle des formations (et fonctions) au niveau 5 (HBO enseignement professionnelle supérieure, graduat) entre l'aide-soignant (« zorgkundige ») et l'infirmier responsable des soins généraux (niveau 6, bachelier). En néerlandais, le terme « verpleegkundige » (qui est supprimé dans cet avant-projet de loi) correspond bel et bien à celui d'infirmier !

Dans le cadre de la loi sur la proportionnalité, le vocable « basisverpleegkundige » ne nous semble pas approprié. Le terme « hulpverpleegkundige », comme en français, nous semble plus adapté. Le « basisverpleegkundige » n'est pas discriminatoire par rapport à « ziekenverpleger ». Il est discrétionnaire.

Non sans humour, la rémunération des soignants est liée non pas au diplôme mais à la fonction.

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, en sa réunion du 8 décembre regrette la confusion entre le terme d'aide-infirmier et celui de « basisverpleegkundige ». Il estime que les directives européennes sont claires et que le titre d'infirmier est celui de l'infirmier responsable des soins généraux. Il attend l'avis officiel du CFAI avant de réagir auprès du ministre.

Dans notre pays l'enseignement et la reconnaissance des titres professionnels dépendent des communautés. Ainsi un « basisverpleegkundige » quittant la Flandre et n'étant pas un infirmier au niveau européen, ne pourrait pas être reconnu comme infirmier en Fédération Wallonie-Bruxelles, mais comme aide-infirmier, mais avec les compétences de l'infirmier selon la loi fédérale.

La Belgique, le pays du surréalisme.

## 7 Dossiers thématiques

### 7.1 Endométriose

En 2022, 6 propositions de résolution ont été soumises à la Chambre des Représentants de Belgique.

- le 2 février 2022 par Karin Jiroflée et Gitta Vanpeborgh (DOC 55 2477/001) (KJGV)
- le 9 février 2022 par Florence Reuter, Daniel Bacquelaîne, Caroline Taquin, Benoît Piedboeuf, Michel De Maegd, Nathalie Gilson et Vincent Scourneau DOC 55 2497/001 (FRe.a.)
- le 17 février 2022 par Nathalie Muylle (DOC 55 2510/001) (NM)
- le 21 février 2022 par Sophie Thémont, Hervé Rigot, Laurence Zanchetta et Patrick Prévot (DOC 55 2519/001) (STe.a.)
- le 17 mai 2022 par Sophie Rohonyi et François De Smet (DOC 55 2696/001) (SRFDS)
- le 05 septembre 2022 par Séverine de Laveleye et Eva Platteau (DOC 55 2863/001) (SdLEP)

Ces propositions de résolution visent à créer des centres de référence spécialisés dans le diagnostic et le traitement de l'endométriose. Certaines résolutions se prononcent déjà concrètement sur l'identité de ces centres, tandis que d'autres mettent plutôt l'accent sur une répartition géographique et que d'autres encore souhaitent que soient d'abord formulés les critères auxquels doivent répondre les centres de référence.

Toutes les résolutions présupposent que l'approche actuelle de l'endométriose en Belgique est insatisfaisante, que ses symptômes ne sont pas suffisamment connus ou reconnus par les médecins généralistes et les gynécologues, que l'endométriose ne fait pas l'objet d'une approche multidisciplinaire suffisante, ce qui fait que de nombreuses femmes ne sont diagnostiquées qu'à un stade tardif et que de nombreuses femmes subissent de multiples interventions chirurgicales, souvent infructueuses.

En outre, il est reproché aux généralistes et autres prestataires de soins de ne pas prendre assez au sérieux les femmes qui se plaignent de certains symptômes (comme les douleurs pendant les menstruations).

Les résolutions préconisent non seulement une approche multidisciplinaire, mais aussi la reconnaissance des pratiques « médicales » complémentaires et alternatives.

En concertation avec le groupement professionnel de gynécologie, le GBS a adopté un point de vue et l'a communiqué à la Chambre des représentants de Belgique.

Le GBS reconnaît qu'en 2022 l'endométriose est toujours caractérisée par un diagnostic tardif, l'absence de diagnostics pathognomoniques cliniques et techniques et la nécessité d'une biopsie laparoscopique avec confirmation histologique en tant que référence absolue du diagnostic. Les problèmes de fertilité et les douleurs chroniques demeurent les principales frustrations des patientes. Des procédures répétées, parfois sans résultats positifs, érodent la confiance vis-à-vis des connaissances et des compétences des médecins traitants.

Le GBS ne conteste nullement que le coaching de style de vie, par exemple, puisse être utile aux patientes souffrant de douleurs chroniques. Un mode de vie sain, l'exercice, l'alimentation, la relaxation ont leur place, dans le contexte de nombreuses affections, mais en dehors d'un cadre INAMI.

Même si l'homéopathie et l'acupuncture peuvent aider certaines patientes à supporter leurs symptômes, aucun cadre légal ne peut être créé à cette fin, comme c'est le cas pour la kinésithérapie.

Le GBS rappelle que la réalité clinique de l'endométriose ne relève pas d'une symptomatologie « pathognomonique » mais plutôt d'une symptomatologie complexe et très diverse qui rend le diagnostic si difficile. Il n'existe pas non plus de biomarqueurs concluants à 100%. Le fait que les médecins généralistes, les gynécologues ne déploient pas immédiatement une batterie d'exams (échographie, échographie endorectale, hystérogaphie, IRM, coloscopie, uroscanner, colonoscanner, etc.) pour chacune de ces plaintes n'est pas une preuve d'ignorance, mais de sagesse avisée. Cela s'explique car l'endométriose est avant tout un diagnostic d'exclusion dont la symptomatologie est complexe. Il est certain qu'il existe un délai important entre la plainte initiale et le diagnostic, mais cela est dû au fait que le diagnostic de référence par excellence consiste en une biopsie laparoscopique invasive avec confirmation histologique de l'endométriose. En Belgique, le délai n'est pas plus long que dans d'autres pays dotés d'un système de soins de santé performant. Il n'est pas réaliste de procéder immédiatement à toute la batterie d'exams techniques et à la biopsie laparoscopique chez toutes les patientes présentant l'ensemble des plaintes potentiellement liées à l'endométriose. Même les équipes d'experts ont des problèmes de diagnostic, comme le prouve le fait que l'endométriose passe encore inaperçue chez 30 à 60 % des femmes lors des exams d'imagerie tels que l'échographie (vaginale) et la résonance magnétique.

Les données épidémiologiques manquent pour la Belgique, ce qui rend impossible une stratégie fondée sur des données. Mais même dans les pays disposant de bons systèmes d'enregistrement, le temps de latence entre les premiers symptômes et le diagnostic final reste très long, et dure parfois jusqu'à 10 ans. La proposition de résolution donne l'espoir illusoire que la centralisation de l'expertise (« concentration ») réduirait le diagnostic et donc le temps de latence entre les symptômes et le diagnostic. Cela n'a pas été démontré. Même aux Pays-Bas, où il existe des centres cliniques de pointe



pour le traitement de l'endométriose, ceux-ci ne sont pas plus performants que le gynécologue « ordinaire » en termes de diagnostic précoce.

Ce qui fait consensus dans la profession, c'est la création de « centres d'excellence » pour le traitement des formes très complexes d'endométriose. Cela soulève des questions cruciales : quels critères ces centres doivent-ils remplir, quels soins de l'endométriose faut-il leur confier et quelle doit être la répartition géographique ? Il n'est pas facile de répondre à ces questions sans équivoque à défaut de données belges.

Tant en France qu'en Allemagne et en Angleterre, on tente de formuler une réponse bottom-up en confiant le traitement chirurgical de l'endométriose complexe à des équipes multidisciplinaires. Dans ce cas, on parle d'endométriose qui infiltre les intestins et/ou les voies urinaires, le rectum, la vessie, le péritoine, le diaphragme. Le *primum movens* était qu'en concentrant les soins, ces équipes chirurgicales pouvaient acquérir un *case-load* suffisant pour maintenir leurs compétences chirurgicales pour cette chirurgie. Ces centres d'expertise s'engagent aussi à procéder à des audits transparents de leurs résultats. Il est beaucoup moins évident de déterminer le nombre de ces centres d'excellence, car les relations entre le volume et l'*outcome* ne sont pas linéaires. Les chiffres de l'étranger donnent une image variable, mais le chiffre de 50 traitements chirurgicaux dont 20 formes infiltrantes profondes par centre d'expertise doit être mis à l'épreuve de la nécessaire répartition géographique de ces centres. En plus des critères formulés par la profession, des audits transparents des résultats et des visites par le groupement professionnel sont aussi des options à envisager.

La sensibilisation est aussi possible, car la littérature internationale suggère que les formes étendues d'endométriose infiltrante profonde avec atteinte colorectale et urogénitale sont mieux gérées par une chirurgie multidisciplinaire *ab ovo*, car une chirurgie répétée par la suite a moins de chances de réussir. Il appartient au groupement professionnel de la gynécologie et aux sociétés scientifiques de gynécologie de formuler d'éventuelles recommandations pour une orientation ciblée des formes particulières d'endométriose telles que l'endométriose nodulaire profonde visible par IRM/échographie, y compris la forme nodulaire rectovaginale également sans infiltration du rectum ; l'endométriose profonde avec extension à d'autres organes (côlon, uretère, vessie, intestin grêle, diaphragme, thorax) ; l'endométriose ovarienne kystique bilatérale.

L'idée de travailler avec une convention de soins de l'endométriose devrait permettre à ces centres d'expertise d'entourer les équipes médicales d'un soutien paramédical, administratif et scientifique suffisant. Le KCE doit examiner le cadre de soutien minimal dont les centres d'expertise ont besoin pour fonctionner correctement.

En effet, il est nécessaire d'utiliser des « *core outcome sets* » pour déterminer dans quelle mesure la centralisation des soins répond effectivement aux attentes, et ce par rapport aux soins décentralisés. La définition de critères de qualité sera un exercice difficile car elle combine le volume, les complications et les résultats. Le plus simple reste la mesure du volume, mais l'enregistrement des complications et de l'*outcome* n'est pas simple. La distinction entre réintervention et récurrence est très difficile à établir dans les enregistrements. Il est impossible de définir cette revue à partir du haut. Cela nécessite une contribution solide du milieu professionnel.

Concernant les problèmes de fertilité et les douleurs chroniques, deux problèmes cliniques majeurs de l'endométriose, le GBS propose de ne pas modifier les programmes locorégionaux et suprarégionaux existants de médecine reproductive A et B et les cliniques de la douleur du pays suffisent à couvrir les besoins sans devoir créer un programme supplémentaire de soins de l'endométriose.

Personne dans la profession, y compris à l'étranger, ne préconise de limiter le diagnostic de l'endométriose aux centres d'expertise. Le GBS souligne que la centralisation de l'expertise entraîne la perte de l'expertise décentralisée, avec un cloisonnement des soins et la disparition d'une approche

holistique du patient ; les dommages collatéraux des mouvements de centralisation imposés dans les soins devraient être cartographiés de manière quantifiable.

D'ailleurs, une concentration de connaissances et de soins se manifeste déjà spontanément en raison de l'évolution du paysage hospitalier des fusions et des mises en réseau. Cela conduit à de grandes associations de gynécologie avec une sous-spécialisation déjà très poussée où les soins de l'endométriose sont encadrés de manière multidisciplinaire.

Un certain nombre de mesures au niveau de l'assurabilité pourraient aider la patiente atteinte d'endométriose. La classification dans les maladies chroniques, l'administration de traitements sans ticket modérateur, pour les soins tant médicaux que paramédicaux, sont des possibilités à explorer.

Du côté de l'INAMI, les définitions de la nomenclature, les modalités d'application, les forfaits, l'étiquetage des patients ("affection chronique") permettent une granularité plus fine pour guider les patients individuellement.

Les renvois réciproques sont une « perte » pour un établissement dans le cadre d'un financement hospitalier à somme nulle, où le financement supplémentaire dans le B2 au moyen de dispositions par décile favorise les grands hôpitaux avec un plus grand chiffre d'affaires lié à la nomenclature et avec une plus grande gravité des soins déclarés.

Les médecins généralistes et les gynécologues sont les pivots nécessaires dans l'organigramme des soins de santé de ces patients. Selon la loi, les patients ont la liberté de choisir leur médecin. En Belgique, il n'existe pas d'échelonnement structurel des soins.

Un cours sur la « santé de la femme » aurait son utilité durant les études secondaires qui pourraient aborder de nombreuses questions de santé : contraception, grossesse, maladies sexuellement transmissibles, endométriose, entre autres.

Les fiches d'information sur l'endométriose devraient être facilement accessibles, soit sous forme de dépliants pour les patientes, soit sous forme de référence numérique.

## 7.2 Centralisation de l'oncologie de la tête et du cou

Dans l'accord de gouvernement du 30.09.2020, les pouvoirs publics ont fait part de leur intention de centraliser l'expertise autour des soins complexes et des maladies rares tout en garantissant une proximité des soins de base, l'orientation vers les soins complexes et le rétablissement après ceux-ci pour le patient et son environnement. Outre la définition des missions de soins loco- ou suprarégionales, la concentration des fonctions de soins suprarégionales au moyen de la programmation ou de conventions INAMI a été préconisée, les tumeurs de la tête et du cou et les cancers de l'ovaire étant cités en exemple.

Dans le cadre de cette mesure politique, un groupe de travail oncologie tête-cou a été créé. Ses lignes de force ont été communiquées le 21.09.2022 à des experts en la matière et à des membres de la Commission nationale médico-mutualiste.

Ces lignes de force peuvent se subdiviser en : bases, champ d'application, centralisation du diagnostic, centralisation de la thérapie.

La base de cette intention politique est constituée par les rapports 305 et 219 du KCE qui recommandent de centraliser les soins dans des centres de référence afin d'améliorer la qualité des soins et de limiter la dispersion de l'expertise et des connaissances.

Le champ d'application englobe toutes les tumeurs malignes de la région tête-cou à l'exception des tumeurs malignes de la thyroïde et de la parathyroïde et des tumeurs malignes de la peau du visage.

Les tumeurs de la base crânienne sont incluses mais par les tumeurs cérébrales, orbitaires et récurrentes.

En matière de diagnostic « *chaque patient avec une suspicion de cancer de la tête ou du cou devra pouvoir être orienté vers un Centre de Référence dès la phase de diagnostic* ». Les centres de référence assurent :

- *Le diagnostic et la stadification : biopsie, imagerie (PET, IRM,...), anatomie pathologique,...*
- *La concertation multidisciplinaire et le plan de traitement et de post-soins*
- *Le traitement : interventions chirurgicales, radiothérapie et chimiothérapie*
- *Post-soins : corrections dentaires, logopédie, ...*

Le traitement doit ensuite avoir lieu dans un « centre de référence » pourvu d'équipes multidisciplinaires, de soutien médico-technique (radiologie, médecine nucléaire, anatomie pathologique, radiothérapie (IMRT), chimiothérapie (excepté chimiothérapie palliative) et soins bucco-dentaires).

Outre ces critères qualitatifs, il a été suggéré lors de la séance qu'un centre de référence ne peut obtenir cette qualification qu'à partir d'un minimum de 200 nouvelles tumeurs-index par an.

Après une évaluation approfondie de ces propositions, six unions professionnelles (radiologie, anatomo-pathologie, médecine nucléaire, radiothérapie-oncologie, CMF, ORL) ont formulé un avis négatif à l'unanimité, sur la base d'un dossier présentant la situation des pays limitrophes, les preuves disponibles dans la littérature et les lacunes en matière d'organisation des soins dans la présente proposition.

Concernant le diagnostic, aucun dossier du KCE n'a prouvé qu'il est nécessaire de prélever les biopsies de manière centralisée. Aucune preuve en ce sens ne se trouve non plus dans la littérature internationale. Chez nos voisins (Pays-Bas, Allemagne, France, Espagne), le diagnostic n'est pas non plus centralisé. Si c'est le cas comme au Danemark, c'est pour pouvoir respecter des délais stricts :

<i>Time from referral to first visit</i>	<i>Six calendar days</i>
<i>Time from first visit to diagnosis</i>	<i>15 calendar days</i>

<i>Time from diagnosis to start of initial treatment</i>	
<i>Operation</i>	<i>7 calendar days</i>
<i>Radiochemotherapy</i>	<i>11 calendar days</i>

<i>Time from referral to start of initial treatment (KI)</i>	
<i>Operation</i>	<i>28 calendar days</i>
<i>Radiochemotherapy</i>	<i>2 calendar days</i>

Cependant, la proposition belge ne reprend pas le délai qui précède le diagnostic (entre la suspicion d'une lésion et le diagnostic) dans les critères de qualité. À défaut de preuve, l'argument avancé est qu'une équipe d'experts aurait signalé de manière anecdotique que les biopsies sont parfois mal réalisées et doivent être recommencées, que l'imagerie a parfois lieu avant la biopsie, ce qui diminue la valeur du diagnostic par imagerie et les marges de la tumeur ne sont parfois plus reconnaissables après la biopsie, de sorte que la taille de la résection est augmentée pour être certain que tout le tissu tumoral a été enlevé. À l'encontre de cette argumentation anecdotique, il n'est question d'aucun dommage collatéral entraîné par la centralisation du diagnostic. Ceci est lourd de conséquences pour le patient, les hôpitaux concernés et les spécialités médicales impliquées, et de plus, cette affirmation ne repose sur aucune preuve disponible. Les textes sur cet argument anecdotique n'ont pas été partagés.

C'est pourquoi, les six unions professionnelles demandent instamment qu'en matière de diagnostic, le terme « obligation » soit remplacé par « recommandation ».

Concernant la thérapie, l'étude du KCE a démontré qu'une fois le seuil de 20 patients par an atteint, on ne note plus aucune différence significative entre les centres au niveau des indicateurs de qualité

principaux. Ainsi, il existe donc des données et chiffres belges attestant qu'un minimum annuel de 20 nouveaux patients atteints d'un cancer de la tête ou du cou doivent être traités. D'après la littérature internationale, cet optimum passe à environ 100-130 patients par an si l'on tient compte de l'expertise chirurgicale qui doit être présente. Les centres d'expertise aux Pays-Bas sont agréés à partir de 80 nouveaux patients par an et la certification de centre d'oncologie tête-cou en Allemagne requiert 75 nouveaux patients par an sans pour autant interdire aux centres avec moins de patients de dispenser des soins d'oncologie tête-cou. Aux Pays-Bas, les centres de référence traitent un minimum de 200 patients par an, les centres d'expertise un minimum de 80 patients par an et, en outre, il existe des centres de radiothérapie partenaires préférentiels qui traitent un minimum de 50 patients par an. Ces centres doivent avoir établi un partenariat avec un centre de référence. Aux Pays-Bas, la radiochimiothérapie est dispensée dans les centres de référence.

La discussion n'a pas encore cristallisé et le consensus n'a pas encore été atteint. Pour cela, les données anecdotiques doivent, soit être objectivées ou étayées par des preuves, soit évoluer vers des positions fondées sur des preuves ou sur les connaissances de terrain des six unions professionnelles concernées. L'accord de gouvernement du 30.09.2020 était aussi clair à cet égard : « *Ces réformes seront menées avec le souci d'améliorer la gouvernance du secteur des soins de santé en veillant à ce que les politiques de santé soient menées en fonction des objectifs de santé publique à atteindre, qu'elles soient plus cohérentes entre elles et que les processus décisionnels soient basés sur « l'evidence-based medicine »* ». Une concentration de soins thérapeutiques n'est pas remise en question.

### 7.3 Le portfolio du médecin spécialiste

## Portfolio du Médecin spécialiste

### Recommandations du GBS à l'intention de ses membres

L'art. 8 de la Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé stipule ce qui suit : « *Le professionnel dispense uniquement des soins de santé pour lesquels il dispose de la compétence et de l'expérience nécessaires démontrables. Le professionnel des soins de santé tient à jour un **portfolio** contenant les données nécessaires, de préférence sous forme électronique et démontrant qu'il dispose des compétences et de l'expérience nécessaires.* »

Dans la loi du 22 avril 2019, le mot portfolio est cité aux art. 8, 21 et 52.

À l'art. 21, on lit : « *Le médecin, l'infirmier, le dentiste, la sage-femme, le pharmacien, le kinésithérapeute, le psychologue clinique, et l'orthopédagogue clinique, doivent lorsqu'une permanence est organisée, pour leur profession, y participer et le mentionner dans leur **portfolio**.* »

L'art 52 stipule ce qui suit : « *En vue de l'exercice du contrôle, les inspecteurs ont accès aux locaux où les professionnels des soins de santé dispensent des soins de santé. Ils peuvent se faire communiquer tous les renseignements nécessaires à ce contrôle et 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** visé à l'article 8 du professionnel des soins de santé.* »

Le portfolio contient donc les documents nécessaires à l'exercice de la spécialité, (diplôme, agrément de médecin spécialiste et titres professionnels particuliers, inscription à l'Ordre des médecins), les compétences acquises (formations, trainings), et la preuve de l'expérience nécessaire.

— le "portail" pour les professionnels de la santé: ce projet ne figure pas dans la loi qualité, mais comprend un service supplémentaire qui sera développé pour réduire la charge administrative des professionnels de la santé. Le portail doit permettre de mettre à la disposition des différents prestataires de soins toutes les données dont disposent déjà les autorités. La possibilité sera également prévue d'adapter des éléments ou de télécharger des fichiers soi-même. Le portail englobe ainsi plusieurs projets de la loi qualité, dont le registre des pratiques et le portfolio;

— het "portaal" voor de gezondheidszorgbeoefenaars: dit project is niet ingeschreven in de kwaliteitswet, maar omvat een extra dienst die zal worden ontwikkeld om de administratieve last voor de gezondheidszorgbeoefenaars te beperken. Dankzij het portaal moeten alle gegevens waarover de overheid al beschikt, ter beschikking kunnen worden gesteld van de verschillende zorgverleners. Er zal ook een mogelijkheid worden voorzien om zaken aan te passen of zelf bestanden op te laden. Het portaal overkoepelt daarmee meerdere projecten binnen de kwaliteitswet, waaronder het register van praktijken en het portfolio;

Déclaration de septembre 2021 du ministre Frank Vandenbroucke au Parlement.

Le ministre a créé un portail électronique sur le site du SPF Santé : ce portail individuel est un moyen de communication des documents officiels à l'autorité de santé. Ce portail est tenu à jour par et pour le professionnel des soins de santé (PSS).

L'article 52 ajoute que le portfolio est utilisé pour l'exercice du contrôle par les inspecteurs de la Commission de Contrôle. Cette Commission de Contrôle peut demander au PSS les preuves que le PSS a acquis les compétences et la pratique nécessaires pour soigner correctement et en toute sécurité ses patients.

Le GBS a établi plusieurs documents concernant le portfolio. Il considère que le portail doit contenir les documents officiels et nécessaires à la pratique. Il conseille, par respect de la vie privée, de tenir à jour un portfolio électronique personnel qui rende compte de l'expérience professionnelle, à l'exemple d'un curriculum vitae étoffé et complet. Il doit contenir les preuves des participations aux gardes, des formations suivies, de l'accréditation et de la formation continue. Tout processus de qualité sera le bienvenu dans le portfolio.

## 8 Réformes et financement des hôpitaux

### 8.1 Réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux

#### 8.1.1 Note politique du ministre Vandebroucke – 28.01.2022



Vice-eersteminister  
en minister van Sociale Zaken  
en Volksgezondheid  
Frank Vandebroucke

### RÉFORME DE L'ORGANISATION ET DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX

**Ministre Frank Vandebroucke**

**28 janvier 2022**

Préambule :

1. Promotion de la quantité mais pas de la qualité
2. Conflit entre les médecins et les gestionnaires d'hôpitaux
3. Pas de protection des patients contre les factures élevées
4. Complexité et manque de transparence

Solutions proposées par le ministre :

Financement des médecins et hôpitaux :

1. Collaboration entre hôpitaux et non concurrence
  - a. 23 réseaux hospitaliers actuellement reconnus par les entités fédérées
  - b. Concentration et organisation des supports par réseau et pas par hôpital
  - c. Soins loco-régionaux proposés par réseau et non par hôpital
  - d. Concentration des soins supra-régionaux dans des centres de référence
2. Financement adapté des hôpitaux et des médecins
  - a. Financement des hôpitaux par somme forfaitaire fixe par pathologie (p. ex. appendicite, crise cardiaque)
  - b. Financement forfaitaire prospectif all in sauf honoraires médicaux.
  - c. Les honoraires des médecins seront divisés en une partie frais de fonctionnement et une partie rémunération professionnelle.
  - d. Financements intégrés facilités par la distinction entre soins hospitaliers et non-hospitaliers
3. Pas de séjours inutiles à l'hôpital
  - a. Promotion de l'hôpital de jour
4. Pas de différences injustifiables entre les honoraires des différentes spécialités
  - a. Nouvelle nomenclature
  - b. Rémunération sur la base de la durée de la prestation, de l'expertise requise et du risque associé.

5. Promotion de la qualité
  - a. Antibiothérapie
  - b. Infections nosocomiales

#### Protection des patients contre les factures excessives

1. Origine des factures excessives : suppléments des chambres individuelles
2. Les médecins et les hôpitaux déclarent qu'ils ont besoin de ces suppléments. C'est partiellement faux, vu le mode de financement identique des hôpitaux et la différence entre les suppléments demandés.
3. Frein en 2022 et diminution avec plafonnement dès 2024
4. Devis des soins

#### Planning :

1. Bases de la réforme du financement et des honoraires des médecins en 2022, 2023, 2024
2. 2022 et 2023 : biologie clinique, imagerie médicale, hospitalisation de jour et financement de la qualité
3. Suppléments : gel immédiat en 2022 et plafonnement en 2024

#### Résumé et questions pour le GBS :

1. Forfaitarisation du paiement des hôpitaux : paiement forfaitaire, all in, par pathologie
  - a. Importance des DRG
  - b. Lié à l'activité médicale
2. Réorganisation du paysage hospitalier avec des centres loco-régionaux de proximité offrant des soins de base au sein de l'organisation d'un réseau et non plus d'un hôpital
  - a. Quid des transferts d'activité (et de médecins) entre les hôpitaux d'un même réseau ?
  - b. La délocalisation d'une activité d'un hôpital vers un autre et donc le déplacement des médecins demandera une uniformisation des statuts de ces médecins. A défaut, il y aura des conflits entre médecins.
  - c. Quid du financement de l'hôpital qui est lié aux APR DRG, si on délocalise et regroupe certaines activités médicales ?
  - d. Les gestionnaires et médecins vont essayer de conserver leur financement ou de l'améliorer. Ces regroupements suivront-ils une logique de soins aux patients ou une logique budgétaire ?
3. Concentration des soins complexes
  - a. Concentration en fonction du nombre de cas
  - b. Problème des hôpitaux universitaires. Ils sont à la fois hôpital de proximité, hôpital de soins plus compliqués (centre de référence) et hôpital des soins complexes et rares (centre tertiaire). Quel sera le poids de ce type d'hôpitaux dans le réseau, et quelle place est laissée aux autres hôpitaux ?
  - c. Dans cette logique de concentration des soins complexes dans certains hôpitaux, on risque d'exclure ou de diminuer l'expertise dans les autres hôpitaux. Comme le patient dispose du libre accès aux soins, il risque délaissé ces autres hôpitaux à l'avantage du centre spécialisé.
4. Rémunération des médecins plus équitables selon la durée, la complexité et l'expertise
  - a. Travail de longue haleine
  - b. Difficile de définir les critères de comparaison entre les actes des différentes spécialités en termes de complexité et de risque
  - c. Risque de conflits entre les spécialités pour la valorisation financière des actes de la nomenclature
5. Honoraire médical avec frais de fonctionnement et rémunération professionnelle

- a. Les médecins recevront-ils un honoraire pur ou le gestionnaire fera-t-il appel à l'aide des médecins pour sauver les finances de son hôpital et éviter la faillite ?
- b. Y aura-t-il une plus forte forfaitarisation de l'activité des médecins hospitaliers avec le développement du système des honoraires à basse variabilité ?
- c. Comment rémunérer le médecin dans le cadre des soins intégrés ?

### 8.1.2 Investir dans nos soins de santé – Conférence de presse de Frank Vandebroucke 01.06.2022

## **Investir dans nos soins de santé : accord social mis en œuvre, préparons l'avenir dès maintenant**

**Conférence de presse de Frank Vandebroucke  
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique  
mercredi 1er juin 2022**

Le ministre Frank Vandebroucke est très heureux d'annoncer les efforts que le gouvernement va entreprendre pour valoriser les professions de soins de santé (PSS). Il tient à les remercier pour leur travail intensif durant la pandémie de COVID en 2020 et 2021.

Cinq points ont été développés durant sa conférence de presse et dans son communiqué officiel dont le titre est repris au début de cet article. En résumé :

1. Effort budgétaire historique pour les soins de santé (SS)
  - a. Augmentation annuelle des dépenses dans nos soins de santé fédéraux de 1,5% à 2,5%
  - b. Montant de 6,1 milliards soit une croissance de 23,1 % de 2019 à 2022
  - c. « À partir du 1<sup>er</sup> juin les honoraires de tous les prestataires de soins indépendants (à l'exception des kinésithérapeutes), seront augmentés de 2% ». (NDLR : c'est une partie de l'index santé qui devrait être accordée en 2023 et qui a déjà été accordée en 2022)
2. Investissements dans le personnel soignant car demande de soins accrue
  - a. Fonds Blouses blanches : 402 millions d'euros
  - b. Promotion des professions de soignants #ChoisisLesSoins :
    - i. Formation d'aide-soignant ou d'infirmier
    - ii. Rémunération durant la formation si reconversion
    - iii. En 2021 : 446 ont suivi une formation certifiante.  
En 2022 : 478 ont suivi une formation certifiante.
3. Accord social : 600 millions d'euros
  - a. 100 millions pour l'amélioration des conditions de travail (point 5) et le bien-être général
    - i. Deux jours de congé pour raisons impérieuses avec maintien du salaire
    - ii. Renforcement du personnel des ressources humaines (RH) pour la formation, la réorientation des carrières, la combinaison vie professionnelle- vie privée
  - b. Accord social IFIC : RÉMUNÉRATION en fonction de la TÂCHE et pas du DIPLÔME
    - i. « Ainsi un infirmier A2 sans qualification professionnelle particulière avec 5 ans d'ancienneté peut bénéficier de 15 % en plus ».



- ii. Prime de fin d'année de 400 euros brut pour les ETP
- 4. 45 millions pour valoriser le travail des infirmiers spécialisés :
  - a. Les services d'urgences et de soins intensifs (SI) assurés par des infirmiers spécialisés ont souffert durant les épidémies de COVID.
  - b. Valorisation des services d'urgences et de SI
  - c. 2 500 euros brut, sur base annuelle par équivalent temps plein, dans un SERVICE HOSPITALIER AGRÉÉ, avec un titre professionnel particulier
  - d. 833 euros brut pour les infirmiers spécialisés avec une qualification professionnelle particulière agréée
- 5. Agenda de l'avenir pour le personnel soignant :
  - a. Pour la prochaine législature
  - b. Réponse aux défis de demain
    - i. Augmentation du nombre de personnes dépendantes
    - ii. Le patient plus assertif veut des informations et a droit à une participation dans le processus de soins.
    - iii. Défi des nouvelles technologies
    - iv. Équilibre entre vie professionnelle et vie privée
    - v. **« Les fonctions et tâches de soins sont encore trop organisées sur base des diplômes obtenus, et trop peu en fonction des compétences et de la motivation ».**

#### Commentaires :

1. Si l'argent ne fait pas le bonheur, il ne suffit certainement pas pour faire le bonheur des professionnels des SS. En revanche, l'argent permet d'acheter le silence et de contenir les revendications des infirmiers comme par exemple pour les problèmes suivants :
  - a. Adéquation entre les normes d'agrément et la charge de travail et application sur le terrain
  - b. Coût de la digitalisation et rentabilité à l'hôpital et en dehors. Financement des prestations : par les seuls honoraires en dehors de l'hôpital et par le BMF à l'hôpital
  - c. Équilibre entre vie privée et vie professionnelle
  - d. Manque de respect et de reconnaissance de la part des patients, des autres soignants et de la société. Par exemple : applaudissements de la population lors de la pandémie mais menaces ou exclusions des soignants qui rentraient dans leur quartier ou appartement...
  - e. Société de consommation pour la facilité et le confort. Pourquoi travailler dans le secteur des soins de santé quand on peut gagner sa vie et survivre « sans efforts ».
2. Classification IFIC
  - a. Les études d'infirmiers sont passées de 4 à 5 ans. En Flandre, l'ambassadrice des soins souhaitait des études qui permettent de former des infirmiers polyvalents capables de flexibilité professionnelle. Les titres particuliers seraient en ce sens obsolètes. Il est question de compétences.
  - b. La « tâche » prime sur le diplôme ou le titre professionnel. Le soignant est payé tout à fait légalement et équitablement en fonction du travail accompli.
  - c. La conclusion du communiqué de presse insiste sur la nécessité d'organiser les soins en fonction des compétences et de la motivation (point 5).
3. Paradoxe des titres professionnels et formations agréés
  - a. Le ministre reconnaît les titres professionnels, hors IFIC, et les rémunère au moyen de primes.
  - b. Les infirmiers souhaitent maintenir les titres professionnels et les différences de rémunération.

- c. La réalité des agréments des services, des fonctions de soins, ou des qualifications professionnelles, comme l’infirmier oncologique, en oncologie pédiatrique, gériatrique...ou pour des fonctions comme le diabète, augmente la qualité mais compliquent le fonctionnement des soins par manque de main d’œuvre.

#### Conclusions :

1. Le ministre parle d’un effort budgétaire historique pour les soins de santé. Il est certes historique après deux années de dysfonctionnement du système des SS dû à la pandémie de COVID 19.
2. Les avances de 2% sont des avances sur l’indexation de 2023 et permettent d’affronter la crise actuelle (inflation et coût de l’énergie).
3. La crise dans les professions des SS est réelle et profonde et ne se résoudra pas avec des efforts budgétaires et des primes.
4. Le malaise est lié à la définition des compétences et au paradigme des soins. On passe des soins au bien-être de la population (et des patients individuels). Le ministre change de paradigme. Il tient compte de la motivation et de la compétence ; du système et de son financement ; d’une culture, de la société et des droits des patients.

L’effort budgétaire est historique parce qu’il survient après une pandémie et au sein d’une organisation des soins de santé où de nouvelles valeurs comme compétences et efficience remplacent les valeurs acquises. Les formations sont en réorganisation, la médecine se collectivise et le budget s’adapte. Quels sont le rôle et la place de l’infirmier, de la sage-femme, du pharmacien et du médecin ?

Et quel est le rôle des technologues de la santé ? À force de créer des spécialisations, on diminue encore le nombre d’ETP dans les soins et on crée de nouvelles « répartitions » des soins en diminuant la qualité des soins et de la formation requise. Comment susciter des « vocations » dans les professions des soins de santé ? Telle est la question.

### 8.1.3 Vers un New Deal pour le (cabinet de) médecin généraliste – 17.06.2022



Cabinet du vice-premier ministre  
et ministre des Affaires sociales  
et de la Santé publique

Frank Vandenbroucke

---

## Vers un New Deal pour le (cabinet de) médecin généraliste

Ministre Frank Vandenbroucke, le 17 juin 2022

---

Le fil rouge de la politique de santé du ministre Frank Vandenbroucke est constitué de 5 *aims* ou objectifs. Aux pages 19 à 21 de son livre « Goed Ziek - Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken »<sup>10</sup> Ri De Ridder développe le quadruple *aim* auquel s'ajoute le bien-être des soignants. En lisant le livre, on découvre un texte très proche de la note du ministre. Il est question de suppression ou de forte réduction des prestations à l'acte et de forfaitarisation, de soins intégrés, d'efficacité, de soins appropriés et multidisciplinaires avec les infirmiers, les pharmaciens et les pédiatres dans certains cas. L'auteur présente les *buurtteams* qui comprennent plusieurs *zorgteams*. Ces *buurtteams* se composent de médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, dentistes, gynécologues, assistants sociaux, pharmaciens, aides à domicile... Les services offerts par ces *teams* de voisinage vont de la médecine préventive, aux soins médicaux, à l'accompagnement (médical) des grossesses, au travail social, aux soins palliatifs, etc...Le paradigme change. On ne soigne plus des maladies (chroniques), mais le bien-être de la population.

5 *aims* de la note du ministre Vandenbroucke<sup>11</sup> :

1. « *La santé de la population, étant entendu que la santé est comprise au sens large et n'est pas réduite au seul bien-être physique ;*
2. *La qualité des soins, telle qu'elle est perçue par les personnes ayant des besoins de soins et d'aide, en accordant suffisamment d'importance à leur participation, dans le but ultime de réaliser autant que possible les objectifs de vie de la personne ;*
3. *Le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire un rapport favorable entre les ressources affectées et les valeurs réalisées. Les valeurs ne sont pas comprises ici dans un sens économique limité, mais incluent également l'épanouissement individuel et la cohésion sociale ;*
4. *L'équité et l'inclusion dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas uniquement sur le plan financier) et à l'intégration de différentes formes de diversité. L'équité suppose aussi que les plus lourdes charges pèsent sur les épaules les plus solides dans le financement des soins de santé ;*
5. *Le bien-être des professionnels de la santé, en accordant une attention particulière à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, à une politique de formation et de rétention et à l'intégration dans le système de soins de santé ; »*

Le ministre met l'accent sur le confort et la qualité de vie des patients (p/point ? 3) pour des maladies chroniques qu'on ne peut pas guérir, et sur les soins intégrés, multidisciplinaires et digitalisés.

Les soins intégrés exigent un renforcement des soins de santé primaires, un rapport tangible entre le bien-être du patient et les soins de santé et des liens entre les soins individuels et les soins communautaires.

La COVID-19 a donné au médecin généraliste de nouvelles missions qui l'amènent à intervenir dans la gestion de la population, les choix des priorités vaccinales, l'information, le triage, le tracing, le dépistage, la vaccination, et la consultation en ligne. Fort de cette expérience, le ministre en fait bon usage et recadre la mission du médecin généraliste qui devient gestionnaire de la prévention et de la communication au patient, et gestionnaire local de la santé publique. Dès lors, il définit un nouveau paradigme pour l'offre de soins au 21<sup>e</sup> siècle. Pour ce faire, il mise sur l'évolution numérique (téléconsultation etc..), un bon équilibre vie professionnelle-vie privée pour les professionnels de la santé, en y incluant une politique de formation et une intégration des soins de santé. À cette fin, il faut une répartition géographique équitable des ressources humaines, médecins généralistes et non-médecins. En page 4 de sa note, il définit les 5 piliers de la médecine générale :

« *Dans le cadre de mes compétences, je concentre mon action sur cinq axes (qui interfèrent entre eux).*

---

<sup>10</sup> Ri De Ridder: *Goed Ziek - Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken*. Van Halewyck, kalmthout, België; 2019 : pages 122-125.

<sup>11</sup> Vers un New deal pour (le cabinet de médecin généraliste. Ministre Frank Vandenbroucke ; note du 17 juin 2022 ; page 2.

1. Veiller à un nombre suffisant et à une bonne répartition des (cabinets de) médecins généralistes
2. Réduire les formalités administratives inutiles
3. Améliorer l'accessibilité pour les patients
4. Mettre l'accent sur un bon modèle organisationnel qui permet au (cabinet de) médecin généraliste de prendre en charge davantage de personnes. Une organisation avec une délégation de tâches et un soutien, y compris pour les soins non planifiables en dehors des heures de travail classiques
5. Élaborer un modèle de financement équilibré permettant de mieux prendre en compte la disponibilité, la coopération intradisciplinaire et interdisciplinaire, la continuité des soins, la qualité, la prévention et l'autonomisation. »

La répartition géographique doit être équilibrée et les entités fédérées y jouent un rôle important, avec les commissions de planification et les subsides à l'installation. La réduction des formalités administratives passe par les médicaments avec autorisation (ch. IV et VIII), les billets d'absence de 24h pour maladie, le caractère répétitif de certaines demandes remplacé par le *only once*. L'accessibilité est favorisée par le tiers payant généralisé (80% en 2022) et le conventionnement à 93,7% des médecins généralistes. Un autre axe se développe : le DMG des enfants et des jeunes adultes qui bénéficient d'un tarif préférentiel, ce qui permet un meilleur financement. Un budget de 5,5 millions d'euros est consacré à ce DMG. Plus loin, dans le chapitre sur le DPI (Dossier Patient Informatisé), le ministre insiste sur la nécessité d'un dossier (accessible) tout au long de la vie, grâce au BIHR, (*Belgian Integrated Health Record*).

« La poursuite de la digitalisation permettra également une plus grande simplicité administrative. Nous soutenons les médecins généralistes dans ce cadre par une prime annuelle de pratique intégrée qui peut atteindre 6000 euros. Beaucoup d'efforts ont été et sont encore consacrés aux prescriptions (de médicaments) électroniques, aux attestations électroniques, à la facturation numérique et au dossier du patient informatisé (DPI) sécurisé. »

Dossier médical global :

<b>Global Medical Record - 2019. Source AIM</b>	
	<b>2019</b>
<b>Dossier médical global - moyenne nationale</b>	<b>77,9%</b>
<b>Dossier médical global 0-4 ans</b>	<b>60,9%</b>
<b>Dossier médical global 5-14 ans</b>	<b>70,1%</b>
<b>Dossier médical global 15-24 ans</b>	<b>73,9%</b>
<b>Dossier médical global 25-44 ans</b>	<b>74,4%</b>
<b>Dossier médical global 45-64 ans</b>	<b>81,4%</b>
<b>Dossier médical global 65-74 ans</b>	<b>87,3%</b>
<b>Dossier médical global + de 75 ans</b>	<b>90,4%</b>

Le ministre propose : « de bons soins au bon endroit par la bonne personne » (page 7 de la note). Un tiers des tâches du médecin généraliste pourraient être déléguées :

- à des collaborateurs administratifs (agenda, accueil, administration)
- à des infirmiers (vaccination, soins aux patients chroniques)
- à de nouveaux profils (assistants de pratique)
- à d'autres prestataires (psychologues, pharmaciens)

Le financement est prévu dans l'accord médico-mut de 2022-23. Pour qui ?... Les assistants de pratique ou les infirmiers ?

Concernant les psychologues, il existe une convention sur les soins psychologiques de la première ligne :

- pour la population générale
- pour le médecin généraliste (aide en consultation, aide pour la détection des signes de problèmes psychiques)

Coopération avec d'autres soignants : projets transversaux : 50 millions d'euros

- prévention secondaire et tertiaire
- soins à domicile
  - o cancer
  - o antibiothérapie de longue durée

Innovations technologiques : 9,5 millions d'euros (téléconsultation, vidéo...)

- Consultation à distance : groupe de travail : Prs Ann Van der Bruel et Jean-Luc Belche
  - o Dossier médical intégré multidisciplinaire
  - o Accès par le biais du BIHR au DPI pour tous les prestataires de soins.
    - Soins axés sur la personne
    - Soins axés sur des objectifs
    - PATIENT : soins à titre individuel
      - Vision holistique
      - Choix personnels du patient pour
        - o Soins
        - o Santé
        - o Bien-être
    - POPULATION :
      - Plan politique
      - Plan économique
      - Plan social
      - Plan écologique

Bonne organisation des soins non planifiables (urgences et 1733) :

- Postes de gardes en médecine générale
  - o Soutien financier pour les postes de garde
  - o Nouvelle phase de collaboration entre les postes de garde
    - Continuité des soins aux patients
    - Partage des charges entre médecins généralistes
- Plateforme d'accompagnement sous la présidence de Frank Lippens

**FINANCEMENT de la médecine générale (page 11 de la note) :**

*« J'ai la conviction que nous devons encore nous éloigner des « soins financés par prestation » (fee for service). Nous conservons une partie du financement à la prestation, mais nous devons réduire la pression sur les généralistes qui les pousse à réaliser à tout prix un certain volume. Nous devons évoluer vers un financement plus intégré des soins. La question fondamentale doit être : quels soins le cabinet*

*de médecine générale doit-il pouvoir garantir, quels sont les moyens nécessaires à cet effet et comment en assurer un financement stable ? »*

*« C'est également l'une des conclusions du groupe de réflexion Van den Bruel-Belche, à savoir qu'il faut un modèle de financement global et adapté, pour les téléconsultations mais aussi pour les consultations sur place, en privilégiant la piste « un paiement forfaitaire des téléconsultations et des consultations sur place avec un petit paiement par prestation pour les deux modalités ».*

#### **Recommandations pour le financement de la médecine générale :**

- Financement stimulant
- Garantir accessibilité
- Assurer la continuité des soins et la disponibilité
- Rémunération correcte pour les consultations et en post-consultations
- Permettre une délégation de tâches
- Incitants pour la prévention, gestion de la population, coopération multidisciplinaire, qualité, disponibilité
- Éviter la sur- et sous-consommation
- Viser une simplification administrative

#### **Questions du ministre aux professionnels des soins de santé (pages 12-13 de la note) :**

*« J'attends du groupe de réflexion qu'il réponde aux quatre questions suivantes :*

1. *Qu'attend-on d'un cabinet de première ligne ? Quel paquet de soins un (cabinet) de médecin généraliste doit-il offrir sur la base d'une responsabilité définie pour des soins de médecins générale fondés sur des données probantes ?*
2. *Quels profils doivent être présents au sein du cabinet, y compris les profils de soutien ?*
3. *Comment la relation avec le patient doit-elle être développée ?*
4. *Quel modèle de financement alternatif et mixte faut-il y greffer ? Comment faire en sorte que ce modèle de financement offre un bon équilibre entre la liberté (afin que par exemple, les médecins généralistes puissent faire appel à du personnel de soutien aux soins) et la responsabilité du paquet de soins ? Comment faire en sorte que ce modèle de financement renforce à la fois le niveau micro et le niveau méso (niveau locorégional, gestion de la population, etc.) ? »*

#### **Conclusion du ministre (page 12) :**

*« Nous nous trouvons face à un défi immense, mais extrêmement passionnant, à savoir renforcer une première ligne, en accordant une attention particulière aux médecins généralistes, qui soit moins axée sur la « guérison » de maladies qui, par définition, ne sont pas guérissables, et qui réussisse beaucoup mieux à fournir des soins adaptés aux besoins des personnes pour avoir la meilleure qualité de vie possible.*

*Les médecins généralistes constituent un premier maillon, et donc un maillon crucial, de ce processus. Un maillon qui fournit lui-même des soins, mais qui est aussi entouré d'autres personnes : psychologues, infirmiers ou kinésithérapeutes, mais aussi des personnes qui vous aident pour l'administration. Je suis fermement convaincu que nous devons évoluer vers de telles pratiques intégrées de médecine générale.*

*Nous avons besoin d'un New Deal pour les médecins généralistes qui ne se limite pas à la question de savoir comment nous pouvons mieux soutenir les médecins généralistes, notamment en collaborant avec d'autres prestataires de soins ou fonctions de soutien des soins, mais qui examine aussi comment leur modèle de financement peut mieux prendre en compte la disponibilité, la collaboration, la continuité des soins, la prévention et l'autonomisation. »*

#### **Commentaires concernant ce nouveau paradigme de la médecine générale et de son financement**

1. Le médecin généraliste devient le régisseur de la santé publique et individuelle
2. Grâce à la multidisciplinarité, il délègue avec la subsidiarité nécessaire ses missions à des infirmiers (vaccination et malades chroniques), à des pharmaciens (médicaments et vaccins), à des psychologues (burn-out ...).
3. Le financement à l'acte devient secondaire par rapport à un financement forfaitaire pour les rôles des médecins en prévention et santé publique
4. La médecine générale est le premier maillon d'une chaîne de soins « intégrés ». La multidisciplinarité est pour la première ligne avec les infirmiers, les kinésithérapeutes, les pharmaciens...
5. Les *buurtteams* et *zorgteams* de Ri De Ridder ne se retrouvent pas dans le texte du ministre. On peut supposer que les *buurtteams* qui incluent des gynécologues et des pédiatres, ne sont pas acceptables pour certains médecins généralistes.
6. *In fine*, le médecin généraliste s'occupe du bien-être de « sa » population pour laquelle il accomplit la mission de coordinateur de soins, de communicateur, de scientifique, qui recherche le bien-être de son patient et son bien-être personnel. Les soins des malades chroniques sont supervisés par des infirmiers ; les problèmes sociaux par les assistants sociaux ; la gestion des médicaments par les pharmaciens ; le suivi des grossesses par les sage-femmes.
7. Développement du DMG pour l'enfant et le nourrisson.
8. Les postes de garde et le 1733 se développeront. Afin de mieux répartir la lourdeur de la garde, les postes de garde collaboreront ensemble.

#### Points communs avec les spécialistes

1. Volonté de diminuer le financement par les actes (nomenclature) et de le remplacer par un forfait qui couvre un panier d'actes ou de frais.
2. Développement de la notion de soins intégrés.
3. Recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée.
4. Respect de la directive sur le temps de travail.
5. Recherche d'un DPI accessible aux professionnels des soins de santé.
6. Recherche des soins efficaces.
7. Saturation actuelle des services d'urgence.

#### Points de rupture entre la *new deal* de la médecine générale et la médecine spécialisée

1. Exclusion de la médecine spécialisée de la première ligne.
2. Absence de la moindre considération pour la médecine hospitalière extramurale.
3. Rejet par certains médecins généralistes des projets d'antibiothérapie de long cours au domicile et de l'oncologie *at home* (c'est le rôle des groupes de travail des soins transmuraux).
4. Financement des soins intégrés et rôle de l'hôpital dans ce financement.

## 8.2 MAHA-analyse 2022

### Analyse MAHA 2022

Le secteur hospitalier reste fortement fragilisé, même après la fin de la crise sanitaire.  
Chiffres de 2021 et premier aperçu pour 2022

Belfius, 16/11/2022

Résumé :

D'emblée, quatre constats s'imposent pour 2022 :

1. Coût des factures d'énergie
2. Coûts salariaux avec les indexations
3. Coûts dans le secteur de la construction
4. Hausse des taux d'intérêt

L'analyse porte cependant sur l'exercice 2021, une année impactée par la COVID 19. Devant les difficultés financières des hôpitaux et la très faible marge, la présentation à la presse du rapport MAHA 2021 donne un avant-goût de 2022. La situation est dramatique.

Au même moment, le ministre Frank Vandenbroucke a envoyé à la presse un communiqué concernant l'étude MAHA, qui conclut, curieusement, que les mesures doivent maintenir les objectifs de nos hôpitaux (ci-après). Il oriente/renvoie le problème du financement des hôpitaux vers la surconsommation, les suppléments, et la concurrence qu'il veut transformer en coopération. Le ministre poursuit ses objectifs politiques comme la résolution des problèmes des suppléments et de la surconsommation. Nous pouvons en être étonnés dans ce débat concernant la survie financière de nos hôpitaux !

*« Et ce, en gardant à l'esprit quatre objectifs pour nos hôpitaux : (1) moins inciter à la surconsommation et plus mettre l'accent sur la santé ; (2) moins de complexité et plus de transparence ; (3) moins de conflits, moins de concurrence et plus de coopération ; (4) moins de suppléments et plus de sécurité tarifaire. »*

(Extrait du discours « Financement du secteur hospitalier » du ministre Frank Vandenbroucke lors de la présentation de l'étude MAHA. Document envoyé à la presse.

1. Les hôpitaux n'ont toujours pas retrouvé **le niveau d'activité** prévalant avant la crise sanitaire
  - a. En 2020, la crise de COVID-19 avec la fermeture des hôpitaux aux soins non urgents a fait diminuer de 18,2% les admissions classiques et de jour.
  - b. En 2021, la diminution est de 9,3% (année de référence 2019).  
En 2022, pour le premier semestre, la diminution est de 8,6%
  - c. En 2021, pour les hospitalisations classiques, diminution de 15% dans 16 hôpitaux ;  
**AUGMENTATION dans 2 hôpitaux ?**
  - d. Diminution du taux d'occupation des lits agréés : 72,1 en 2019, 64,7 en 2021.
  - e. Diminution de la durée de séjour : 5,3 en 2019, 5,1 en 2021
  - f. Augmentation des hospitalisations de jour (NON CHIRURGICALES) : 7,1% en 2021, 8,6% en 2022
2. **Chiffre d'affaires 2021 : une année de transition**
  - a. En 2020, avances de trésorerie de 2 milliards, sinon faillite quasi générale
  - b. Chiffre d'affaires (CA) en 2021 : croissance de 9,8% p/r 2019
  - c. Augmentation du BMF de 12%
    - i. Fonds des blouses blanches
    - ii. Augmentation du nombre de soignants auprès des patients
  - d. IFIC
  - e. 2 indexations salariales entre 2019 et 4 en 2021 (calculées en 2021 dans le BMF) et 1 en 2023
  - f. Produits pharmaceutiques +11,2%
  - g. Honoraires médicaux + 8%
  - h. Forfaits INAMI + 8,1%
3. Coûts d'exploitation (34% du CA)
  - a. Progression de 10% p/r 2019
  - b. Frais d'achat : + 14% (soit une masse de 25,6% du chiffre d'affaires)
    - i. Produits pharmaceutiques + 11,1%
    - ii. Produits médicaux + 31% (y compris, masques et tests...)
4. Rétrocession des honoraires : + 5,9% p/r 2019 (n.b. en 2020 - 6,2%)
5. Rémunération du personnel (41,5% du CA)
  - a. Progression de 8,8% p/r 2019
  - b. Dont 5,9% coût salarial moyen (2 indexations)
  - c. Dont 2,9% croissance en ETP (+ 2,995)



6. EMPLOI dans le secteur hospitalier
    - a. Direct : 104 917 ETP
    - b. Indirect (intérimaires, services externes...) : +/-1000
      - i. Recours aux intérimaires + 75%
      - ii. Taux d'absentéisme 10% (Belgique 6,13%)
      - iii. Taux d'absentéisme de longue durée : 6,1% (Belgique 3,24%)
    - c. Pourcentage d'emplois vacants : 4,5%/total du personnel soit 4690 ETP et une augmentation de 36% p/r 2019
    - d. FERMETURES d'unités de soins par manque de personnel
  7. RÉSULTAT 2021 :
    - a. Résultat d'exploitation : en % du CA : 0,73% ou 131 mio EUR
    - b. Résultat courant : en % du CA : 0,71% ou 127 mio EUR
    - c. Résultat de l'exercice : en % du CA : 1,14% ou 251 mio EUR
    - d. Résultats fragiles car aide 129 mio du fédéral
      - i. Déficit courant sans aide fédéral 44 hôpitaux en difficulté
      - ii. Déficit courant avec aide fédérale 24 hôpitaux en difficulté
  8. Bilan agrégé pour 2021 : 22,3 MILLIARDS : + 6,1% /2019
    - a. Fonds propres : 24,2% (Bilan global) : + 23,6% / 2019
      - i. 29 hôpitaux soit 34% : fonds propres < 20% (norme)
    - b. Taux endettement financier : 31,7% du bilan (35,8% en 2019)
      - i. Diminution des investissements bruts
      - ii. 2021 : 856 mio investissements
        1. -25,8 % / 2019
        2. -40% /2018
    - c. Taux d'endettement > 40 % pour 20 hôpitaux soit 23%
    - d. Cash-flow insuffisant pour les dettes de l'année : 13 hôpitaux ou 15%
- 

#### EXERCICE 2022 :

##### Coûts des biens :

1. Inflation, responsable d'une forte augmentation des coûts salariaux
2. Envolée des prix des consommables des biens et services divers
3. Prix des matériaux de construction

##### Coûts de l'énergie :

1. Augmentation prévue de 61%

##### Coûts des ressources humaines

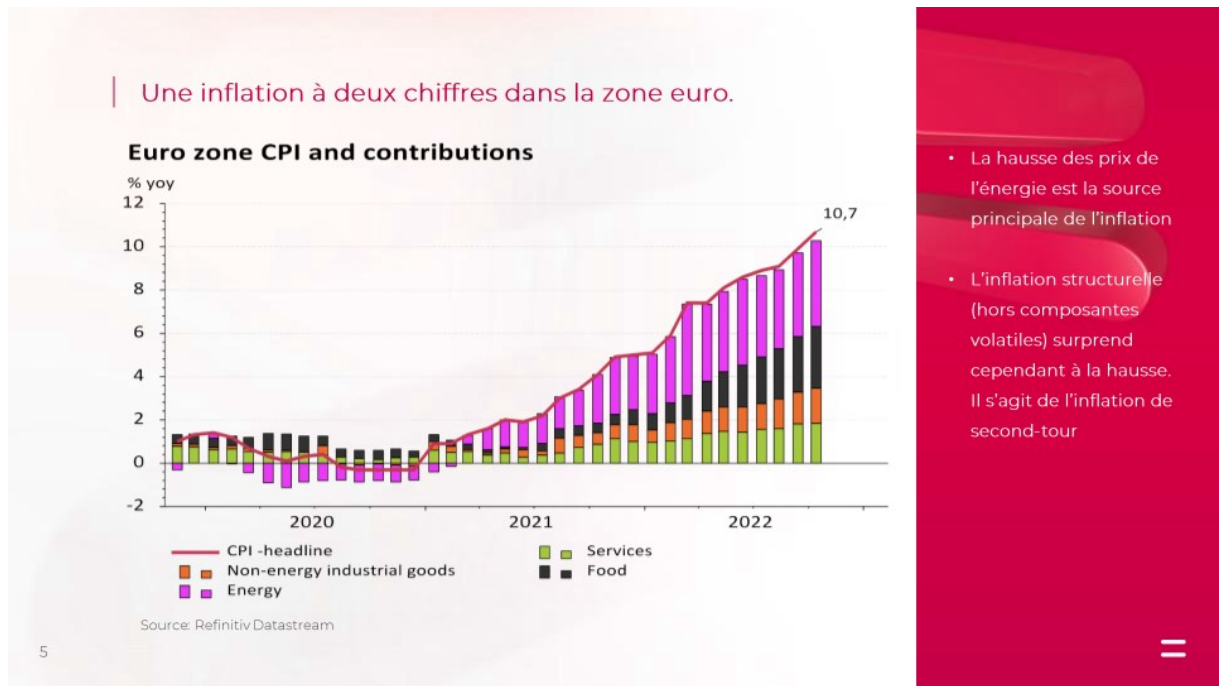
1. Indexations
2. Coûts des pensions pour les hôpitaux publics ou structures mixtes

**Pronostics pour le premier semestre de 2022 : coût de 135 mio Et donc min 270 mio pour l'année. Soit un résultat courant négatif pour la plupart des hôpitaux (cf. marges sur résultats : 0,7% ou + :- 130 mio.**

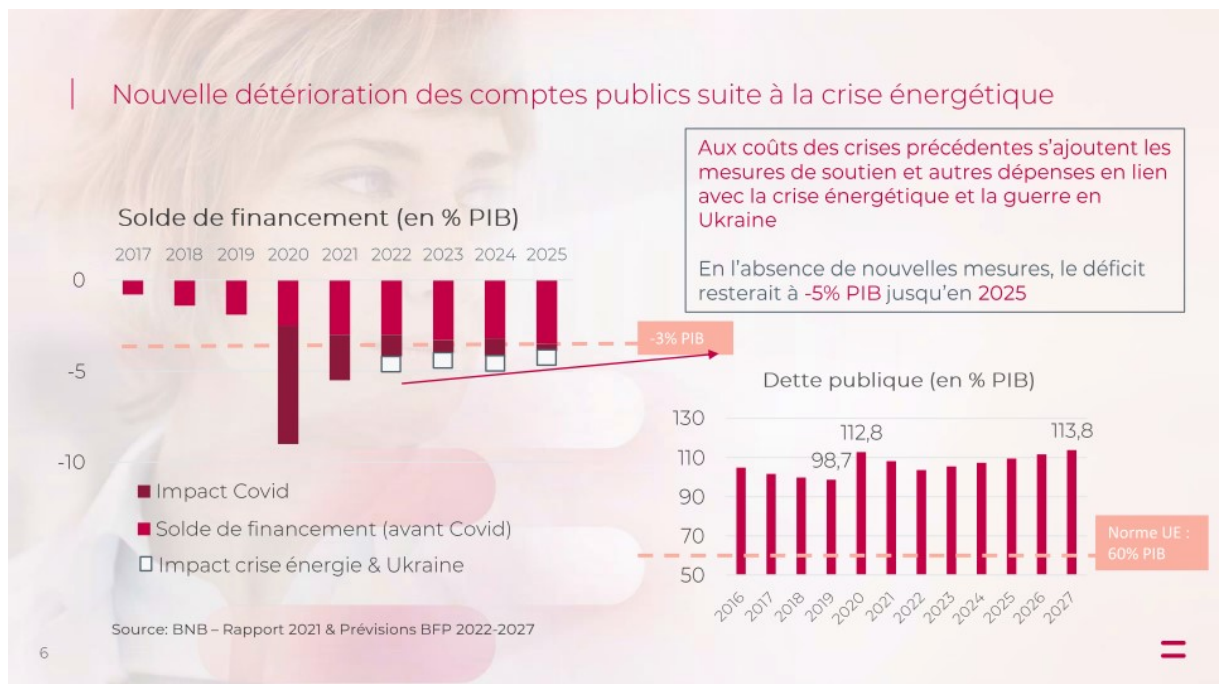
---

La présentation complète peut être consultée sur le [site internet de Belius](#).

## 1. Inflation



## 2. Activités



## 3. Finances : rôle de l'intervention du fédéral

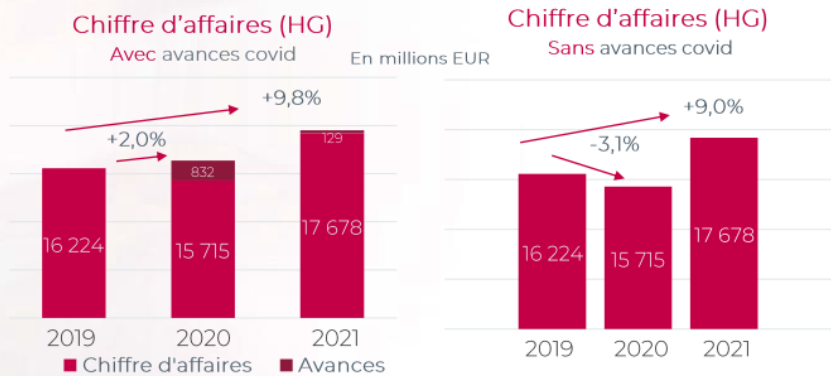
En 2021, le chiffre d'affaires a augmenté en raison d'une hausse de l'activité et de l'inflation.

L'augmentation du chiffre d'affaires comprend également les montants du fonds blouses blanches et de l'IFIC pour 6 mois en 2021

16

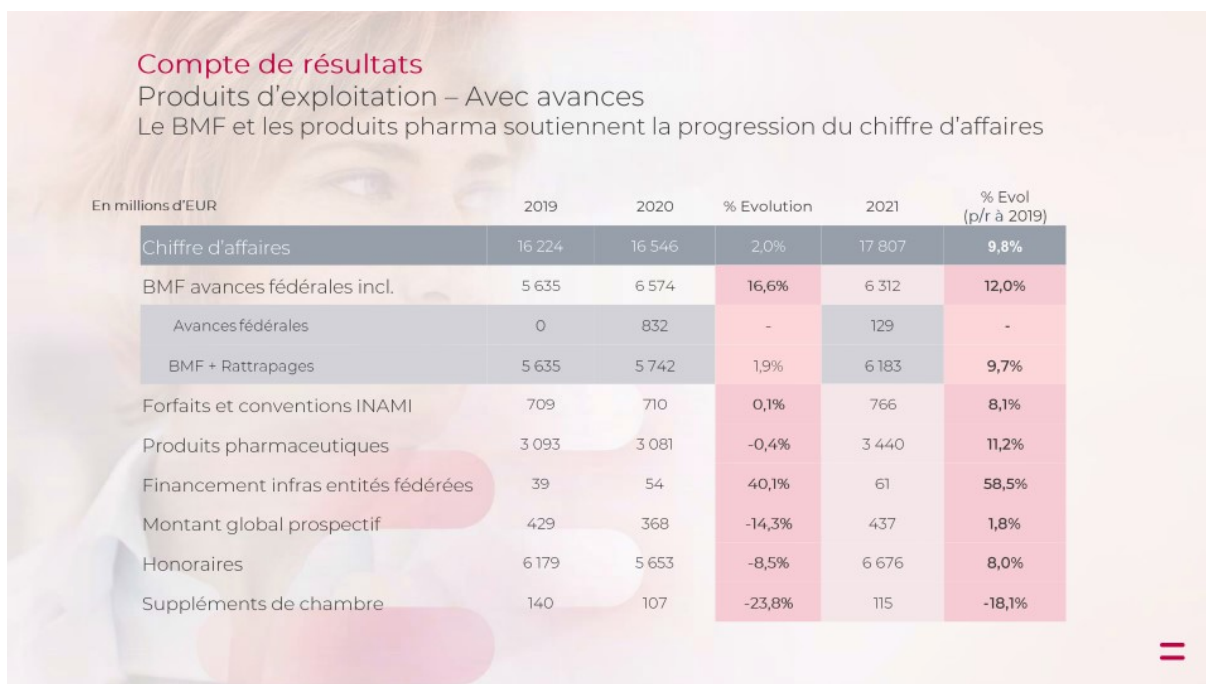
## Compte de résultats

Impact des avances fédérales "Covid" sur le chiffre d'affaires ?



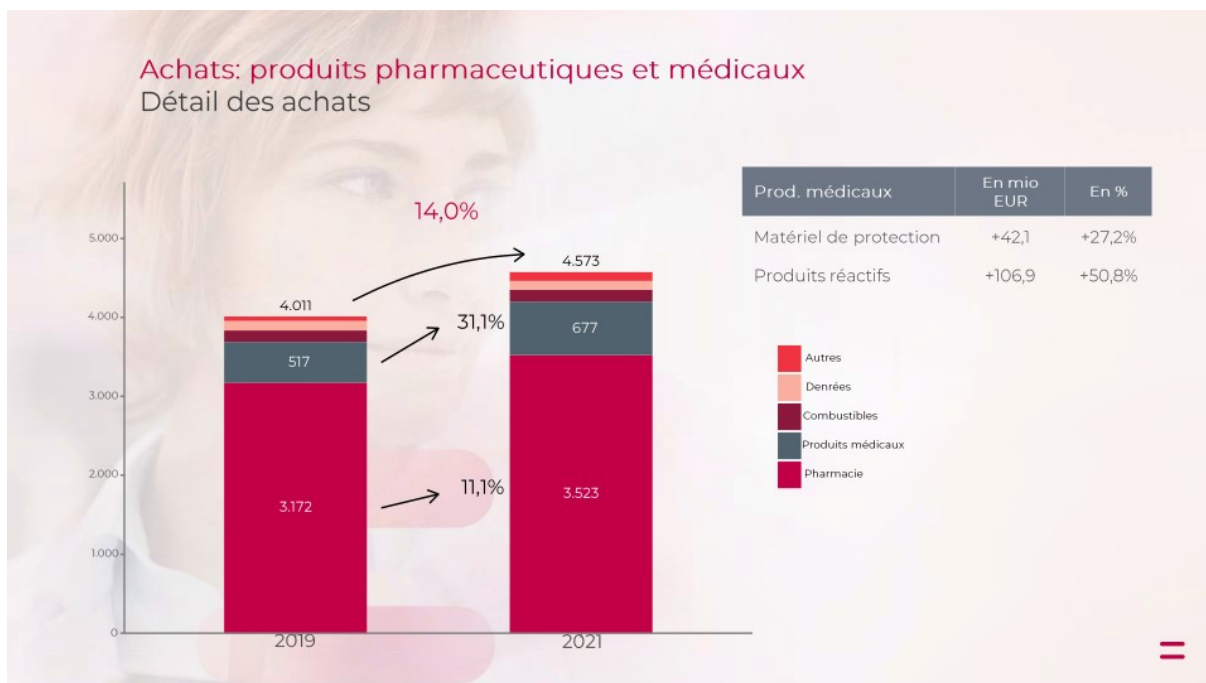
=

#### 4. Augmentation des produits d'exploitation



La croissance en honoraires de 8% est liée à un index de 1,95% et un index de 1,0. Donc 5% pour la croissance en activité.

#### 5. Achats



Les achats ont fortement augmenté avec les réactifs et le matériel de protection liés à la COVID.

#### 6. Personnel

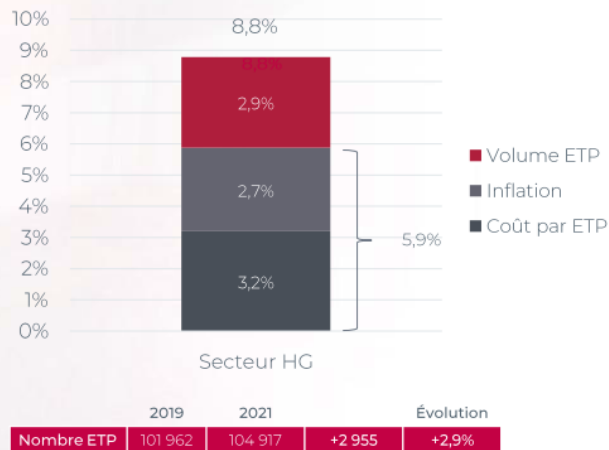
Éléments de l'effet prix:

- Indexation
- Evolution barémique
- IFIC
- FBB
- Prime d'encouragement
- ...

29

## Personnel

Coût du personnel: effet prix et effet volume (p/r à 2019)



Effet volume en ETP, hausse de l'inflation (indexations), IFIC, revalorisation et fonds personnel de soins entraînent une **explosion des coûts**.

### 8.3 Cogouvernance : L'hôpital 2024-2030 : mesures prospectives nécessaires sur la relation travail-encadrement pour des soins de santé efficaces

#### Préambule

La base de cette réflexion est la note politique de Frank Vandebroucke diffusée début 2022, qui proposait entre autres mesures, la séparation des honoraires actuels comme l'une des clés de voûte pour une plus grande transparence de la gestion et de la politique financière des hôpitaux. La note propose ainsi de décomposer le montant de la prestation médicale en distinguant une partie d'honoraires purs pour la prestation professionnelle et une partie destinée à couvrir les frais correspondants. (1)

Se pose alors immédiatement la question de la juste utilisation et de la gestion de ces remboursements de frais spécifiques en fonction des personnes à qui elles reviennent.

Les dispositions actuelles relatives à la **gouvernance** des hôpitaux sont définies par une loi sur les hôpitaux qui date de plus de trente ans. Il est probable que les spécificités de la loi soient insuffisantes dans le contexte actuel. Par conséquent, en 2023, il convient de réfléchir aux structures existantes de nos hôpitaux pour relever et poursuivre les défis des soins efficaces, compte tenu des ressources actuellement disponibles (2). Malheureusement, le budget lié à ces ressources est limité, et cela vaut pour aujourd'hui mais aussi pour le futur proche. À cela s'ajoutent les défis toujours plus préoccupants de la disponibilité des effectifs (manpower) masculins/féminins dans les professions de santé.

Un hôpital se veut un ensemble de soins spécialisés disponibles principalement à l'intérieur, mais aussi en partie à l'extérieur des murs de l'établissement. C'est précisément cet ensemble de services spécifiques qu'il convient d'examiner en détail pour optimiser l'efficacité et la qualité.

#### Rétroactes

La loi sur les hôpitaux (1987 et modifications ultérieures) prévoit un modèle de concertation établi légalement : dans ce modèle, l'organe d'administration de l'hôpital avec le concours du conseil médical (CM) élu par les médecins (élections, fonctionnement et compétences également définis par la loi) cherche à déterminer les moyens assurant le fonctionnement quotidien. Il s'agit entre autres d'accords financiers, du règlement médical, les prélèvements d'honoraires... Le fonctionnement quotidien de l'hôpital et les décisions qui s'y rapportent sont soumis à une obligation de demande d'avis au conseil médical.

Un **avis simple** (non contraignant) vaut pour les nombreux aspects de la gestion quotidienne. Le conseil médical rend un avis qui, toutefois, ne doit pas nécessairement être suivi par le pouvoir organisateur.

Pour certaines décisions, le législateur prévoit toutefois un **avis renforcé** signifiant que les avis du conseil médical sont contraignants (une procédure est prévue en cas de désaccord persistant entre les deux points de vue).

L'avis simple concerne le personnel médical, la nomination du médecin chef de service, la nomination des médecins, les sanctions à l'égard des médecins, le budget relatif à l'activité/équipement médical, toutes les interventions structurelles affectant l'activité médicale (telles que les constructions-rénovations), le département infirmier et paramédical et les changements qui surviendraient à ce niveau, ainsi que les plaintes relatives à l'activité médicale de certains médecins ou groupements de médecins.

L'**avis renforcé** vaut pour les modifications de l'accord général conclu avec les médecins, les modifications du règlement médical, la nomination du médecin en chef/directeur médical, le licenciement d'un médecin travaillant à l'hôpital (excepté motifs urgents), l'équipement et le personnel médical directement financés par les honoraires.

Dans la pratique, cela signifie souvent que la concertation concerne des propositions émanant de la gestion (lire direction) à soumettre au conseil médical qui **doit** (avis renforcé) ou **peut** (avis simple) valider ces propositions et décisions. Pour faciliter cette concertation, il existe également un comité permanent de concertation (CPC) établi par la loi sur les hôpitaux, composé de membres du conseil d'administration et de membres du conseil médical, auquel participent généralement le CEO et le médecin en chef. Heureusement, sur le terrain, il existe déjà des modèles flexibles dans de nombreux hôpitaux où l'échange réciproque d'idées et de projets fait partie de la concertation. Parfois, ces adaptations sont décrites dans l'« accord général » entre les médecins (AM) et l'hôpital.

Une fois la stratégie définie, la direction doit transposer ces projets dans la pratique et veiller à leur mise en œuvre. Le directeur général, le médecin en chef et le responsable du département infirmier jouent ici le rôle le plus crucial. Ils sont assistés par d'autres membres de la direction, tels que le responsable du département pharmaceutique et le directeur des finances.

## Le département médical

Le « **médecin en chef** » est nommé, comme indiqué ci-dessus, par le conseil d'administration avec l'avis renforcé du conseil médical.

La loi sur les hôpitaux prévoit aussi la désignation de **chefs de services**. En principe, un chef de service est désigné pour chaque spécialité médicale. Pour l'agrément des hôpitaux et pour certains grands services, les chefs de service désignés obligatoirement ne couvrent pas nécessairement toutes les spécialités médicales (pour l'agrément des hôpitaux, un chef de service suffit pour la médecine interne, la chirurgie, les soins intensifs, le bloc opératoire, l'admission aux urgences, etc.). La pratique actuelle montre qu'il y a généralement aussi un chef de service pour chaque spécialité agréée.

Des réunions régulières sont prévues avec les chefs des services médicaux, ces réunions sont présidées par le médecin en chef. Dans la pratique, il s'agit d'une organisation top-down, celle-ci est très adaptée pour transmettre des points de vue globaux vers la base de l'organisation (par exemple, mesures en cas de surpopulation de lits). Dans la plupart des hôpitaux, il existe aussi à ce niveau une concertation courante avec le personnel infirmier.

Ainsi, Les principes fondamentaux de l'organisation et des relations entre les médecins hospitaliers et le pouvoir organisateur de nos hôpitaux ont donc été définis par la loi, de manière plutôt rudimentaire, pour la première fois il y a 35 ans. Les tâches étaient plus ou moins clairement définies. C'était une première à l'époque.

Le mot rudimentaire est toutefois à sa place. À l'époque, de nombreux médecins spécialistes travaillaient encore en solo, sans lien de collaboration intercollégiale ou alors en association de moyens seuls. L'inégalité entre les genres, volontaire ou non, existait dans de nombreuses spécialités, et les assistants étaient souvent formés dans les universités exclusivement.

Pourtant, les médecins spécialistes de cette époque exerçaient leur profession avec la même motivation d'ordre éthique qu'aujourd'hui, mais les moyens étaient différents.

Entre-temps, les hôpitaux ont dû aussi s'adapter. Il a fallu mettre au point rapidement un enregistrement précis de l'activité médicale. Il ont vu l'instauration de pénalités pour les hospitalisations trop longues ainsi que l'introduction d'autres normes contraignantes.

Le 21<sup>e</sup> siècle a définitivement changé le paysage médical. La plupart des médecins hospitaliers travaillent en association et l'inégalité des genres a été dépassée par les faits grâce à l'enthousiasme et à l'engagement des collègues féminines. Tous les assistants en formation effectuent un stage obligatoire dans des hôpitaux non universitaires, et leur statut sera adapté. L'evidence-based-medicine (EBM) et les mesures de l'« outcome » établissent progressivement leur place dans les soins de santé. La multidisciplinarité dans la prestation des soins est le fil rouge en toutes choses, tant entre spécialistes qu'avec tous les autres prestataires de soins. Le patient a aussi son mot à dire par l'intermédiaire de nombreuses organisations.

Très souvent par nécessité, la concertation systématique entre la gestion et le conseil médical est devenue plus fréquente et est plus ancrée. Toutefois, ce sont souvent les arguments financiers qui se trouvent principalement au départ d'une réflexion commune.

## Motivations

L'intention du ministre est de distinguer les honoraires et les frais de fonctionnement correspondants pour chaque prestation médicale. Transposer ces idées dans la pratique en connaissance de cause et avec compétence sera une mission difficile. Les médecins spécialistes devront être impliqués très étroitement dans ce processus. Les modèles purement académiques ne suffiront pas. Pour autant que les organisations professionnelles spécifiques soient impliquées étroitement et que des chiffres actualisés soient disponibles, cette proposition du ministre est une initiative très intéressante que de nombreux médecins peuvent approuver. Toutefois, il faut veiller à ce que, pour les calculs des centres de coûts, une méthode soit intégrée pour que les paramètres utilisés puissent être systématiquement ajustés sans stagner pendant des années. Il faut également laisser une place suffisante aux innovations et développements nécessaires en matière de diagnostic et de traitement. Les honoraires peuvent être adaptés en fonction d'un index, le remboursement des frais correspondants devrait plutôt être revu à la hausse ou à la baisse en fonction des besoins diagnostiques et thérapeutiques.

La note de politique du 22 janvier faisait déjà référence à un **modèle de concertation souhaitable et à une cogestion entre les médecins et la direction** pour l'implémentation des moyens disponibles

concernant le remboursement des frais liés à une prestation médicale. Si ces ressources sont attribuées à l'hôpital, il faudra certainement élaborer un modèle où une concertation sur le fond est obligatoire.  
(2)

Les spécialistes devront être impliqués à 100% dans leur domaine, ils dirigeront eux-mêmes l'utilisation de ces ressources. Puisque, selon la même note ministérielle, les rétrocessions d'honoraires disparaissent dans le nouveau modèle, les ressources financières doivent être utilisées dans le centre de coûts pour lequel elles ont été soigneusement calculées.

Il faut trouver une manière de cogérer où l'examen et la destination des ressources sont déterminés en connaissance de cause par chaque spécialité médicale. Ces centres de coûts ne peuvent pas être intégrés ou absorbés dans le budget actuel des moyens financiers (BMF) qui sert à maintenir en place l'outil général. La note du ministre sur la réforme le dit pourtant aussi : à long terme, cela peut être intégré dans un système généralisé de « diagnosis related group based financing » destiné à remplacer le BMF.

## Cogouvernance

Aujourd'hui, la gestion commune de l'établissement de santé est une réalité présente ou inexistante à des degrés divers dans nos hôpitaux. Que les succès ou les échecs soient dus à l'accumulation historique de bons résultats d'une part, ou à des conflits persistants d'autre part, l'ancienne loi sur les hôpitaux est utile pour parvenir à un consensus volontaire ou obligatoire entre les deux parties. Mais le modèle peut certainement être optimisé. Un plus grand nombre de médecins au conseil d'administration, la participation directe du conseil médical, la désignation d'administrateurs indépendants et même de représentants d'organisations de patients sont autant de possibilités.

Mais même avec ces adaptations utiles, l'angle d'approche reste de toute façon principalement financier. Le concept de soins risque toujours de rester subordonné au bilan de l'exploitation.

L'ensemble de l'organisation du département médical travaille **TOP-DOWN** avec les meilleures intentions pour dispenser des soins corrects. Reste à savoir si, même avec des changements profonds dans les rapports numériques au sein des conseils, le modèle changera substantiellement. Est-ce une bonne idée d'intégrer un conseil médical au plus profond de la structure de gestion, car en effet, le conseil a également une mission de protection des droits des médecins individuels et des groupements de médecins. En outre, le système d'élection des conseils médicaux ne garantit pas une représentation représentative de TOUTES les spécialités. Lors de l'élection du conseil médical, on ne vote pas obligatoirement pour un conseil médical plénier où siègent 7, 8 ou 15 membres. En effet, on peut voter pour quelques personnes seulement et se mettre d'accord, ce qui fait automatiquement entrer au conseil les grands services qui ont beaucoup de membres et de voix. Cela peut conduire à des positions polarisées où tout le monde n'est pas représenté de manière équitable. Pour les décisions concernant l'ensemble de l'hôpital, cela ne fait pas une grande différence, mais pour les décisions prises au seul niveau du service, cela peut poser un problème majeur.

## Objectifs soins-encadrement 2024 - 2030

Avant de se pencher sur la participation et l'organisation précise des structures qui doivent concrétiser la **cogestion des soins médicaux**, il est préférable, comme toujours, de bien réfléchir d'abord aux **objectifs** visés.



L'objectif est d'offrir au citoyen les soins les plus appropriés et les plus personnalisés, tant au sein du réseau loco-régional que du réseau suprarégional dont l'hôpital fait partie.

Dans les petits hôpitaux locaux mais aussi dans les grands établissements de santé ou même dans les hôpitaux universitaires, les programmes de soins, les parcours de soins, les conventions spécifiques ou les plaintes à caractère urgent nécessitent une approche spécialisée de qualité par un ou plusieurs services hospitaliers.

Lorsque la mission consiste à administrer des soins adéquats et efficaces adaptés à chaque patient, une **structure** axée sur cette individualisation spécialisée est extrêmement importante.

Les différentes spécialités sont dirigées par des chefs de service aux tâches bien définies, qui assurent l'encadrement et la planification dans le cadre de leur discipline en constante évolution. Cette fonction dirigeante était déjà définie et décrite dans l'ancienne loi sur les hôpitaux. Mais son contenu est peut-être mieux perçu aujourd'hui comme un ensemble de tâches qui, dans certaines spécialités, sont parfois assumées par plus d'un médecin-spécialiste, en raison de leur complexité. En effet, des soins adéquats et efficaces commencent au niveau du service et sont renforcés par une concertation multidisciplinaire. Ce plan de direction des soins quotidiens à partir de la base fonctionne bien, à condition que les ressources opérationnelles nécessaires soient en place et utilisées avec compétence.

Les ressources (financières) disponibles doivent s'adapter aux soins nécessaires et non l'inverse !

En 2030, les spécialistes collaboreront étroitement au sein de leur spécialité. Ceci indépendamment de la manière dont ils sont rémunérés ou indemnisés ou de la manière dont ils ont adapté leurs horaires de travail à leur équilibre vie privée-vie professionnelle. Dans le cadre de cet emploi, chacun a son propre ensemble de tâches. L'un assume la fonction de chef de service, l'autre est responsable de la formation, un autre, de la participation scientifique.

Si l'on veut apporter des changements dans l'organisation du département des soins médicaux 2024-2030, il faut commencer par les services et les chefs de service. Dans ce cas, la gestion a lieu **BOTTOM-UP** !

Dans cette approche, le rôle du chef de service et de ses collègues implique certainement des engagements.

Dans l'établissement de santé, chaque spécialité médicale/chirurgicale/technique dispose de son propre service dirigé par un chef de service correspondant. Pour faciliter la collaboration multidisciplinaire et la communication réciproque, il est souhaitable, surtout dans les grands hôpitaux, de regrouper un certain nombre de services spécialisés apparentés dans des sections dirigées par un président au rôle fédérateur. De même les programmes de soins ou les services spécifiques qui travaillent par principe de manière multidisciplinaire, peuvent nécessiter une direction en coupole par exemple, les soins intensifs, les urgences, le bloc opératoire. Ainsi, on se retrouve finalement avec le médecin en chef dont la tâche s'élargit avec la gestion du flux entrant issu de ce modèle « bottom-up » essentiellement médical.

Le suivi de la qualité et la mesure de l'outcome par pathologie font partie des tâches de chaque service individuel et permettent une amélioration directe (mesurer c'est savoir). Chaque service garantit l'accessibilité (permanente) des soins pour tous. L'exploitation et l'utilisation des ressources s'inscrivent au sein d'un budget responsable. Chaque service dispose également d'un calendrier pour la réalisation de projets innovants ou contribuant à la qualité. La croissance et la pérennisation de l'expertise dans un domaine propre sont assurées par l'investissement dans les ressources et le développement, et le renouvellement du savoir-faire humain. . Toutes ces tâches sont dirigées par le chef de service. Le fonctionnement multidisciplinaire du service et la collaboration avec d'autres prestataires de soins font également partie du lot des tâches

**Le chef de service est le « leader »** de sa spécialité avec des compétences claires qui influencent directement la qualité des soins dispensés.

## TO DO

Ainsi, si l'on souhaite développer un tel modèle **bottom-up** axé sur les besoins en matière de soins, il faudra développer davantage ces fonctions.

La mise au point de ce modèle nécessite bien entendu la pleine collaboration des responsables de la gestion de même que le soutien de l'ensemble du corps médical et du conseil médical. Les **pouvoirs publics** devront aussi adapter certains règlements et définir plus clairement les compétences.

Outre le chef de service, un service inclut souvent un maître de stage qui assume la responsabilité de la formation associée ou non à la responsabilité de la recherche clinique et scientifique. Son profil est différent et il doit être considéré comme complémentaire au chef de service.

Aux côtés des chefs de service, surtout dans les grands hôpitaux, il est recommandé de travailler avec des groupements professionnels en coupole qui rassemblent les propositions des services, facilitent la communication et fournissent une vue d'ensemble au médecin en chef. Au médecin en chef de procéder ensuite aux actions globales nécessaires pour faciliter le fonctionnement. Il faudra aussi prévoir des responsables distincts pour les missions multidisciplinaires spécifiques (bloc opératoire, oncologie, soins intensifs...).

Étant donné le large éventail de tâches du chef de service, une meilleure définition des **droits et obligations** est judicieuse.

### Nominations et sélection

La sélection a lieu sur la base d'une candidature documentée soumise au groupement spécialisé auquel il est fait référence.

Bien entendu, les membres du comité de sélection sont d'abord tous les spécialistes de l'équipe éventuellement complétée par une représentation des spécialités apparentées, des membres du conseil médical, des membres de la direction et de gestionnaires. Le candidat est bien sûr nommé par la direction, comme le prévoit la loi. Cependant, un avis renforcé du CM est requis au moment de la nomination. Il est possible d'envisager d'accorder un droit de veto motivé aux membres du service médical concerné.

### Compétence

Outre l'agrément dans la spécialité concernée, des compétences en gestion, en financement des hôpitaux et en communication sont exigées. Certaines compétences supplémentaires peuvent être prévues lors de l'entrée en fonction.

### Financement

Les services bénéficient d'un financement direct sur la base de barèmes fixes pour développer et pourvoir cette fonction de chef de service et de soutien administratif.

### Objectifs-et activités

Les tâches minimales imposées comprennent l'élaboration d'un plan d'investissement, le contrôle approfondi de la qualité et la participation aux mesures/aux évaluations de « l'outcome », la supervision des programmes de formation, la concertation systématique avec les autres prestataires de soins, un plan pluriannuel pour les nouveaux recrutements, l'organisation de la formation continue des membres du personnel, la répartition des tâches entre les spécialistes et les collaborateurs, l'organisation du

quotidien avec les responsables des soins infirmiers, les projets innovants, le suivi de l'efficacité des soins au sein de la spécialité concernée, les comptes rendus à l'éventuel président du groupement professionnel.

#### Durée de la mission et évaluation

Le chef du service médical est nommé pour une durée déterminée avec des moments d'évaluation à des dates fixées au préalable.

#### Collaboration multidisciplinaire

L'évolution, ou plutôt la révolution du modèle du service médical proposé, qui peut encore être affiné, a toujours lieu parallèlement à celle du personnel infirmier et paramédical qui collabore au quotidien dans la spécialité concernée.

Une équipe multidisciplinaire spécifique à une spécialité ou un programme de soins géré de manière experte au sein même de l'équipe est la meilleure garantie de soins efficaces et de qualité.

En outre, les structures traditionnelles de direction en coupole doivent bien entendu conserver une vue d'ensemble pour piloter toutes les fonctions de l'hôpital.

Des études scientifiques menées à l'étranger ont montré à plusieurs reprises qu'avec une participation active à la gestion, la qualité des soins augmente significativement, avec un impact direct sur l'outcome.

Plus encore qu'aujourd'hui, les portes de l'établissement de santé 2030 seront grandes ouvertes aux parcours de soins transmuraux, axés sur la pathologie (évidemment, en ces temps sensibles sur le marché de l'énergie, cette ouverture de portes n'est que métaphorique !)

Les programmes bien dirigés, axés sur les besoins de chaque patient pour des spécialités spécifiques, auront du succès à condition que des dirigeants motivés et leurs collaborateurs prennent des initiatives avec l'expertise nécessaire.

Ce modèle confère un rôle **non plus consultatif mais directif** pour décider de la méthode de travail en matière de prestations de santé.

## **Actions**

À ce jour, ce type de structure n'existe pas. Le médecin en chef fait de son mieux pour combler les lacunes, les chefs de service accomplissent une partie de leur mission selon leurs aptitudes et leur motivation, sans être systématiquement contrôlés. Trouver des « leaders » performants dépend du hasard et de l'engagement personnel.

La **motivation** de toutes les parties intéressées est indispensable pour parvenir à un résultat qui donne des droits et des obligations aux chefs de service dans le cadre de ces missions d'exécution pour l'accomplissement des tâches qui leur sont confiées. Toutefois, des **actions** sont aussi nécessaires pour que les résultats soient sensibles dans le fonctionnement quotidien et que le modèle de participation soit intégré dans la gestion de l'institution.

La direction de l'hôpital doit laisser de l'espace pour que les départements fonctionnels qui assurent les soins aux patients acquièrent une autonomie partielle. Les services mêmes opposent à cette autonomie et à cette participation, les obligations qui en découlent. Ces obligations impliquent un compte rendu clair des résultats, une orientation multidisciplinaire, un plan vérifiable à court et à long terme, et « last but not least » un budget de fonctionnement justifié et équilibré.

Le gouvernement devrait au moins introduire des avis renforcés dans la nomination « primi-inter-pares » des chefs de service. Ainsi, le conseil médical engage sa responsabilité dans la réussite. Le conseil médical représente l'ensemble du corps médical et doit veiller quotidiennement au fonctionnement de ce modèle bottom-up.

Il serait préférable de prévoir (provisoirement dans le BMF) un **budget** global directement attribué aux services concernés, notamment pour rémunérer le travail des chefs de service qui n'est pas lié à leur travail clinique ni aux honoraires correspondants, à condition que les tâches imposées soient accomplies correctement. Le soutien administratif de ce département médical doit aussi être soigneusement consigné et intégré dans ce budget. En fait, il est question de soutien (financier) d'une fonction. Par service, cette fonction peut aisément être assumée par plus d'un spécialiste (par exemple dans les grands services ou les services à forte composante technologique). Par exemple, l'un d'entre eux peut être plus compétent en gestion et contrôle de la qualité, tandis qu'un autre se concentrera plutôt sur l'innovation et le travail scientifique clinique. Reste qu'à l'heure actuelle, ces tâches qui ne génèrent pas directement des honoraires ne sont pas rémunérées à leur juste valeur. Les présidents des groupements professionnels ont également droit à un soutien s'ils respectent les mêmes règles que les chefs de service.

Dans le même ordre d'idées, le financement et l'organisation obligatoire de ce modèle bottom-up devraient tenir compte des missions fondamentales que tout hôpital, en fonction de sa taille et de son implication dans les parcours de soins, est censé remplir. Il convient donc de structurer et de promouvoir le leadership non seulement par spécialité mais aussi pour des modèles de collaboration multidisciplinaires. Voici quelques exemples : oncologie, clinique du sein, traitement de la douleur, spine unit, soins intensifs, bloc opératoire, clinique de jour...

Si cette fonction est assurée au niveau du service, les moyens de fonctionnement peuvent être gérés par les spécialistes mêmes en connaissance de cause, surtout si dans le futur, ces moyens seront fixés dans un financement orienté DRG. L'aspect interdisciplinaire du fonctionnement quotidien doit aussi être contrôlé. Les conseils médicaux semblent tout désignés à cette fin.

La **formation** des spécialistes devrait comporter un volet gestion, planification et communication, obligatoire pour tous les spécialistes en devenir.

Avec ces investissements, les pouvoirs publics achètent la qualité, la garantie de continuité et l'efficacité des soins, l'hôpital gagne en efficacité et le citoyen est assuré de recevoir des soins efficaces et adaptés à ses problèmes personnels.

Donald Claeys  
Secrétaire général GBS-VBS

Ce document n'est qu'une ébauche dont l'objectif est d'encourager à une réévaluation de nos modèles de fonctionnement en mettant l'accent sur les soins spécialisés.

Ce texte est le fruit d'une réflexion inspirée par une communication en commission parlementaire : Égalité des chances et santé, 6 juillet 2022.

Un groupe de réflexion sera créé au premier trimestre de 2023 avec la participation active de TOUTES les unions professionnelles.

Les médecins spécialistes ne travaillent pas seuls dans le domaine des soins de santé. Une concertation approfondie avec les pouvoirs publics, les organisations hospitalières et les représentants des autres prestataires de soins de santé est évidemment indispensable pour parvenir à une proposition concluante dans l'intérêt de nos patients.

Loi sur les hôpitaux, 1987

**art. 155 (155) § 1. Les honoraires perçus de façon centrale sont affectés :**

1° au paiement aux médecins hospitaliers des sommes qui leur sont dues conformément à la réglementation qui leur est applicable en exécution de l'article 145 ;

2° à la couverture des frais de perception des honoraires, conformément au règlement du service ;

**3° à la couverture des frais occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le (budget) ; (3)**

4° à la mise en oeuvre de mesures de nature à maintenir ou à promouvoir l'activité médicale à l'hôpital.

(1)

**RÉFORME DE L'ORGANISATION ET DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX** Ministre Frank Vandenbroucke 28 janvier 2022

CNMM ... en ce qui concerne la révision de la nomenclature et l'adaptation du financement hospitalier, trois éléments sont essentiels :

- premièrement, des garanties juridiques doivent être prévues pour la partie « coûts » des honoraires au niveau de la gestion médicale **(2)**

- deuxièmement, un cadre légal doit être établi au sens de l'article 155 § 3, deuxième alinéa de la loi sur les hôpitaux. Cet article détermine par arrêté royal à prendre quels sont les frais occasionnés par des prestations médicales et qui ne sont pas couverts par le BFM qui peuvent être mis à la charge des honoraires

- troisièmement, cela doit s'accompagner d'une réduction simultanée des prélèvements des honoraires médicaux versés au gestionnaire hospitalier et d'une meilleure maîtrise des suppléments.

.../...

D'une part, en se basant sur la nomenclature restructurée, l'unité de valeur relative de la partie professionnelle des différentes prestations sera déterminée, sur la base de la durée de la prestation, de l'expertise requise et du risque associé à la prestation. Cette analyse, qui s'étalera sur trois ans, sera d'abord réalisée par discipline, puis affinée de manière interdisciplinaire et transversale.

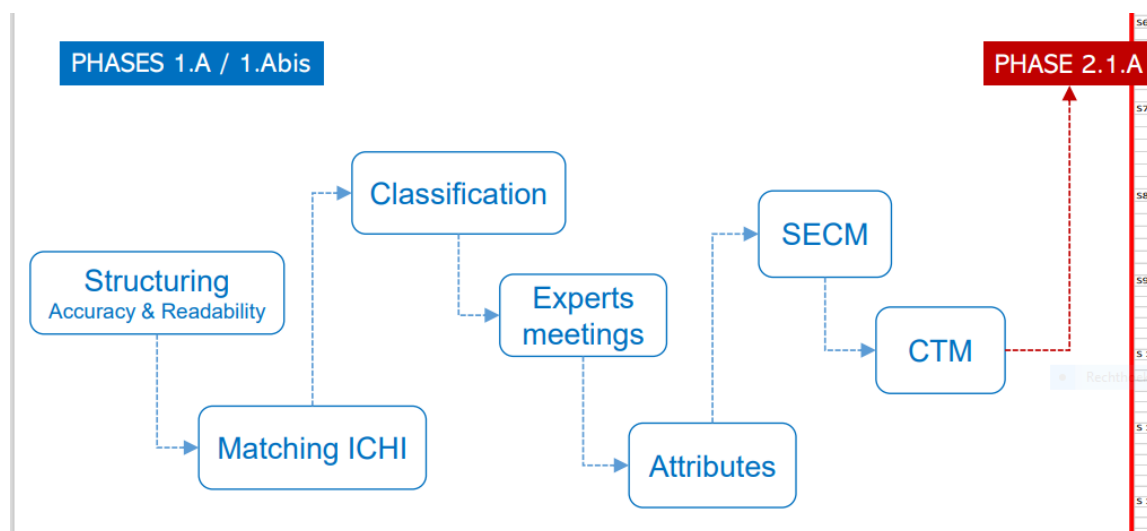
D'autre part, conformément aux accords entre les médecins et les mutualités, et comme mentionné ci-dessus, la part des frais de fonctionnement directs et indirects par prestation sera identifiée. Cette analyse sera réalisée sur la base des comptes analytiques d'un groupe d'hôpitaux suffisamment représentatifs au niveau de leur localisation géographique et de leur dimension. Cette analyse prendra deux ans. **(3)**

## 9 Nomenclature

### 9.1 Réforme de la nomenclature

#### 9.1.1 Méthodologie : Nomen 2.0

La réforme la nomenclature fut initiée par la ministre De Block. Cette réforme a deux objectifs, à savoir, redéfinir les prestations médicales et les valoriser, mais aussi modifier le financement des hôpitaux en accordant un budget de fonctionnement fixé qui serait accordé directement aux gestionnaires des hôpitaux. La réunion du comité d'accompagnement Nomen 2.0 du 28/11/2022 nous a informés que la Phase 1 est consacrée à la description des ATMC (Actes techniques médico-chirurgicaux) et à la classification de ces actes selon ICHI (Intern. Classification of Health Interventions)<sup>12</sup>.



Le travail des Prs Leclercq et Pirson a permis de récrire les actes, de les classer en fonction de la définition d'acte, de la région anatomique et de la technique utilisée. Des experts (GBS et autres) ont permis de définir la durée, la complexité et le risque. Le Service d'Évaluation et du Contrôle médical (SECM) de l'INAMI a donné son avis et l'a transmis pour validation au Conseil technique médical (CTM) de l'INAMI.

Cette classification permet ensuite une pondération en fonction de la durée, de la complexité et du risque. Sur base de ces classifications et en fonction d'un codage unique par une formule mathématique pour toutes les disciplines et actes<sup>13</sup>, un nombre de points est attribué à chaque acte de la classification ATCM. La durée est en minutes, la complexité et le risque sont estimés selon une échelle de 1 (minimum) à 5 (maximum).

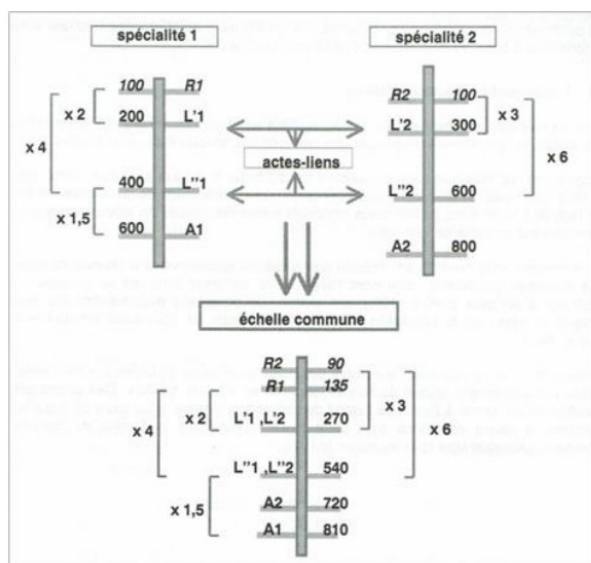
$$GS_i = D_i^\beta \times GS_{min} \times \left(1 + \Delta_{rel} \times \left(\frac{C_i - 1}{4}\right)^\alpha\right)^w \times \left(1 + \Delta_{rel} \times \left(\frac{R_i - 1}{4}\right)^\alpha\right)^{1-w}$$

<sup>12</sup> Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé des médecins Comité d'accompagnement du 28/11/2022. Présentation Prs Leclercq et Pirson. Slide 17.

<sup>13</sup> Ibidem Slide 26.

L'étape suivante ou la Phase 2.1.A. est la valorisation monétaire de cette nomenclature pondérée des honoraires. Cette valorisation doit être une valorisation dans une même spécialité et entre les spécialités afin d'éviter les écarts injustifiés entre les honoraires<sup>14</sup>.

## Calculation of inter-disciplinary relative value scales



"Gateways": a pair of medical procedures from different specialties whose intensity of medical work is deemed equivalent by the specialists of the concerned disciplines (ideally 8 gateways to match two specialties)

Use of a statistical method called "Constrained optimisation" or "Weighted least squares regression method"

29

Si le calcul du score dans une même discipline semble simple, le score interdisciplinaire est plus complexe, sauf si une même intervention est pratiquée par différentes spécialités. À défaut, il faut utiliser une technique statistique pour donner un sens à des scores de spécialités et les comparer entre eux<sup>15</sup>.

Depuis le mois de mars 2022, les spécialités suivantes ont été paramétrées (experts et questionnaires électroniques) et les EVR INTRA disciplinaires correspondantes ont été préparées :

- ✦ Orthopédie du membre supérieur
- ✦ Orthopédie du membre inférieur
- ✦ Orthopédie de la main
- ✦ Orthopédie du pied
- ✦ Orthopédie de la colonne
- ✦ Neurochirurgie 1.128 ATMC

De septembre à décembre 2022, les spécialités suivantes seront scorées et intégrées dans les EVR :

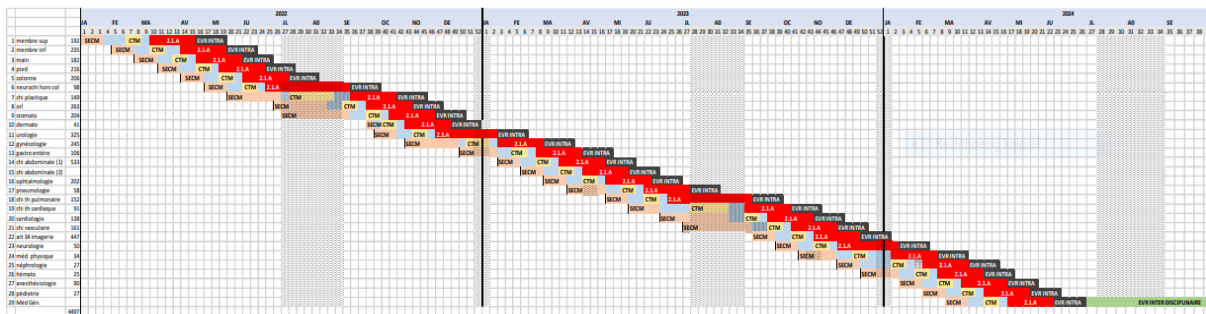
- ✦ Chirurgie plastique
- ✦ Oto rhino laryngologie
- ✦ Stomatologie
- ✦ Dermatologie
- ✦ Urologie
- ✦ Gynécologie 1.214 ATMC

L'élaboration de ces échelles de valeur relative (EVR) par spécialité et ensuite en interdisciplinaire, devrait être bouclée en 2024 selon le calendrier ci-joint<sup>16</sup>. Chaque EVR est évaluée par un groupe d'experts (GBS et autres) puis par le SECM et le CTM pour être validée en médico-mut. Ceci sera valorisé en fonction du budget disponible et du volume des actes.

<sup>14</sup> Ibidem. Slide 29

<sup>15</sup> Ibidem. Slide 30

<sup>16</sup> Ibidem. Slide 31



La phase 2.2. a été confiée à l'équipe de la KUL des Prs Drs Katrien Kesteloot et Wim Tabeur. Elle concerne le budget de fonctionnement de l'honoraire. Selon l'esprit du groupe de travail de la KUL, ce budget est ce qui doit être ajouté au BMF de l'hôpital pour permettre la réalisation de l'acte de la nomenclature.

La Pre Kesteloot distingue trois groupes de frais. Chaque groupe comprend des frais fixes comme le personnel des services, et des frais variables comme les produits de nettoyage :

1. Groupe 1 : Frais directs liés à la prestation
  - a. Matériel (implants, médicaments...)
  - b. Appareillage médical
  - c. Personnel (sauf les médecins)
2. Groupe 2 : Frais indirects ou partagés liés à la prestation
  - a. Personnel (infirmier-chef, logistique...)
  - b. Matériel (seringues, aiguilles...)
3. Groupe 3 : Frais indirects généraux pour la réalisation de l'acte
  - a. Services généraux (direction, accueil, ...)
  - b. Amortissements du bâtiment. La méthodologie est particulièrement complexe. On se base sur l'Activity-Based Cost mais en fonction du temps (Time-related) comme en radiologie où cet exercice a été réalisé pour la RMN et le CT.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziekenhuisnetwerk Antwerpen</li> <li>- Gasthuiszusters Antwerpen</li> <li>- AZ Turnhout</li> <li>- Imeldaziekenhuis</li> <li>- ZOL Genk</li> <li>- Noorderhart - Mariaziekenhuis</li> <li>- Vitaz</li> <li>- AZ Sint-Blasius</li> <li>- AZ Sint-Vincentius Deinze</li> <li>- UZ Leuven</li> <li>- UZ Brussel</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>01. Centre Hospitalier Régional du Val de Sambre [APPSM] (<b>Sambreville</b>)</li> <li>02. Centre Hospitalier Régional de Namur [APPSM] (<b>Namur</b>)</li> <li>03. Clinique Saint Luc (<b>Bouge</b>)</li> <li>04. Cliniques du Sud Luxembourg [Vivalia] (<b>Arlon</b>)</li> <li>05. Institut Famenne Ardenne Condroz [Vivalia] (<b>Marche</b>)</li> <li>06. CHU Mont-Godinne [CHU UCL Namur] (<b>Godinne</b>)</li> <li>07. Centre hospitalier de l'Ardenne [Vivalia] (<b>Libramont</b>)</li> <li>08. Centre Hospitalier universitaire Tivoli (<b>La Louvière</b>)</li> <li>09. Cliniques de l'Europe (<b>Bruxelles</b>)</li> <li>10. Clinique &amp; Maternité Sainte Elisabeth [CHU UCL Namur] (<b>Namur</b>)</li> <li>11. Centre Hospitalier Régional East Belgium (<b>Verviers</b>)</li> <li>12. CHU Saint Pierre (<b>Bruxelles</b>)</li> <li>13. Cliniques Universitaires Saint Luc (<b>Bruxelles</b>)</li> <li>14. Hôpital Erasme [HUB] (<b>Bruxelles</b>)</li> <li>15. Hôpital Delta [Chirec] (<b>Bruxelles</b>)</li> </ol>
--	--

Les études sont menées sur un échantillonnage d'hôpitaux universitaires et non-universitaires.

Le travail est particulièrement délicat car FINHOSTA<sup>19</sup> n'a pas la granularité nécessaire pour mener à bien l'étude. Dès lors, il faut aller analyser la comptabilité analytique des hôpitaux et calculer les coûts

<sup>17</sup> Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé des médecins Comité d'accompagnement 2022-11-28 RIZIV toelichting methodologie Pre Kesteloot Slide 43

<sup>18</sup> Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé des médecins Comité d'accompagnement 2022-11-28 RIZIV toelichting methodologie Pr. Pirson Slide 50

<sup>19</sup> L'application informatique FINHOSTA a été créée pour rassembler des données statistiques et financières et pour permettre de fixer le budget des moyens financiers au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> juillet ; ces données sont considérées comme des « sources authentiques ».



en utilisant les médianes. Étant donné les coûts du personnel, les temps opératoires et le calcul des coûts de salle d'opération,... la complexité est réelle. La Pre Kesteloot estime que fin 2024<sup>20</sup>, elle disposera de toutes les données nécessaires à la Phase 3. Cette dernière phase prévoit l'ajout des frais de fonctionnement dans le BMF<sup>21</sup>.

## Methodologie

**Eindproduct 2022-2024= gewicht per medische activiteit (obv directe praktijkkosten)**

Stap 1: Kostenstudie o.b.v. huidige nomenclatuurprestaties (V0)

Stap 2: Ontwikkeling relatieve waardenschaal (V0)



Vergelijking (tussentijdse) resultaten van beide onderzoekteams

Stap 3: ontwikkeling relatieve waardenschaal (V1: nieuwe nomenclatuurcodes)

- Tegen eindfase 2024: via inter- en extrapolatie nomenclatuurcodes V1 in V0-waardenschaal, obv expertadvies inschatting tijdsduur nieuwe nomenclatuur (V1)

**Vervolg: (tarief praktijkkosten per medische prestatie): aan te vullen met indirecte kosten (kostengroep 3) – cf. actualisatie KCE studie (2012).**

Les travaux de la KUL sont parallèles à ceux du groupe GEDIS qui travaille avec les hôpitaux francophones. Malgré des (petites) différences méthodologiques, le but est le même, à savoir par prestation de la nomenclature, « un résultat cohérent et une échelle de valeur relative des ACTM »<sup>22</sup>.

La phase 2.1 pour la génétique, la radiothérapie, la biologie et l'anatomopathologie a été confiée au groupe Möbius. En résumé, la radiothérapie dispose d'une nouvelle nomenclature élaborée avec les experts de la profession dont ceux du GBS. Pour la génétique, la radiothérapie et l'anatomopathologie, un questionnaire a été envoyé pour permettre de tester la nouvelle nomenclature dans trois centres puis dans un nombre plus important, afin de la présenter à l'INAMI pour validation. Une proposition de nouvelle nomenclature en biologie est plus complexe et fait encore l'objet de négociations.

La complexité de la biologie et du nombre de prestations est soumise à une étude des coûts menée par la Pre Ann Verdonck de la KUL. Il s'agit de définir les overhead, les coûts par secteur, (toxicologie...), les coûts par poste de travail et enfin par analyse. On constate une grande variabilité des coûts entre les différentes analyses par centre. D'où une analyse d'abord limitée puis menée dans des « peillabo's » (laboratoires de tests avec convention de l'INAMI pour ce test par spécialité). En fonction de l'acceptation des données par l'INAMI, on devrait atteindre les délais pour les spécialités concernées, à l'exception probable de la biologie clinique.

Concernant les ACA (Actes de Consultation et Assimilés), les Prs Tribou et Annemans devaient faire une proposition en fonction de la littérature internationale. Malheureusement, vu la complexité et la variabilité des ACA, cela n'a pas abouti. Leurs travaux sont repris par l'INAMI et par monsieur Jo De Cock en particulier. Comme pour les ATMC, ils se basent sur la durée, la complexité et le risque. Le budget des ACA n'est pas négligeable. Il s'élève à 3,5 milliards d'euros comme le montre une source sûre :

<sup>20</sup> Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé des médecins Comité d'accompagnement 2022-11-28 RIZIV toelichting methodologie Pre Kesteloot Slide 47

<sup>21</sup> Ibidem. Slide 48

<sup>22</sup> Ibidem. Slide 49

Toch wel een belangrijk onderdeel van de nomenclatuur , zowel in omvang en volume als in budget

**Uitgaven 2021** : 3.263 miljard euro op totaal van 8.107 miljard euro (40%) → vrij gelijk verdeeld tussen huisartsen en artsen specialisten (respectievelijk 53 en 47%)

Sommige artsengroepen halen overgrote deel van hun RIZIV-inkomsten uit deze verstrekkingen :

Huisartsen, psychiaters, gerieters , endocrinologen en oncologen : 90%

Pedieters en reumatologen : 70 %

Dermatologen en Urgentisten : 60 %

Différents éléments doivent être pris en considération : d'une part, le domaine (consultations classiques, consultations multidisciplinaires ou téléconsultations), ensuite, la complexité avec ou sans actes techniques, et enfin, le risque.

Jo De Cock a insisté sur le contexte dans lequel cette réforme des ACA doit se situer, à savoir le « New Deal pour la médecine générale », la multidisciplinarité et les autres profession des soins de santé.

## Commentaires

1. La méthodologie et le travail effectué sont dignes de respect vu la complexité du chantier, la recherche d'équité, le mode participatif avec les experts (GBS et autres) et le respect des organes de gestion et de décision comme l'INAMI, le CTM, la médico-mut...
2. La réforme est non seulement une réforme de la nomenclature qui devra éliminer les disparités de revenus injustifiées sur base de critères objectifs, mais elle est également une réforme du financement des hôpitaux.
3. La réforme des consultations participe du changement de paradigme dans les soins, avec des forfaitarisations pour les médecins généralistes et leur « New Deal » (médecine préventive, médecine de la population, astreintes de garde avec le 1733, consultations multidisciplinaires...)
4. Un principe de pondération dans des échelles de valeur relatives intra et interdisciplinaires, modifie complètement la notion de « fee for service ». La nouvelle version est celle de « Points for service ». Le « Fee for points » dépendra de la valeur du point en fonction du budget disponible et du volume d'actes.
5. Le BMF calculé en fonction des frais de fonctionnement avec un honoraire pour le médecin est demandé et exigé par les gestionnaires des hôpitaux. « Wij moeten afstappen van de afdrachten van de honoraria » déclarait Margot Cloet<sup>23</sup> à la réunion MAHA pour améliorer le financement des hôpitaux. En d'autres termes, la gestion revient au gestionnaire et la médecine revient au médecin qui reçoit un honoraire.
6. Le financement par la nouvelle nomenclature occulte complètement l'exercice de la médecine extrahospitalière. Les frais de fonctionnement sont versés directement au BMF des hôpitaux.
7. Le rôle du Conseil médical de l'hôpital dans la participation à son financement devient superflu puisque dans son BMF, le gestionnaire reçoit directement les frais de fonctionnement. La dualité médecin – gestionnaire n'en sera qu'exacerbée. Le gestionnaire pourra se passer de l'avis des médecins et les médecins, faute de moyens financiers (BMF), s'opposeront à leur direction.
8. Si les honoraires des médecins financent leur acte (intellectuel) et les frais de fonctionnement, l'hôpital, le gestionnaire ne pourra plus faire appel au soutien financier des médecins libéraux. Qu'inventeront les gestionnaires des hôpitaux pour combler leur déficit ? L'achat d'une participation des médecins, non pas au bénéfice (ASBL) mais à la promotion et au développement institutionnel ? L'hôpital deviendrait une institution caritative avec des généreux donateurs, les médecins ?
9. Si les honoraires des médecins sont de faux honoraires purs, les médecins auront tout intérêt à être salariés. Un boulot est accompli avec les moyens, matériel et personnel dont on dispose,

---

<sup>23</sup> Margot Cloet, conférence de presse MAHA Belfius, 16.11.2022

chacun faisant ce qu'il peut dans un timat prédéfini. L'équilibre avec la vie privée est garanti au prix de frustrations dans la vie professionnelle.

### **Conclusions :**

La réforme de la nomenclature et du financement des activités des médecins s'inscrit dans une politique de santé du ministre. Le nouveau paradigme consiste en une organisation de la médecine en première ligne avec des forfaits et une petite part réservée à la nomenclature des actes (étude statistique des activités).

La réforme de la nomenclature distingue les honoraires et les frais de fonctionnement et promeut ainsi une gestion hospitalocentrée de la médecine spécialisée, avec un gestionnaire qui gère et un médecin qui fonctionne comme un maillon de la chaîne de production des soins. L'absence de co-gouvernance basée sur le consensus, telle que prévue dans le fonctionnement du Conseil médical unique de réseau, s'oppose à une médecine de qualité personnalisée pour chaque patient.

Quelle place reste-t-il pour la médecine spécialisée extrahospitalière, l'entrepreneuriat des médecins, l'innovation et la recherche d'excellence ?

## 9.1.2 Aperçu chronologique de la réforme structurelle de la nomenclature

Depuis la création de la nomenclature, cette liste des prestations de santé a été systématiquement complétée et adaptée, mais jamais complètement révisée. Elle comprend aujourd'hui près de 4 000 prestations médicales. C'est pourquoi, depuis des années, des voix s'élèvent de toutes parts pour en demander une révision en profondeur.

### **2014**

L'accord de gouvernement du 11 octobre 2014 (Michel I) mentionne au point 3.6.4 : « une révision et une simplification de la nomenclature" : les tarifs sont adaptés de manière transparente au prix de revient réel de la prestation, les différences injustifiées de niveaux d'honoraires entre les diverses disciplines médicales sont supprimées. Les prestations intellectuelles (en particulier pour les disciplines en pénurie), l'harmonisation réciproque, la concertation et la coordination dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire sont mieux honorées. Le prix des matériels ou produits utilisés lors de la dispensation de soins ne peut avoir d'impact sur le tarif facturé par le dispensateur de soins. La réévaluation doit fournir des incitants à la productivité et à la spécialisation.

### **2016**

Le contrat d'administration conclu entre l'INAMI et l'État belge pour la période 2016-2018 prévoit également l'engagement à établir un cahier des charges pour la réalisation d'une étude sur le renouvellement (et la simplification) de la nomenclature.

### **2017**

L'accord national medicomut du 19 décembre 2017 développe ce point en détail, en demandant la nomination d'un groupe de recherche chargé d'élaborer un certain nombre de propositions pour atteindre un certain nombre d'objectifs :

- Faire disparaître les inégalités de revenus entre les généralistes et les spécialistes et entre les spécialistes mêmes ;
- Améliorer la logique interne, la lisibilité et la transparence de la nomenclature ;
- Introduire des incitants favorisant la collaboration et la qualité.

Dans un premier temps, ce groupe de recherche devait préparer des propositions sur 2 thèmes :

1. La normalisation et la classification de la nomenclature des prestations de santé ;
2. L'identification de la distinction entre les honoraires professionnels et les frais de fonctionnement chez les grands producteurs médicaux.

## 2018

Plusieurs moments de concertation entre les différents acteurs ont suivi, et le 7 décembre 2018, le groupe de recherche des Prs M. Pirson et P. Leclercq (ULG-GEDIS) a été invité à soumettre une proposition concrète sur le déroulement de la réforme de la nomenclature, avec dans une première phase, une restructuration et une standardisation de la nomenclature existante permettant un benchmarking international dans le futur.

En outre, il fallait aussi tenir compte de l'évolution et de l'organisation des prestations médicales (lire : la collaboration multidisciplinaire).

Enfin, une analyse du coût des prestations a dû être réalisée, en tenant compte de facteurs tels que le temps, la complexité et les risques.

## 2019

L'équipe des Prs Pirson et Leclercq s'est mise au travail et a présenté une proposition étoffée le 15 janvier 2019 : cette proposition a été discutée une première fois à la Commission nationale médico-mutualiste le 4 février 2019, et une deuxième fois dans une version adaptée, le 13 février 2019. La proposition prévoit une restructuration de la nomenclature en 3 parties :

1. Actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC en abrégé) (il est question de 2 500 prestations pour un montant d'environ 3,5 milliards d'euros) ;
2. Actes médico-techniques automatisés et assimilés (AMTAA) (anatomopathologie, radiothérapie, biologie clinique, médecine nucléaire,...) (soit 850 prestations pour 1,7 milliard d'euros) ;
3. Actes de consultation et assimilés (ACA) (335 prestations pour 2,8 milliards d'euros).

Les raisons de cette subdivision sont la spécificité de ces différents groupes, chacun d'entre eux exigeant un principe de standardisation différent, où, cependant, tout doit s'intégrer dans un plan d'ensemble et une structure arborescente.

Au début des travaux, trois équipes scientifiques différentes ont été désignées pour prendre en charge ces trois volets (en plus du groupe Pirson/Leclercq qui s'occupe des actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC)) ; il y a aussi un groupe de recherche de l'UGENT dirigé par le Prof. L. Annemans chargé des actes de consultations et assimilés (ACA) et enfin un groupe de l'agence Möbius chargé des actes médico-techniques spécifiques (AMTAA).

Ce processus (phase 1) devait durer deux ans et être soutenu par un groupe de projet au sein de l'INAMI et un comité d'accompagnement composé, entre autres, d'experts scientifiques et de membres de la Cellule politique du Ministre, du SPF Santé publique, de la Commission nationale médico-mutualiste et du Conseil technique médical.

La révision de la nomenclature se déroule en 3 phases :

- Phase 1 : restructuration et adaptation des libellés
  - Standardisation en fonction d'une logique triaxiale ou adaptée aux catégories correspondantes de la nomenclature.
  - Adéquation avec la classification ICHI (International Classification of Health Interventions) ou la classification internationale adaptée.

- Transfert méthodologique pour le maintien et le développement des prestations au sein d'une nomenclature qui reste cohérente.
- Phase 2 : déterminer les rapports réciproques entre les différentes prestations sur base de critères objectifs (partie professionnelle des honoraires). Construire aussi des échelles de valeur relative pour la partie professionnelle.
- Phase 3 : évaluation des frais de fonctionnement nécessaires aux prestations de santé.

Cette troisième phase comprend donc un élargissement des objectifs initialement proposés avec l'intégration d'un cinquième/quatrième objectif : dans les honoraires de tous les médecins, distinguer de manière transparente et standardisée la partie « honoraires médicaux destinés à couvrir tous les coûts directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations médicales et non couverts par d'autres sources » de la partie « honoraires destinés à couvrir la prestation du médecin » ; il s'agit aussi d'examiner l'impact dans le secteur hospitalier sur la rétrocession/les coûts réels, la gestion des suppléments d'honoraires et la gestion médicale de la partie « coûts ».

Le 25 septembre 2019, ces plans concrets ont été présentés au secteur.

## 2020

Pour coordonner et suivre ces travaux, un comité d'accompagnement a été créé en mars 2020, il se compose de 25 membres actifs : 7 représentants des organisations médicales représentatives, 5 représentants des organismes assureurs, 4 représentants des fédérations hospitalières, le président et le président suppléant/vice-président du Conseil technique médical, 1 représentant du GBS, 1 représentant de la cellule stratégique du ministre des Affaires sociales, 3 représentants de l'INAMI, 1 représentant du SPF Santé publique et 1 représentant du KCE.

Le 17 décembre 2020, le groupe Möbius a présenté au comité d'accompagnement le rapport général final de la phase 1A pour les actes médico-techniques spécifiques (analyse de la nomenclature actuelle) et en mars 2021, la phase 1B a été bouclée pour l'anatomo-pathologie et la médecine nucléaire (élaboration de la future nomenclature, sans valorisation).

Pour la biologie clinique, une étude préalable en phase 1B a montré qu'une autre forme de financement est nécessaire. Pour ce faire, la biologie clinique ne suivra pas le même processus que les autres disciplines mais sera régulée par une phase distincte : la phase 1C.

Pour la radiothérapie, une adaptation de la nomenclature actuelle n'est pas prévue, il faudra élaborer une nomenclature totalement différente : cette phase se terminera fin 2022.

## 2021

Le 10 septembre 2021, l'équipe de recherche de l'UGent a fourni son rapport sur la phase 1 concernant les actes de consultation et assimilés. Ce rapport met en évidence des points de vue différents sur la façon de considérer la charge de travail variable en termes de durée et de complexité des consultations, pour lesquelles d'autres formes de concertation devraient également être envisagées. En raison de ce problème, il n'a pas encore été possible de définir un processus de suivi (phase 2) concernant les actes de consultation et assimilés.

Cependant, pour les médecins généralistes, la note « Vers un New Deal pour le (cabinet de) médecin généraliste » a été proposée le 17 juin 2022, avec la création d'un groupe de réflexion qui devra formuler une proposition concrète et opérationnelle avant fin avril 2023 pour un nouveau modèle d'organisation et de financement durable, à savoir des interventions, des consultations et des actes assimilés pour les médecins généralistes.

Pour les médecins spécialistes, un exercice similaire doit encore être réalisé. Pour ce faire, un groupe de travail restreint sera mis en place au sein de la Commission nationale médico-mutualiste afin d'élaborer une note d'orientation (annoncée lors de la réunion médico-mut d'octobre 2022).

Le 22 juin 2021, l'équipe des Prs Leclercq/Pirson s'est vu confier une mission supplémentaire pour une phase 1bis (phase intermédiaire entre la phase 1 et la phase 2). Cette phase supplémentaire s'est avérée utile pour collecter les données nécessaires sur la base de la nouvelle nomenclature descriptive (établie en phase 1) mais aussi sur la base des tarifs actuels, afin de pouvoir fixer définitivement les coûts et surtout les tarifs résultant des différentes phases (on parlera désormais des phases 2.1 et 2.2 au lieu des phases 2 et 3), pour que, dans une phase finale, la nouvelle nomenclature descriptive incluant les nouveaux tarifs puisse entrer en vigueur.

Concrètement, cela signifie que la nouvelle nomenclature restructurée dans sa forme descriptive (par opposition à la forme tarifante) devrait d'abord entrer en vigueur avec les tarifs et les règles d'application de l'ancienne nomenclature, puis ensuite celle-ci sera convertie pour qu'on puisse se servir d'un format commun adapté.

Pour info: il est à nouveau garanti que l'intégralité de la nomenclature suivra ce processus et que la conversion à la nouvelle nomenclature est une et indivisible...

La phase 1A bis est subdivisée en 3 sous-phases :

1. Travaux généraux pour aligner la nouvelle nomenclature sur les règles, tarifs et budget actuels ;
2. Codage et base de données générale de la nomenclature comme base des programmes informatiques des fournisseurs/prestataires et des organismes assureurs ;
3. Révision de la procédure pour établir la nomenclature.

Ainsi, la phase 1 de la révision de la nomenclature sera considérée comme largement terminée et, pour respecter le calendrier préétabli, il conviendra de passer aux phases 2.1 et 2.2.

Le 12 juillet 2021, un accord a été conclu avec le groupe des Prs Pirson et Leclercq pour l'exécution des phases 2.1.A. et 2.2.A. Un autre accord a été conclu avec le groupe de la KUL (Prs J. Kips et K. Kesteloot) pour que ces phases soient menées à bien pour la partie néerlandophone du pays.

L'objectif de la phase 2.1.A est de déterminer le rapport entre les différentes prestations ATMC (Actes techniques médico-chirurgicaux) sur la base de critères objectifs (les fameux honoraires « intellectuels ou médicaux ») et l'objectif de la phase 2.2.A. est d'évaluer dans une première étude de base, les « frais de fonctionnement » nécessaires aux prestations ATMC.

Une phase 2.2.A bis impliquant une étude approfondie complète et justifiée pour évaluer les frais de fonctionnement nécessaires aux prestations ATMC ne peut démarrer qu'après la réussite des phases 2.1.A et 2.2.A.

Tout cela devrait être accompli avant fin 2024.

L'accord national médico-mutualiste de décembre 2021 insiste pour que l'échéancier soit respecté et qu'un groupe d'accompagnement élabore un modèle de co-gouvernance pour la partie des honoraires correspondant aux coûts. En outre, l'accord stipule que pour la biologie clinique, certaines composantes de l'imagerie médicale (IRM et CT) et la médecine nucléaire (PET), une approche spécifique est nécessaire à l'estimation de la partie coûts de ces prestations pour parvenir à limiter les différences de pratique constatées.

L'imagerie médicale et la médecine nucléaire ont été confiées au professeur J. Kips de la cellule politique du ministre.

La biologie clinique revient à l'équipe Möbius qui poursuit ses travaux pour l'élaboration d'un mode de financement distinct.

Concernant l'imagerie médicale et la médecine nucléaire, c'est le professeur J. Kips, de la cellule politique du ministre, qui a été mandaté pour cette tâche. Concernant la biologie clinique, l'équipe Möbius continue de travailler à l'élaboration d'un mode de financement distinct.

## 2022

La mission des Prs Pirson/Leclercq/Kips/Kesteloot pour la phase 2 a pris effet le 1er janvier 2022 et devrait durer entre 3 (conception) et 5 (mise en œuvre) ans.

Début 2022, un accord a été conclu avec le groupe Möbius pour la mise en œuvre des phases 2.1. et 2.2/ pour l'anatomie pathologique, la radiothérapie-oncologie, la biologie clinique (biologie moléculaire uniquement) et la génétique. Comme pour la radiothérapie, une phase préparatoire supplémentaire 1C est nécessaire pour classer les différents traitements selon des catégories de gravité sur la base des données disponibles.

Concernant les laboratoires d'anatomie pathologique, 10 laboratoires pilotes seront sélectionnés pour réaliser ces deux phases.

Pour le reste de la biologie clinique, une proposition de nouvelle méthode de financement a été mise au point. Ainsi, la phase 2.1 est suspendue en attendant la définition d'un cadre général pour la partie professionnelle de certaines activités médicales hospitalières et la phase 2.2 sera traitée séparément.

La nomenclature de la médecine nucléaire in vivo a été transmise au groupe Pirson/Leclercq/Kips/Kesteloot pour les phases 2.1 et 2.2.

Pour le développement de la phase 2.2 (élaboration d'une échelle de valeurs des frais de fonctionnement associés aux actes techniques médico-chirurgicaux), un certain nombre d'hôpitaux « pilotes » participeront à une étude « Frais de fonctionnement associés aux actes techniques médico-chirurgicaux par les hôpitaux généraux » (11 hôpitaux flamands, 15 hôpitaux wallons/bruxellois) afin d'identifier tous frais de fonctionnement directs, indépendamment de la source de financement actuelle. Il faudra aussi travailler sur les unités fonctionnelles opérationnelles (imagerie, endoscopie, bloc opératoire, centre de dialyse, etc.), en donnant la priorité aux unités fonctionnelles qui génèrent la plus grande partie des honoraires, à commencer par l'imagerie médicale.

Deux approches complémentaires seront adoptées : une approche normative (« should be ») et une approche basée sur les coûts réels (« as is »).

Dans l'approche normative, les experts sont interrogés sur les ressources en principe nécessaires aux prestations médicales propres à l'unité fonctionnelle et sur le volume des prestations possibles avec ces ressources dans le cadre d'un nombre normatif d'heures d'utilisation de la capacité.

L'approche basée sur les coûts réels consiste à calculer les frais de fonctionnement sur la base des données relatives aux coûts réels par unité fonctionnelle.

Ce projet débutera dans un premier temps avec la nomenclature actuelle, et une fois que les nouveaux libellés de la nomenclature seront introduits et que les données sur les volumes seront disponibles, le calcul des frais de fonctionnement sera à nouveau appliqué (2025-2026).

Depuis février 2022, les nouveaux libellés de la nomenclature qui seront utilisés pour la phase 2.1 sont soumis mensuellement au groupe de travail Chirurgie du Conseil technique médical (groupe de travail chirurgie car il s'agit avant tout de la nomenclature des disciplines chirurgicales). À cet égard, le Conseil technique médical donne un accord de principe, l'approbation définitive ne sera donnée par le Conseil technique médical qu'à un stade ultérieur, lorsque toutes les règles d'application auront aussi été

intégrées à la nouvelle nomenclature. Au stade actuel de développement de la nouvelle nomenclature, seuls les libellés sont disponibles via la nouvelle logique triaxiale, les règles d'application n'ayant pas encore été rédigées.

Ces nouvelles propositions de nomenclature ont été préparées au cours de la phase 1 par le groupe Pirson/Leclercq en collaboration avec des experts des différentes disciplines médicales, pour la plupart délégués des universités et des associations scientifiques et professionnelles des disciplines concernées.

Pour info : les différentes équipes de recherche déterminent en toute indépendance les groupes d'experts à impliquer dans l'élaboration des nouveaux libellés.

Entre-temps, les disciplines suivantes ont déjà été prises en considération (jusqu'en octobre 2022) par le Conseil technique médical : Orthopédie - membre supérieur, Orthopédie - membre inférieur, Orthopédie - main, Orthopédie - pied, Orthopédie - colonne vertébrale, Neurochirurgie, Chirurgie plastique, NKO et Stomatologie.

Ensuite, la phase 2.1. a débuté pour ces libellés.

Ici aussi, un groupe de six à huit spécialistes désignés par le GBS, les sociétés scientifiques concernées et les universités établit une échelle de valeurs par libellé pour chaque spécialité, en tenant compte de la durée, de la complexité et du risque de la prestation en question.

Les numéros de nomenclature les plus fréquemment utilisés sont repris.

Si la consultation de ces 6 à 8 experts révèle que leurs avis divergent trop, le développement de la phase devra se poursuivre par consensus ; si les divergences sont suffisamment faibles, les chiffres peuvent être utilisés directement. Tout cela aura d'abord lieu de manière intra-disciplinaire.

Lors de la phase suivante, les échelles de valeur seront ensuite harmonisées entre les disciplines grâce à des « gateways », c'est à dire, une sorte de mise en rapport des procédures médicales de différentes spécialités dont l'intensité du travail médical est jugée équivalente par les spécialistes des disciplines concernées (idéalement 8 gateways de comparaison entre deux spécialités). Tout cela devrait être terminé pour les codes de nomenclature des ATMC d'ici juillet 2024.

Voilà pour l'aperçu chronologique de la réforme structurelle de la nomenclature.

Ainsi, à l'heure actuelle, la phase 1 est terminée pour la plupart des disciplines et les phases 2.1 et 2.2 battent leur plein.

L'aperçu chronologique montre que de nombreux ajustements ont été effectués par rapport au projet initial de révision de la nomenclature, et la complexité de ce projet n'a fait qu'augmenter.

Le but était et reste de mettre en œuvre l'intégralité de cette réforme, ce qui nous permettra de disposer enfin d'une toute nouvelle nomenclature et d'indemnités de nomenclature. Or, à ce jour, force est de constater que le processus n'est pas aussi simple et ne passe pas par la même méthodologie pour toutes les disciplines. En ce qui concerne les consultations et la concertation multidisciplinaire, l'ensemble du processus n'a même pas encore été lancé.

Un travail considérable a déjà été réalisé ces dernières années par les équipes de recherche et les experts qu'elles ont consultés. Mais le travail qui reste à accomplir est encore plus important et sera beaucoup plus complexe.

L'évaluation par le Conseil technique médical de la nouvelle nomenclature associée à toutes les règles d'application par libellé, nécessitera beaucoup de temps et d'efforts. Les nombreux travaux actuellement menés de front au sein et en dehors des différentes équipes, groupes de travail spéciaux et autres devraient à terme fusionner en un ensemble cohérent.



Reste à voir ce qui se passera si, lors d'une phase de ce processus, il s'avère que cette fusion n'est pas possible. Quelle décision politique sera alors prise ? Seul l'avenir nous le dira...

## 9.2 Nomenclature actuelle

### 9.2.1 Article 14n et consultation multidisciplinaire Spine

Aux environs de 2010, un certain nombre de chirurgiens orthopédistes et de neurochirurgiens ont estimé qu'il y avait trop d'associations en Belgique pour traiter les pathologies du dos. Les associations étrangères n'avaient aucun point de contact concret et les pouvoirs publics aucun interlocuteur. L'expérience de ces spécialistes était que la nomenclature était répartie sur plusieurs articles de cette nomenclature et qu'elle était fort sujette à interprétation avec l'utilisation de pseudo-numéros. On avait aussi le sentiment que l'outcome de la chirurgie devait être mieux enregistré.

Durant la même période, les pouvoirs publics ont noté une augmentation des opérations du dos à partir des données des mutuelles : 40 % en 10 ans. Les pouvoirs publics ont dû mettre en place un contrôle budgétaire. La consommation d'implants en Belgique était manifestement plus élevée que dans les pays européens avoisinants. Le prix des implants était plus élevé qu'en France, il y avait donc une marge pour faire baisser les prix belges. Le KCE avait donné des recommandations préalables concernant la neuromodulation (rapport KCE 189A) et l'indication de la chirurgie du dos serait soumise à un examen critique.

En 2014, la ministre M. De Block a appliqué une réduction linéaire du remboursement des implants pour la chirurgie du dos.

Elle a aussi pris acte des signaux des médecins pour collaborer avec le comité de remboursement des implants et d'autres instances telles que l'INAMI afin de parvenir à un traitement efficace et de qualité des troubles de la colonne vertébrale, en tenant compte des moyens disponibles. Il est donc important de disposer d'un interlocuteur qui fédère les différentes associations de médecins.

En 2012, la société scientifique coupole Spine Society of Belgium (SSBe) a été fondée.

Cette société officielle a été fondée en tant qu'organisation coupole nationale pour regrouper les associations professionnelles existantes d'orthopédie (BSS néerlandophone, Belgian Spine Society / Groupe du Rachis francophone), de neurochirurgie (BNSS, Belgian Neurosurgical Spine Society) et de médecine physique et de réadaptation (RBSPRM, Physical and rehabilitation Medicine - active en pathologie spinale). Outre un interlocuteur, elle souhaite aussi promouvoir des programmes de formation et les échanges d'informations. La société est également ouverte à d'autres disciplines : rhumatologie, anesthésie,...

Dans le texte « Service des soins médicaux ; Comité de remboursement des implants et les dispositifs médicaux invasifs daté du 4 décembre 2014 : concerne les mesures d'économie 2015 pour le secteur des implants et des dispositifs médicaux invasifs », le gouvernement a chargé le comité de replacer la diminution du prix des implants dans un contexte plus large de maîtrise des volumes de ces opérations du dos.

Le comité a souhaité subordonner le remboursement des implants rachidiens à certains critères :

- Une indication multidisciplinaire que l'on puisse décrire comme une consultation "spine" à introduire par l'intermédiaire du Conseil technique médical.
- Un délai d'attente obligatoire de par exemple 6 mois après le constat de la pathologie avant de pouvoir obtenir un remboursement des implants. Bien entendu avec des exceptions comme l'oncologie, les handicaps neurologiques graves,...

- Un registre comprenant les indications et l'outcome. L'enregistrement de traitements complémentaires y compris la mise en place d'un neurostimulateur, les médications et la date de reprise du travail. Quelques médecins utilisaient déjà le registre suisse « Spine Tango ».
- Une limitation du nombre de centres de la chirurgie du dos.

Ces pistes de réflexion n'ont pas toutes été suivies. L'option consistait surtout à pouvoir offrir un traitement de qualité en tenant compte du budget.

Un lien a été établi entre le nombre de neurostimulateurs placés et le nombre d'échecs de chirurgie du dos. Nous savons maintenant que ce terme n'est pas correct et que nous devrions parler d'échec du traitement du dos, car ces patients ont souvent reçu d'autres traitements avant l'intervention et la décision de placer un neurostimulateur ne s'est pas toujours déroulée comme elle aurait dû. Concernant les nouvelles techniques telles que les prothèses discales, les vertébroplasties et les cyphoplasties, une actualisation des résultats a été demandée.

Entre-temps, les membres fondateurs de la SSBe avaient commencé à réécrire la nomenclature. Les fondateurs de la SSBe ont depuis commencé à travailler à la réécriture de la nomenclature.

### **Nomenclature 14n:**

La nomenclature actuelle (articles 14k et 14b) était en effet obsolète et ne reflétait plus l'évolution actuelle de la chirurgie du rachis. Très souvent, le codage se faisait du mieux qu'on pouvait et certains actes chirurgicaux étaient sous-évalués.

Une toute nouvelle nomenclature indépendante, accessible aux chirurgiens orthopédistes et aux neurochirurgiens, a donc été créée. Cette nomenclature a été formalisée dans le nouvel article 14n.

L'élaboration de cette nouvelle nomenclature s'est appuyée sur quelques principes de base, conformément aux critères internationaux, qui sont maintenant également mis en avant dans cette nouvelle task force nomen2.0 de l'INAMI.

Toutefois Les principes les plus importants sont à nouveau énumérés ci-dessous :

- \* *éviter l'utilisation de critères diagnostiques* dans la nomenclature afin de limiter la variabilité inter- et intra-observateur. La nouvelle nomenclature est strictement basée sur le libellé de la technique chirurgicale afin d'optimiser la clarté et la traçabilité,
- \* la nomenclature doit rendre compte de *la durée*, de *la complexité* et des *risques* de chaque intervention,
- \* des numéros de nomenclature distincts sont prévus pour les *interventions à niveaux multiples*,
- \* des numéros de nomenclature distincts sont prévus pour la *chirurgie de révision*.

Ce brillant projet a abouti à une nomenclature très pratique et claire. Il est impossible de tout inclure sans rentrer dans une nomenclature casuistique.

On ne trouvera pas un cas de sténose du canal spinal à presque tous les niveaux lombaires et un antérolithésis L4-L5 si l'on effectue une laminectomie L2-L4 avec une fusion par réduction PLIF sur L4-L5. Il faudra choisir entre :

225422 ^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du récessus latéral ou de kyste, sur 3 niveaux ou plus K 400

Ou

225540 ^^ Arthrodèse lombaire par abord postérieur ou transforaminal au moyen de vis pédiculaires (PLIF, TLIF), sur 1 niveau K 360.

Si une chirurgie de révision est nécessaire, le K400 obtient un ^ et le K360 deux ^^, ce qui se répercute sur le K de la chirurgie de révision.

On ne pourra jamais faire une liste exhaustive et parfaite et ce qui a été publié ici est un travail remarquable qui mérite tout notre respect.

Il reste encore quelques questions concernant la nomenclature et plus particulièrement son impact sur trois autres articles :

1. Honoraires de surveillance :

Article 25: "2° Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention chirurgicale sont couverts pendant cinq jours par les honoraires prévus pour cette intervention.

Cette période d'immunisation n'est pas non plus d'application pour les prestations de :

- Neurochirurgie et orthopédie tel que prévu à l'art. 14, n), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 410.

La Spine Society of Belgium (SSBe) a réagi, a donné une présentation et posé une question correctes. Elle était restée dans l'ombre pendant tout ce temps.

Le cut-off en K410 donne lieu à une situation vraiment déséquilibrée par rapport aux autres disciplines chirurgicales, cette mesure n'est pas neutre budgétairement et porte atteinte aux honoraires de surveillance.

Maintenant, si on compare ces honoraires de surveillance et qu'on constate qu'il n'y a pas de surveillance pour une microdissectomie mais bien pour une dissectomie cervicale antérieure (ce que nous pourrions vouloir pratiquer en hôpital de jour), le cut-off pourrait être imposé à un K225.

La SSBe même impose un cut-off plus important à K250.

Manifestement, revenir sur cette question n'est pas souhaitable avant d'avoir une idée de l'impact budgétaire de l'article 14n.

2. Financement d'une salle d'opération supplémentaire :

Impact du concept de l'article 14n sur la loi du financement des hôpitaux de 2022, page 53 version du 12-12-2018.

Une deuxième salle supplémentaire sera accordée si, en outre :

\* l'hôpital, pour autant qu'il ait été éligible à l'attribution de la première salle, dispose d'un service agréé de cathétérisation cardiaque interventionnelle ou d'un programme de soins B2 agréé "pathologie cardiaque" ou d'un service de neurochirurgie, qui, au cours de la dernière année de service connue, réalise au moins 250 interventions chirurgicales K, dont au moins 150 sont inscrites dans la nomenclature susmentionnée avec une valeur égale ou supérieure à K400.

Comme plusieurs numéros seront supprimés de la nomenclature neurochirurgicale et seront également réduits en raison de l'augmentation permanente des efforts d'investissement, d'expertise et de suivi en neurochirurgie, l'article 14n doit également être pris en compte ici, en plus de l'article 14b.

À ce niveau-ci, les instances des pouvoirs publics devraient aussi examiner l'impact à terme.

3. Indemnité kinésithérapie postopératoire: En attendant le "18-12-2022", l'article 14n n'a pas encore été intégré dans la liste Fa des kinésithérapeutes. Pour l'instant, le texte de la nomenclature (également daté du 01/09) ne mentionne que les articles 14 b), et 14 k) et 14 e). Cela signifie que les patients ne peuvent pas escompter une augmentation du remboursement pour 60 séances de kinésithérapie.

Ce projet a reçu l'aval des pouvoirs publics, puisqu'il a été développé en partie à la demande des pouvoirs publics. Les médecins qui ont rédigé les textes et participé aux réunions ont été soutenus par le Dr Rob Van den Oever, qui a préparé et encadré le projet pour les pouvoirs publics, et par le professeur Nadien Ectors, qui a supervisé le projet au Conseil technique médical.

Représentants de la SSBe au groupe de travail ad hoc Spine du CTM : Prof. Dr E. Munting, Prof. Dr B. Depreitere, Dr P. Van Schaeybroeck, Prof. Dr M. Bruneau, Dr D. Verhulst, Dr P. Fransen remplacé par Prof. Dr B. Pirotte, Dr J. Van Lerbeirghe et Dr D. Hoste.

Après le conseil médical technique, le dossier est passé à la Médicomut, puis chez le ministre de la Santé, au Conseil d'État et enfin chez le ministre du Budget pour le contrôle budgétaire. Là-bas, il a traîné pendant un certain temps en partie à cause de la pandémie de COVID. Enfin, à l'été 2022, le nouvel AR a été publié et est entré en vigueur le 01-09-2022.

### **« Spine centrum » ou « équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale »**

Chapitre II – Consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations

Consultations, visites, ... - Article 2

Tous les éléments de l'annexe Commission remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs n'ont pas été retenus : le nombre de centres n'a pas été limité et aucune période d'attente de six mois n'a été inscrite. Il n'est pas nécessaire que tous les patients souffrant du dos soient vus par trois ou quatre disciplines avant de commencer un traitement convenu par consensus.

Cependant, avec la nouvelle nomenclature pour la chirurgie de la colonne vertébrale, un effort supplémentaire a été demandé à la SSBe pour créer un cadre plus large afin d'améliorer la qualité des soins de la colonne vertébrale en Belgique et ainsi pouvoir réduire les coûts.

L'utilisation de la nouvelle nomenclature a donc été intégrée dans la création des « spine centers », rebaptisés par la suite « équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale » dans les textes finaux.

Les spécialistes de la médecine physique sous la direction des Drs P. Linden et Jan De Neve, ainsi que les thérapeutes de la douleur et spécialistes en anesthésie sous la direction du Dr Jan Van Zundert, ont également apporté leur contribution.

Le principe de base de la création de ces équipes soignantes multidisciplinaires pour promouvoir la qualité des soins de la colonne vertébrale est la mise en place de la consultation spine multidisciplinaire (CSM).

Les prestations de l'art. 14, n), ne sont éligibles au remboursement que si elles sont effectuées dans un établissement de soins doté d'une équipe soignante multidisciplinaire pour le traitement de la pathologie de la colonne vertébrale, coordonnée par un médecin spécialiste soit en chirurgie orthopédique soit en neurochirurgie soit en médecine physique et de réadaptation. Ce coordinateur travaille au moins 8/11 dans l'établissement de soins.

L'équipe soignante multidisciplinaire pour le traitement de la pathologie de la colonne vertébrale comprend toutes les disciplines qui, dans la réalité clinique de l'établissement de soins, sont impliquées dans la prise en charge des patients souffrant d'une pathologie de la colonne vertébrale, et se compose au moins des personnes suivantes :

- Un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie ayant une expérience en pathologie de la colonne vertébrale. Au moins un chirurgien orthopédiste ou un neurochirurgien a au moins trois ans d'expérience dans le traitement conservateur et chirurgical des pathologies de la colonne vertébrale et travaille au moins 8/11 dans cet établissement de soins.

- un médecin-spécialiste en médecine physique et en réadaptation ayant de l'expérience en pathologie de la colonne vertébrale. Au moins un de ces médecins travaille au moins 8/11 dans cet établissement de soins.

- un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation ayant une expérience en algologie. Au moins un de ces médecins travaille au moins 8/11 dans cet établissement de soins.

L'équipe soignante multidisciplinaire pour le traitement de la pathologie de la colonne vertébrale est responsable d'une approche uniforme et standardisée en termes de diagnostic, de traitement multidisciplinaire, y compris la réadaptation fonctionnelle et le suivi des patients atteints d'une pathologie de la colonne vertébrale, ainsi que de la mise en œuvre du trajet de soins pour le traitement de la pathologie de la colonne vertébrale chez le patient. Ce faisant, les directives nationales et internationales sont suivies et documentées en permanence sans porter atteinte au libre choix du patient.

La CSM **ne peut être tenue qu'en réponse** à au moins une des indications suivantes :

- a) douleur cervicale ou dorsale chronique pour laquelle un traitement chirurgical est envisagé ;
- b) patients chez qui, en raison d'une pathologie dégénérative, une arthrodèse lombaire sur plus de 2 niveaux est envisagée ;
- c) patients chez qui, en raison d'une pathologie dégénérative, une intervention de révision est envisagée au même niveau, du même côté et par le même abord ;
- d) douleur de la colonne vertébrale chronique et pour laquelle malgré 6 mois de thérapie conservatrice et de revalidation le résultat obtenu est insuffisant ;
- e) radiculopathie invalidante subsistant plus de 6 mois malgré une thérapie non chirurgicale ;
- f) douleur cervicale ou thoracolombaire chronique avec ou sans brachialgie/ischialgie avant la réalisation d'un quatrième traitement thérapeutique interventionnel de la douleur sur une période de 12 mois ;
- g) en cas de présence d'indicateurs d'un risque accru de pronostic défavorable et lorsqu'un traitement chirurgical est envisagé ;
- h) patients pour lesquels une neuromodulation est envisagée ;
- i) patients pour lesquels une vertébro/cyphoplastie percutanée est envisagée, à l'exception d'une indication oncologique.

Il est principalement question de pathologies chroniques.

a + b + c + i : pour éviter les chirurgies inutiles.

d + e + f : pour éviter que le patient ne reste dans le circuit conservateur durant une période inutilement longue.

L'une ou l'autre indication vise à éviter les traitements inutiles et l'acharnement thérapeutique, qu'il soit chirurgical ou conservateur.

Le ministre a prévu un budget distinct pour cette CSM ;

Anno 2019: K = 1,23 € (avant l'indexation jusqu'à 2022) 7 000 sont attendus chaque année : 3 X K17 + K15+K80 -> 185 € comme aucun K25 généraliste n'est pris en compte : 1 295 000 € CSM

La valeur K des CSM n'est pas la même que celle de l'article 14n !!

La facturation des consultations spine individuelles pose certains problèmes :

Seulement une des prestations 105092, 105114, 105136, 105151,105173 et 105195 est autorisée au maximum une fois par patient, par année civile et par spécialité.

- On ne sait pas toujours si le patient s'est déjà rendu chez un autre spécialiste de la même discipline durant cette année (tous les médecins ne se trouvent pas dans un même dossier électronique et certains cabinets privés ne sont pas connectés à EhealthHub).
- La prestation 105291-105302 peut uniquement être attestée si au maximum 120 jours avant cette prestation, au moins une des prestations 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 ou 105195 a été réalisée.

On ne peut donc facturer la CSM que si le numéro « consultation du dos » a été facturé moins de 3 mois avant la CSM. Quid si l'on voit le patient le 5 janvier pour consultation du dos et le 29 avril pour contrôle : nomenclature habituelle et on souhaite référer le patient en CSM : réponse de la tarification : refus. Idem pour les CSM des patients vus avant le 01-09-2022 et rencontrés en CSM après le 01-09-2022.

Qu'a-t-on voulu vérifier avec ce numéro de nomenclature ? La valeur de cette prestation est la même que celle de nos autres consultations.

- A-t-on voulu suivre l'évolution des patients ? Si c'est le cas, le libellé le plus adapté aurait dû être : première consultation du dos chez un médecin.
- Si l'on avait voulu estimer le coût des problèmes de dos dans le pays, le libellé le plus adapté aurait dû être : nomenclature des pathologies du dos.
- Dans ce dernier cas, il s'agissait peut-être d'un outil destiné à donner une différence de valeur N à ces consultations du dos, car elles sont plus « exigeantes » que les autres consultations et nécessitent certainement plus de temps.

Avec le libellé actuel, nous ne pouvons pas suivre l'évolution car il est possible de consulter plusieurs chirurgiens orthopédistes et neurochirurgiens de manière indétectable.

### **Projet pilote de registre national des affections de la colonne vertébrale**

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI et la Spine Society of Belgium ont conclu un accord concernant l'enregistrement standardisé des données relatives au traitement de la pathologie de la colonne vertébrale.

L'objectif de cet accord est l'implémentation d'un registre (Spinetango) du traitement chirurgical et conservateur de la pathologie de la colonne vertébrale.

Ce projet pilote a deux objectifs spécifiques :

- démontrer la faisabilité de l'implémentation du registre dans le cadre d'une large collaboration entre hôpitaux bruxellois, wallons, flamands, universitaires et non universitaires.

- trouver le modèle d'organisation le plus rentable et le plus efficient permettant des enregistrements continus avec un taux de réponse suffisamment élevé.

### **Publication des directives cliniques relatives aux douleurs lombaires et radiculaires et publication des itinéraires de soins relatifs aux douleurs lombaires et radiculaires en collaboration avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) (2017)**

Afin de promouvoir davantage la qualité des soins de la colonne vertébrale en Belgique, la SSBe s'est engagée, à la demande du KCE, à développer des directives cliniques et des itinéraires de soins concernant les lombalgies et les douleurs radiculaires. En 2017, cela a abouti à la publication des articles suivants :

KCE report 287Bs (2017)/ KCE report 295B (2017)

Ces directives et itinéraires de soins peuvent servir en quelque sorte de manuels/guides de la colonne vertébrale au sein de l'équipe soignante multidisciplinaire pour le traitement de la pathologie de la colonne vertébrale.

[https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_287B\\_Douleurs\\_lombaires\\_et\\_radiculaires\\_Resume.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume.pdf)

[https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_295B\\_Lombalgie\\_et\\_douleur\\_radiculaire\\_Intineraire\\_de\\_soins\\_Synthese\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_295B_Lombalgie_et_douleur_radiculaire_Intineraire_de_soins_Synthese_0.pdf)

Où devons-nous situer le GBS-VBS ?

L'invitation du « groupe des 8 » de la SSBe à participer au groupe de travail Spine adhoc du CTM, qui a conduit au développement de la nomenclature 14n et des centres Spine qui vont de pair, est immédiatement originaire du CTM même.

Mais cela ne se passe pas toujours par des moyens directs.

Un certain nombre de médecins du « groupe des 8 » sont aussi actifs dans les unions professionnelles et ont eu une concertation bidirectionnelle.

C'est surtout pour d'autres initiatives de l'INAMI, comme le lancement des travaux nomen2.0, que la SSBe n'est pas invitée officiellement et doit être contactée à chaque fois par l'intermédiaire des universités ou des unions professionnelles.

D'où l'importance pour nos unions professionnelles et nos syndicats médicaux de connaître l'existence de la SSBe, soit la plus grande et la plus représentative des sociétés scientifiques multidisciplinaires. Pour qu'en matière de colonne vertébrale, la SSBe puisse devenir un point de contact et poursuivre, si elle le souhaite, ses engagements dans le développement de soins vertébraux de qualité en Belgique, en tenant compte des ressources disponibles.

**Les chiffres obtenus par le GBS-VBS prouvent que les discussions entre la SSBe et les pouvoirs publics produisaient déjà des effets avant la publication de la nouvelle nomenclature entrée en vigueur le 01-09-2022. Le nombre d'opérations du dos n'a plus augmenté. En fait, il y a même eu un recul. Le message de 2010 est arrivé à temps.**

## Chirurgie du dos :

Syndrome de Verbiest: laminectomie K400

232805	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
<b>total</b>	9835	8780	10512	9919	9816	9630	8797	7836

Le nombre de laminectomies est stable depuis 2016. Budget 2021 : 9 381 112,12 €

Dissectomie lombaire. N450

231783	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
<b>total</b>	10238	9288	10307	10233	10432	10244	9791	10262

Il est très intéressant de noter que le nombre de microdissectomies est stable, avec environ 10 250 cas par an, et ce depuis 2010 et probablement auparavant !!!

Budget total 2021 : 4 911 824,7 €

Arthrodèse lombaire par voie antérieure 281665 N 650

281665	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
<b>total</b>	1255	1181	1622	1499	1482	1564	1369	1472

Ces deux dernières années, diminution spectaculaire de la chirurgie lombaire antérieure.

Arthrodèse lombaire par voie postérieure 281680 N625

281680	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
<b>total</b>	1789	1619	1944	1776	2112	2236	2364	1772

Nombre 2021 = 2010 !!!

Hernie discale traitée par arthrodèse et prélèvement greffon. 281805N625

281805	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
<b>total</b>	714	601	738	603	713	698	685	1142

Diminution spectaculaire !!

Cervicale 281105 et 281120 N625 hernie et fusion.

281105	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
<b>total</b>	3668	3318	4204	4071	4266	4335	4142	3782

281120	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2010
<b>total</b>	2172	1927	2247	2283	2290	2501	2392	2124

Diminution antérieure en chirurgie cervicale antérieure !

Ce fantastique accomplissement résulte d'un mélange d'intuition de la part des médecins qui se sont réunis, et d'éléments issus des pouvoirs publics. La collaboration de ces médecins avec les collègues nommés par les pouvoirs publics et les mutuelles de santé a permis d'aboutir à ce magnifique travail dont les effets sont déjà sensibles dans la pratique.

Cet article a été écrit avec la collaboration de la SSBe présidée actuellement par le Dr D. Hoste que nous remercions.



## 10 Accord médico-mutualiste

Un accord a été conclu le 21 décembre 2021 entre les groupements représentatifs des médecins, les organismes assureurs et l'INAMI concernant le budget qui pourrait être consacré aux honoraires et concernant un certain nombre d'autres sujets qui déterminent la relation entre les médecins et le gouvernement ; en résumé, un accord national entre mutualités et médecins a été conclu.

Les rapports annuels précédents vous informaient sur la manière dont ces accords sont conclus. Comme vous le savez, un accord peut être conclu pour un ou deux ans et cette fois-ci, un accord a été conclu pour les années 2022 et 2023.

Autrement dit, à l'automne 2022, il n'était pas nécessaire de négocier un nouvel accord.

Ce point serait donc abordé très brièvement dans ce rapport annuel si ce n'est que dans la perspective d'un nouvel accord 2024, un événement différent des années précédentes aura lieu ...

### **Les syndicats...**

Un accord national est donc conclu entre trois parties : les pouvoirs publics, les organismes assureurs et les "organisations professionnelles représentatives des médecins" (lire : les syndicats médicaux).

A ce jour, trois syndicats de médecins sont reconnus pour participer aux élections médicales organisées tous les quatre ans depuis les premières élections en 1998.

Maintenant, pourquoi cet aspect est-il important pour la conclusion d'un accord national ?

Pour la simple raison qu'un accord ne peut être conclu que si une majorité est trouvée sur chaque banc (médecins et organismes assureurs) de la Médicomut.

Et c'est à l'occasion des élections médicales que l'on décide du nombre de sièges que chaque syndicat obtient dans les différents organes de concertation avec les pouvoirs publics, y compris le banc de la Médicomut.

Il est question de 10 sièges, cinq pour les spécialistes et cinq pour les généralistes.

Les résultats des dernières élections médicales étaient les suivants : l'ABSyM a obtenu 84,29% des voix des spécialistes et 24,61% des généralistes. Le Cartel a obtenu respectivement 11,9% et 40,11% et AADM, 2,72% et 34,41%.

Les sièges ont été répartis comme suit : ABSyM : 5+2 (spécialistes + généralistes), Cartel : 1+2 et AADM : 0+2. De ce fait, BVAS dispose de la majorité absolue sur les bancs des médecins et donc pour la conclusion ou non d'un accord national.

### **Au commencement, tout était calme et paisible ...**

Alors qui choisit les groupements de médecins représentatifs autorisés à participer aux élections médicales ? Il s'agit du ministre et de l'INAMI, qui doivent tenir compte du contenu d'un certain nombre d'A.R.. Le plus important est celui du 08/08/1997 (Arrêté royal fixant les règles concernant les élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 221, §1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994).

Celle-ci stipule que les seules à pouvoir participer sont les organisations de médecins dont l'objectif principal est de défendre les intérêts professionnels des généralistes et des spécialistes ; elles doivent être actives dans deux régions, percevoir des cotisations suffisantes et compter au moins 1 500 membres individuels affiliés, ceci au moins deux ans avant l'établissement des listes électorales.

Durant les premières années qui ont suivi la publication de cet A.R., il n'y a eu aucun problème et les élections médicales ont été organisées avec la participation de deux syndicats : le Cartel et l'ABSyM.

### **Mais...**

Mais tout a changé en 2014, lorsqu'un troisième syndicat a été admis aux élections : AADM...

Pour la plupart, AADM était un syndicat unilingue monospécialisé de médecins généralistes flamands, mais leurs statuts indiquent qu'ils s'adressent à la fois aux médecins généralistes et aux spécialistes, et les statuts sont bilingues. Raison suffisante pour que le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI permette à AADM d'être la troisième association de médecins représentative aux élections...

En raison de l'agitation qui s'en est suivie, les critères de l'arrêté royal de 1997 ont été clarifiés, avec un rapport entre généralistes et spécialistes d'au moins 5 % et un rapport entre les deux langues nationales d'au moins 10 %.

Ces critères ont été discutés (et approuvés) à la Médicomut fin 2017 et publiés dans un A.R. (A.R. du 28/02/2018 : "Arrêté royal fixant les règles concernant les élections médicales prévues à l'article 211, §1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994" publié le 05/03/2018).

Là encore, il n'y a eu aucun problème et tout le monde a supposé que les trois syndicats actuels répondraient à tous ces critères pour les élections de 2022.

### **Et à l'automne 2021...**

L'ordre du jour de la Médicomut du 27/09/2021 prévoyait au point 7 : 'Élections médicales 2022 : projet d'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 février 2018 fixant les règles concernant les élections médicales prévues à l'article 211, §1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994' qui reporte soudain la discussion des critères précités aux élections médicales de 2026.

La raison invoquée est que l'un des syndicats ne remplissait pas les critères, qu'il s'efforçait de les remplir mais que la pandémie de COVID lui avait mis des bâtons dans les roues. De plus le ministre était d'avis « de ne pas laisser le sort de la concertation sociale si particulière à l'assurance soins de santé et indemnités être influencé par le caractère imprévisible et très profond de la pandémie » et il a été proposé d'introduire ces nouvelles règles seulement pour les élections de 2026.

Cette proposition a suscité l'étonnement général et, sans surprise, aucune majorité ne s'est formée (sur le banc des médecins) pour la soutenir.

Faisons un saut au printemps 22 et le 12 avril, nous avons lu dans le Moniteur, l'AR du 23/3/2022 : « Loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les élections » qui indique que les élections médicales n'ont dorénavant plus lieu tous les quatre ans mais tous les cinq ans. Autrement dit : pas d'élections en 2022 mais en 2023. Ce qui signifiait une année de report supplémentaire permettant à AADM (car il s'agit de ce syndicat) pour remplir tous les critères.

Sans surprise, tout le monde attendait avec intérêt de voir où tout cela mènerait...

En octobre de cette année, le point 5 de l'ordre du jour de la Médicomut s'intitule "élections médicales 2023" et donne une fois de plus un aperçu de toute la législation relative à ce sujet et donc de toutes les conditions qu'une organisation doit remplir pour pouvoir participer à ces élections. La date à laquelle la liste électorale sera déterminée par l'INAMI est fixée au 27/02/2023.

Au cours de la discussion, AADM a indiqué qu'il se pourrait qu'ils ne puissent pas répondre à toutes les exigences pour cette date... et à nouveau, ces critères (qui ont maintenant presque 5 ans) sont remis en question par ce syndicat et certains organismes assureurs...

### **Ce que réserve le futur...**

Reste donc à attendre la suite des événements.

Fin février 23, AADM remplira-t-elle toutes les conditions et pourra-t-elle donc se présenter aux élections médicales de 2023 ?

Ou bien les sièges seront-ils répartis entre l'ABSyM et le Cartel (de même que le financement lié aux élections pour les associations de médecins représentatives) ?

Ou bien le ministre interviendra-t-il à nouveau pour modifier une fois de plus la procédure actuelle ?

### **Doutes supplémentaires ...**

Entre-temps, il convient aussi de noter que le ministre souhaite mettre en œuvre toutes sortes de mesures qui auront pour effet que les médecins auront plus de mal à facturer aux patients d'autres montants que les indemnités prévues pour les prestations médicales. Nous faisons ici référence, entre autres, à son intention d'interdire complètement les suppléments pour les patients ambulatoires qui subiraient un examen CT ou RMN ou son intention d'interdire les suppléments pour toutes les prestations des bénéficiaires de soins de santé ayant droit à l'intervention majorée.

En agissant ainsi, le ministre pose une bombe sous le modèle de concertation actuel. En effet, la différence majeure entre les médecins conventionnés et les médecins non-conventionnés réside dans la possibilité que ces derniers se réservent de ne pas adhérer (totalement) au taux de la convention.

Si le ministre rend cette dernière impossible de facto, la question se pose de savoir si un modèle de concertation est encore viable ou si le ministre imposera sa volonté à tous les médecins aujourd'hui et dans le futur, qu'il y ait ou non un accord convenu à ce sujet.

Ou bien le ministre opterait-il pour une autre forme de « concertation ».

L'avenir (proche) nous le dira. Et c'est donc avec intérêt que l'on attend de voir si le prochain rapport annuel indiquera que la convention 2022-2023 était le tout dernier accord national médico-mutualiste convenu.

## Ont collaboré à ce rapport annuel :

Jean-Luc Demeere, Jan Stroobants, Marianne Michel, Donald Claeys, Bob D'Haen, Constantinus Politis, Jérémie Gras, Chantal de Galocsy, Marc Brosens, Liv Veldeman, Thibert Robillard, Laurent Méric de Bellefon, Pascal Vanelderden, Liesbeth De Waele, Wouter De Corte, Tyl Jonckheer, Marianne Mertens, Baudouin Mansvelt, Bart Dehaes, Fanny Vandamme, Aurélie François, Raf Denayer et Koen Schrije.

