
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions Professionnelles Belges de Médecins Spécialistes

Éditeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : F. Vandamme
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° SPECIAL / MARS 2015

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

AUX MEMBRES DE L'UNION PROFESSIONNELLE BELGE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN BIOPATHOLOGIE MÉDICALE

Table des matières

1. Approbation du projet de compte rendu de l'assemblée générale statutaire du 25.02.2014.....	3
2. Allocution du président, le Dr Michel LIEVENS.....	3
3. Rapport du secrétaire, Dr Henk LOUAGIE (avec l'aimable collaboration des Drs Marc MOENS et Alain DEROM)	5
3.1 Voilà ce que fut 2014 !	5
3.1.1. POCT dans des pharmacies d'officine.....	6
3.1.2. Critères d'agrément des médecins spécialistes	7
3.1.3. Problématique des TLM et non-TLM dans les laboratoires médicaux	8
3.1.4. Concentration des soins.....	9
3.1.5. Analyse budgétaire 2014 provisoire	9
3.2. Et voilà 2015.....	14
3.2.1. Financement « all-in »	14
3.2.2. Génétique	14
3.2.3. Ensemble, nous sommes plus forts !	15
4. Rapport financier du trésorier, le Dr L. Marcelis.....	15
5. Discussions au sujet du rapport du secrétaire.....	15
6. Divers	16

Projet de compte rendu de l'assemblée générale statutaire **du 24.02.2015**

Présents :

Les docteurs Philippe CUIGNIEZ, Alain DEROM, Dirk EERENS, Michel LIEVENS, Henk LOUAGIE, Ludo MARCELIS, Paul OLISLAGERS, Brigitte STAQUET et Alain VERSTRAETE.

Ont donné procuration :

Les docteurs André BODSON, Katelijne FLORE, Johan FRANS, Pierre GOFFINET, Françoise LACQUET, Marc MOENS, Jean-Luc RUMMENS, Rudi VAN ROOSBROECK, Paul VERHEECKE et Sophie WOESTYN.

1. Approbation du projet de compte rendu de l'assemblée générale statutaire du 25.02.2014

Le projet de compte rendu de la réunion du 25.02.2014, qui paraît dans le numéro spécial du *Médecin Spécialiste* d'avril 2014, est approuvé à l'unanimité.

2. Allocution du président, le Dr Michel LIEVENS

Chères Consœurs, Chers Confrères,

En 2014, nous avons vécu le démarrage effectif de la communautarisation d'une partie de la politique de santé et de la reconnaissance des spécialistes. Cette chronologie n'est pas des plus heureuses puisque c'est à la fin de cette même année 2014 qu'une ministre libérale, Maggie De Block, médecin généraliste, a pris les rênes de la politique de santé fédérale. Et en quelques mois, on a pu constater qu'un vent un peu plus favorable souffle enfin sur les services qui sont sous sa responsabilité (mais seulement fédéraux), après plus de 20 années quasiment ininterrompues de domination socialiste, qui n'a eu de cesse que de brider toujours plus les médecins au nom de l'équilibre budgétaire. Mais les médecins n'ont jamais failli à leurs obligations envers leurs patients qui leur ont une nouvelle fois marqué leur confiance à plus de 95% dans la dernière enquête de santé de 2013 réalisée et publiée par l'ISP-WIV.

Le GBS a décidé de prendre acte de ce fait nouveau de communautarisation partielle des soins en créant en son sein deux ailes, l'une francophone, l'AMSFr (Association des Médecins Spécialistes Francophones), et l'autre néerlandophone, l'AVS (Artsenvereniging Vlaamse Specialisten). Ces nouvelles entités ont à cœur de défendre les idées du GBS dans leurs communautés respectives. La défense professionnelle est essentielle : le GBS (et dorénavant ses ailes francophone et néerlandophone) se préoccupe de promouvoir dans de nombreux cénacles politiques et autres commissions consultatives (où il est membre ou observateur) une pratique médicale libre sur le plan diagnostique et thérapeutique, et efficace malgré les moyens de plus en plus maigres qui lui sont octroyés. Il promeut aussi fermement une formation d'excellence des candidats-spécialistes, au profit final des patients qui accordent leur confiance au médecin pour les aider à recouvrer ou conserver la santé.

Les activités du GBS nécessitent que des médecins volontaires acceptent de consacrer un peu de leur temps à cette belle cause qu'est la médecine de qualité accessible à tous. Les médecins actuellement engagés au GBS ont acquis avec les années une grande expérience qu'ils voudraient léguer à de plus jeunes confrères prêts à prendre la relève. Aussi, vous qui êtes membre aîné du GBS et qui avez dans votre service de jeunes médecins spécialistes, je vous en prie, invitez-les à d'abord nous rejoindre dans la grande famille des médecins spécialistes (nous sommes 8.500 en Belgique !) et ensuite à y œuvrer activement. D'abord parce que leurs aspirations de pratique

journalière de la médecine n'est peut-être plus tout à fait en harmonie avec celle de leurs aînés ; ensuite, parce que les défis qui se pointent à l'horizon de 2015 ne manquent pas.

Et ces défis vont avoir un impact sur la pratique globale de la médecine spécialisée mais aussi sur celle de notre spécialité de biopathologie médicale.

Une réforme du financement des hôpitaux est en chantier. Va-t-on vers un système « all-in », sous forme de forfaits par DRG (*diagnosis related group*, c.à.d. « groupe homogène de diagnostic », issu d'un système de classification hospitalier américain) ? Zorgnet Vlaanderen préconise que les honoraires des médecins impliqués dans le DRG soient inclus dans le forfait contrairement à la proposition faite dans le rapport 229 du KCE, qui les en exclut, leur préférant des honoraires « purs » rétribués aux médecins impliqués. Ces systèmes sont une source de conflits majeurs, dans la première hypothèse entre le gestionnaire et les médecins, puisque c'est le gestionnaire qui redistribue une part (arbitraire) des montants des forfaits sous forme d'honoraires, et dans la seconde hypothèse entre les médecins qui doivent se partager les honoraires purs du DRG. La rémunération du médecin impliqué dans un DRG par un honoraire pur qui lui serait alloué individuellement n'est même pas évoquée par ces instances. Mais dans les deux propositions, les honoraires des actes techniques seraient confisqués aux médecins, puisque versés dans le budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux. Adieu alors à tout pouvoir de décision dans les investissements du matériel médical (le choix du matériel médical et les priorités médicales seraient laissés à la discrétion du gestionnaire, après consultation des médecins). Quel serait dans ce contexte le rôle résiduel laissé au conseil médical, seul apte à juger des choix prioritaires des investissements orientés dans le seul souci d'une offre médicale plus performante (et non obligatoirement plus rentable) dans l'intérêt du patient, mais aussi garant du respect du statut du médecin hospitalier dans sa protection juridique contre le libre arbitre du gestionnaire ?

Que deviendrait la nomenclature de nos prestations biologiques dans cette forfaitarisation accrue ?

Les défis qui s'annoncent en 2015 ne sont pas des moindres pour notre spécialité. C'est pourquoi je lance un appel à nos membres aînés pour qu'ils incitent leurs plus jeunes collègues à d'abord rejoindre la grande famille du GBS et ensuite à s'y investir activement.

Et où se positionnerait l'activité des laboratoires privés si le nouveau système de soins mis en place imposait à toute la médecine extrahospitalière (spécialistes aussi bien que généralistes) d'être subordonnée à un réseau hospitalier défini ? En effet, l'« hospitalocentrisme » des penseurs-économistes de la santé va aussi loin ! D'ailleurs, la concentration voulue du traitement des maladies rares dans quelques centres hospitaliers (universitaires) en est un exemple flagrant. Si toutes les pathologies d'une fréquence inférieure à 1 pour 2.000 devaient être réservées à 8 centres hospitaliers (lire dotés de 8 centres de génétique), on ne fera plus beaucoup de cytologie hématologique dans nos laboratoires et le pneumologue de notre institution ne pourra même plus traiter un patient tuberculeux. Et cela restreint d'un coup sec la liberté du patient dans le choix de son médecin.

Dans le domaine plus particulier de notre spécialité de biologie clinique, nous devons continuer à être très attentifs à battre en brèche la volonté affichée des centres de génétique de conserver le monopole de leur activité. Si aujourd'hui les maladies génétiques héréditaires et congénitales leur sont réservées, l'étude génétique des affections acquises et des germes pathogènes nous est ouverte, ce qui nous permet de nous forger une expérience d'analyse de premier plan. Il n'est donc pas utopique d'espérer que les barrières de nomenclature, qui sont érigées pour nous interdire la réalisation de tests réalisés par des techniques dont nous acquérons toujours mieux la maîtrise, s'estomperont dans un futur plus ou moins proche. La commission d'agrément des spécialistes insiste depuis plusieurs années sur l'importance essentielle de stages de génétique dans le cursus de formation des médecins spécialistes en biologie clinique.

Nous devons aussi continuer à défendre la pratique de la biopathologie médicale par les seuls biologistes reconnus. De toutes parts, l'industrie du diagnostic tente d'élargir son champ d'action en offrant à n'importe qui le dépôt d'appareils dits « simples d'utilisation », pour y réaliser des tests

biologiques. Notre vive opposition à ces pratiques commerciales (dont le patient sera le dindon de la farce, puisque c'est lui qui paiera le test) doit être fermement exprimée auprès des représentants de ces firmes de diagnostic que nous côtoyons tous les jours dans nos laboratoires et que nous aimerions continuer à appeler « partenaires » !

Voilà donc évoqués succinctement quelques défis qui nous attendent dans les prochains mois et années. Puissent-ils vous avoir convaincus de l'impérieuse nécessité d'injecter des forces nouvelles dans la défense de la médecine spécialisée au sein du GBS et plus particulièrement de notre spécialité de biopathologie médicale au sein de notre Union professionnelle ? Nous devons aujourd'hui voter quelques modifications dans ses statuts. Voilà qui devrait simplifier son accès aux plus jeunes biologistes en activité ou même encore en formation.

Chers Collègues, soyons proactifs dans les réformes qui s'annoncent. Maggie De Block est une ministre qui privilégie la concertation. Profitons de cette ouverture pour la convaincre, au cours de ses années de mandat, de l'importance de notre spécialité dans la démarche diagnostique et thérapeutique de nos collègues praticiens. La biologie clinique n'est pas qu'un budget !

Je vous souhaite une très bonne année 2015. Qu'elle puisse être jalonnée de joies que vous procurera la réalisation de quelques-uns de vos objectifs tant professionnels que personnels.

Dr Michel Lievens,

En pensée avec notre cher Président Marc Moens, absent pour raisons de santé, auquel nous souhaitons de tout cœur un rapide et total rétablissement.

3. Rapport du secrétaire, Dr Henk LOUAGIE (avec l'aimable collaboration des Drs Marc MOENS et Alain DEROM)

3.1 Voilà ce que fut 2014 !

En parcourant les rapports des réunions du comité directeur au cours de l'année écoulée, on est frappé par la rareté de l'usage du mot « économies »... Le numéro de code 591076-591080 a été introduit, comme convenu et avec effet rétroactif, dans l'arrêté royal du 04.04.2014 « *modifiant l'article 24, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités* »¹. Il s'agit d'un honoraire forfaitaire qui peut être porté en compte si le laboratoire peut justifier au minimum de 4 biologistes à temps plein dans ses registres de personnel et s'il dispose d'un programme complet de soins oncologiques. Le 01.01.2014, cet honoraire s'élevait à 49,73 €. Ce nouvel honoraire permet à certains hôpitaux de compenser les économies qu'ils ont dû consentir en 2013 dans le secteur ambulatoire. Les intitulés des autres numéros de code de nomenclature et les montants des honoraires forfaitaires restent inchangés.

2014 a donc été une année calme sur le plan financier, même si l'union professionnelle doit rester vigilante et réfléchir de manière proactive à des solutions intelligentes pour contrer l'utilisation inadéquate de la biologie clinique par des règles diagnostiques raisonnées ou l'introduction d'intervalles obligatoires avant qu'un test ne puisse être répété. Une communication intelligente et sécurisée des données via Hubs, Metahubs et Sumhers doit contribuer à éviter des rappels non nécessaires des tests de laboratoire.

¹ Moniteur belge du 28.05.2014.

² Idem à partir du 01.01.2015 puisqu'aucune indexation n'a été appliquée au 01.01.2015.

Les points suivants ont été aussi systématiquement abordés et le seront peut-être de nouveau en 2015 lors de prochaines réunions.

3.1.1. POCT dans des pharmacies d'officine

Plusieurs membres nous ont indiqué que des tests POCT étaient utilisés dans les pharmacies d'officine pour mesurer le glucose. Ces petits appareils y sont placés par les entreprises MSD et Roche sous le couvert d'un dépistage préventif du diabète. Lors de sa réunion du 26 avril 2014, le Conseil national de l'Ordre des médecins a étudié le projet pilote « Be Well Point » de l'entreprise MSD, qui prévoit le placement dans une vingtaine de pharmacies d'un instrument de mesure de la glycémie chez les patients souffrant d'hypertension ou de diabète. L'avis du Conseil national était négatif.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a été informé par les commissions médicales provinciales d'Anvers (courrier du 22 janvier 2014) et du Brabant flamand (courrier du 27 mars 2014) qu'elles avaient donné un avis négatif sur ce projet. Après une analyse de la description du projet, le Conseil national a rejoint l'avis de ces commissions médicales provinciales en référence à l'avis du Conseil national du 1^{er} février 2003, « Médecine préventive - Dépistage de masse »³ dans lequel il est indiqué : « *Un test prédictif doit être réalisé dans les conditions de fiabilité scientifique les plus grandes, pour éviter d'alerter ou de rassurer à tort les participants. (...) La transmission d'un résultat qui peut être alarmant ne peut se faire qu'avec un encadrement permettant de le nuancer et de discuter les mesures diagnostiques et thérapeutiques à prendre. (...) Il ne convient pas qu'un tel dépistage soit réalisé à l'insu et en l'absence de la participation du médecin traitant.* »

L'Ordre des pharmaciens a appelé les pharmaciens d'officine à la prudence après la lecture du courrier de l'Ordre des médecins. Voici ce qui a été publié le 26.05.2014 dans la newsletter MediPlanet, qui est proche de l'Association Pharmaceutique Belge (APB) : « *Dans sa réponse, l'Ordre des pharmaciens rappelle à ses membres que les réalisations communes de traitement, qu'il s'agisse d'examens de l'état de santé, du dépistage de maladies et d'invalidités, ou de l'établissement d'un diagnostic sont réservées aux médecins. La réalisation de ces traitements par des personnes qui ne sont pas légalement compétentes constitue l'exercice illégal de l'art médical (voir art. 2, §1, 2e alinéa de l'arrêté royal du 10.11.1967, relatif à l'exercice des professions des soins de santé). Étant donné que l'utilisation par un pharmacien d'instruments de mesure pour réaliser des tests in vitro peut être considérée comme un exercice illégal de la médecine, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens met en garde ses membres contre toutes sortes de projets faisant appel à ce type d'instruments d'auto-mesure, y compris dans le cadre d'une phase pilote.* »

La Commission de biologie clinique a décidé lors de sa réunion du 30.04.2014 d'envoyer un courrier officiel aux 10 commissions médicales provinciales, à l'Ordre des médecins, à l'Ordre des pharmaciens, aux entreprises Roche et MSD et à tous ceux qui peuvent avoir un intérêt à être avertis que les pharmaciens d'officine sont dans l'illégalité s'ils mettent en œuvre des POCT dans leur officine. Le courrier a également été envoyé à l'Association Pharmaceutique Belge (APB) et à l'Office des Pharmacies Coopératives de Belgique (OPHACO).

Cela n'a visiblement pas suffi. Au contraire, le projet « taking care » du *Koninklijk Limburgs Apothekersverbond* (KLAV) s'est même étendu puisque le « projet pilote » de mesures de la glycémie par POCT dans les pharmacies d'officine limbourgeoises serait complété par des mesures POCT d'HbA1c, le tout sous le couvert d'une étude. Nous avons également découvert qu'entretiens, une adjudication publique avait été lancée par le KLAV pour l'acquisition d'une centaine de glucomètres. Sur le site Internet (www.klav.be), on apprend qu'il s'agit bel et bien de « médecine préventive » et que : « *TakingCare est un projet pilote lancé dans toutes les pharmacies de la commune d'Houthalen-Helchteren, à la suite de quoi un déploiement est prévu dans la province du Limbourg. Chaque pharmacien participant suit une formation obligatoire afin de pouvoir fournir l'accompagnement de qualité nécessaire. Le projet peut être mené à bien grâce à des subsides de*

³ Journal Conseil national n° 100, page 4.

*l'IWT*⁴. Grâce au caractère accessible du pharmacien, nous pouvons atteindre les patients qui consultent peu ou pas leur médecin. Nous offrons à ces groupes vulnérables la possibilité de faire un dépistage du diabète de type 2. Nous souhaitons ainsi pouvoir dépister plus rapidement cette maladie chronique qui a des conséquences souvent désastreuses... ».

Pour autant que nous sachions, aucun personnel médical n'est présent dans une pharmacie pour assumer un résultat anormal... En outre, il n'y a pas de supervision par un biologiste clinique, ce qui dans l'interprétation d'un résultat HbA1c est encore plus important, au vu par exemple de la haute prévalence d'hémoglobinopathies présentes dans la population limbourgeoise.

Le mercredi 21.01.2015, notre union professionnelle a envoyé un courrier à M^{me} Annemie Scheepers, responsable de projet KLAV, condamnant leur initiative dans des termes les plus fermes. En effet, si la KLAV poursuit dans son initiative, l'union professionnelle prendra des mesures juridiques. Nous suivons ce dossier de très près et tiendrons nos membres informés. Le 11.02.2015, l'union professionnelle a reçu un courrier de Joeri Van Dijck, président de la KLAV, dans lequel la KLAV indique qu'elle souhaite poursuivre son projet. Il n'y est cependant pas fait mention de mesures de l'hémoglobine glyquée.

Un article est paru le 31.01.2015 dans le journal néerlandais *De Telegraaf* selon lequel les patients diabétiques s'opposent de plus en plus ouvertement aux « économies néfastes pour la santé » faites sur les glucomètres. Selon la *Diabetesvereniging Nederland*, quelques centaines de patients et des soignants de diabétiques ont en peu de temps fait part de leurs difficultés au point contact de l'organisation. Et pour la porte-parole Josine Dangremond, « le compte à rebours est enclenché ». La plupart des plaintes concernent les glucomètres bon marché, qui mesureraient le glucose de manière moins précise. Cela peut avoir des répercussions imprévues sur l'état de santé de nombreuses personnes atteintes de diabète. En bref, aux Pays-Bas également, on se rend compte que les tests POCT doivent être gérés par des laboratoires agréés et que l'on ne doit pas confier cette tâche aux pharmaciens d'officine ni aux assureurs de soins de santé.

3.1.2. Critères d'agrément des médecins spécialistes

Les critères d'agrément transversaux ou généraux pour les médecins spécialistes sont décrits dans le Moniteur belge 27 mai 2014⁵. Un certain nombre de modifications importantes y sont mentionnées. Ainsi, minimum 1/3 et maximum 2/3 de la formation doit être suivie en dehors d'un hôpital universitaire. Une partie de la formation peut également se dérouler en dehors d'un hôpital ce qui est entre autres important pour les dermatologues et ce qui offre également l'opportunité aux médecins spécialistes non hospitaliers de former en partie les candidats-spécialistes en biologie clinique. Il s'agit d'une nouvelle donnée importante qui peut intéresser une partie considérable des biologistes cliniques en formation.

Au sein du Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes (et également au sein de la commission d'agrément biologie clinique) est apparue une controverse relative à l'éventail plus large de possibilités pour comptabiliser des années dans la formation en biologie clinique en dehors des lieux de stages agréées en biologie clinique (stages à l'étranger, stages dans d'autres disciplines telles que la médecine interne et la pédiatrie, la recherche, etc.). Selon Marc MOENS, notre représentant auprès du Conseil supérieur, il relève de la responsabilité des commissions d'agrément de veiller à l'équilibre des stages et aux éventuels problèmes d'arrondis dans l'analyse d'un tiers ou de deux tiers des cinq ans de formation. L'idéal serait que le Conseil supérieur rédige une sorte de guide accompagnant l'arrêté ministériel relatif aux critères d'agrément pour les médecins spécialistes et que l'on modifie le moins possible l'arrêté d'agrément en tant que tel.

⁴ L'*agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie* (« agence pour l'innovation par la science et la technologie ») a vu le jour en 1991. L'agence gouvernementale soutient l'innovation en Flandre de diverses manières.

⁵ Arrêté ministériel du 23.04.2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes (MB 27.05.2014, éd. 1 ; avec une modification au MB du 10.09.2014, éd. 1 dans la version française de l'article 10).

On attend encore la nouvelle rédaction (après la publication des critères généraux) des critères spécifiques pour l'agrément des médecins spécialistes en biologie clinique. La rédaction des arrêtés ministériels pour chacune des trente disciplines spécialisées se déroule dans une lenteur exaspérante. Les arrêtés concernant l'anatomie pathologie, la chirurgie et la dermatologie sont en cours d'élaboration mais aucun n'est achevé. Toutes les autres disciplines, y compris la biologie clinique, figurent sur une longue liste d'attente. En attendant, les anciens arrêtés d'agrément – la plupart datant des années 1970 – restent d'application⁶.

3.1.3. Problématique des TLM et non-TLM dans les laboratoires médicaux

L'agrément des technologues de laboratoire médical (TLM) a fait couler beaucoup d'encre en 2014. Depuis la publication des trois arrêtés royaux du 07.11.2013 (MB 12.12.2013) relatifs à l'agrément en tant que technologue de laboratoire médical (^{7,8,9}), de nombreuses réunions se sont tenues au sein de l'administration du SPF Santé Publique et au cabinet de la ministre sortante, Laurette Onkelinx.

Tout comme le SPF Santé Publique sur son site Internet, notre comité directeur a conseillé à ses membres d'encourager tout son personnel, qui accomplit les tâches d'un TLM telles que décrites dans l'arrêté royal du 02.06.1993¹⁰, à introduire une demande d'agrément auprès du SPF Santé Publique. Cela comprend donc également les employés qui aujourd'hui ne répondent pas aux critères pour un agrément, tels que les autres diplômés, y compris les employés en possession d'un diplôme universitaire. Ces demandes d'agrément des membres du personnel devaient être introduites au plus tard le 02.12.2014¹¹. La problématique des masters ou des doctorats en sciences biologiques, agriculture, bio ingénierie ou sciences biomédicales n'en est pas pour autant résolue. Une nouvelle catégorie d'employés doit être créée, ce qui n'est possible qu'en adaptant les arrêtés royaux concernés ou l'arrêté royal 78. Naturellement, cela ne signifie pas que lesdits « biologistes moléculaires » seraient autorisés à attester des prestations de biologie moléculaire (et donc de biologie clinique) et obtiennent l'accès à la nomenclature, ce à quoi certains rêvent secrètement. Il reste à savoir si l'Association Belge des Technologues de Laboratoire (ABTL) acceptera également que des personnes diplômées de l'enseignement scientifique supérieur puissent avoir accès aux laboratoires cliniques. Une solution partielle pourrait être de modifier, dans l'article 17, §1 de l'arrêté d'agrément de la biologie clinique du 03.12.1999, le terme « technologue de laboratoire médical » par « personnel d'aide qualifié », comme l'avaient fait les anatomo-pathologistes dans l'article 15, §1 de l'arrêté royal du 05.12.2011 relatif à l'agrément des laboratoires d'anatomie pathologique. Cette modification ne résout cependant pas le problème fondamental de la pratique illégale d'une profession paramédicale de TLM par des non-TLM. Il vaudrait mieux étendre le droit à la pratique dans l'arrêté de base relatif à l'agrément du technologue de laboratoire médical du 2 juin 1993, ce à quoi, en toute vraisemblance, s'opposera l'ABTL. Cette extension de l'arrêté d'agrément des TLM pourrait constituer l'occasion d'actualiser cet arrêté royal en y ajoutant la mention d'une formation théorique et pratique en anatomie pathologique, en génétique et en biologie moléculaire. Le dernier mot sur l'agrément des technologues de laboratoire médical n'a donc pas encore été dit. Entretemps, un groupe de travail relatif à cette problématique a été créé au sein du Conseil national des professions paramédicales (CNPP) ; le Dr Michel LIEVENS y participera au nom de l'union professionnelle. En tant que membre de la CNPP, Marc Moens siège également dans le groupe de travail.

⁶ Pour la biologie clinique, il s'agit de l'arrêté ministériel du 15.09.1979 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de biologie clinique (MB 26.09.1979).

⁷ Arrêté royal du 07.11.2013 fixant la date d'entrée en vigueur des articles 177, 179 et 180 de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales, pour la profession de technologue en imagerie médicale (MB 12.12.2013, Éd. 1).

⁸ Arrêté royal du 07.11.2013 fixant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 18 novembre 2004 relatif à l'agrément des praticiens des professions paramédicales, pour la profession de technologue en imagerie médicale (BS 12.12.2013, Éd. 1).

⁹ Arrêté royal du 07.11.2013 fixant la date d'entrée en vigueur de l'article 3 de la loi du 24 novembre 2004 portant des mesures en matière de soins de santé, pour la profession de technologue en imagerie médicale (MB 12.12.2013, Éd. 1).

¹⁰ Arrêté royal du 02.06.1993 relatif à la profession de technologue de laboratoire médical (MB 10.07.1993).

¹¹ Il est possible de le faire par voie électronique : http://pappla6.health.belgium.be/pls/apex/f?p=ECAD_PARAMED:1:1044833737048959 ou en adressant un courrier au SPF Santé publique, Place Victor Horta 40, boîte 10, 1060 Bruxelles, à télécharger sur le site : <http://www.sante.belgique.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Paramedicalstaff/Accessandpracticeoftheprofession/medicallaboratorytechnologist/index.htm>

3.1.4. Concentration des soins

Au cours de l'année écoulée, nous avons été submergés par des informations relatives à la concentration des soins. Ainsi, dans le rapport du KCE relatif au traitement des tumeurs rares, un cancer avec une incidence inférieure à 6/100.000 habitants est considéré comme rare¹². Pendant la période estivale, une série de six arrêtés royaux sont parus le 08.08.2014 ; ils définissent d'une part la maladie rare comme « *une maladie présentant un risque mortel et/ou un caractère invalidant chronique avec une prévalence de moins de 5/10.000 habitants* »¹³ et d'autre part fixent aux hôpitaux les normes pour être agréés dans une fonction maladies rares.

La BHS (Belgian Haematological Society) a organisé le 23.10.2014 une réunion relative à l'environnement de la pratique de l'hématologie. Heureusement, les intentions de la BHS se sont avérées transparentes et l'objectif de la réunion n'était certainement pas de concentrer tous les soins hématologiques dans les centres universitaires.

Dans son rapport 222A relatif aux tests NIPT¹⁴, le KCE estime également que les tests invasifs prénatals doivent être concentrés dans des centres génétiques accrédités, qui en raison d'un ancien arrêté royal ne peuvent être exploités que par des hôpitaux universitaires.

Un article en faveur de la concentration des soins du cancer chez les femmes enceintes est paru dans « De Standaard » le 2 février 2015. Le groupe de travail du KCE relatif au « next generation sequencing » – influencé ou non par les représentants de l'institut Bordet – est également en faveur d'un nombre limité de plateformes belges.

Ces affirmations ne tiennent pas compte de deux remarques importantes. Premièrement : les soins dans un certain nombre de centres plus petits sont-ils vraiment moins bons ? Si tel est le cas, cela doit au moins être prouvé par des données validées avant d'avancer « *more is better* ». Deuxièmement : ce type de raisonnement élude totalement la tendance suivre des protocoles de traitement standardisés, trajets de soins, etc. qui visent à ce qu'un patient atteint d'une certaine affection soit traité de la même manière selon les règles de l' « *evidence based medicine* », indépendamment du centre dans lequel le diagnostic est établi.

Indépendamment du fait qu'un patient se présente avec un « gonflement » et non avec un « diagnostic », il est également important dans le même contexte, par exemple, que les traitements d'affections hématologiques aient lieu de plus en plus souvent en extra muros, comme par exemple, des équipes de soins ambulatoires pour l'administration sous-cutanée de bortezomib (Velcade®).

En outre, nous sommes dorénavant confrontés, en Europe, au dépôt de brevets de gènes humains. Le laboratoire allemand LabPMM a breveté le gène FLT3, important dans le diagnostic de la leucémie. Nous devons suivre ce dossier de très près. Selon « Molecular Diagnostics », l'union de défense des intérêts des biologistes moléculaires, une concertation est prévue à l'INAMI entre LabPMM et les fonctionnaires compétents. LabPMM demande le remboursement INAMI pour son test breveté FLT3 qui ne pourrait être réalisé dans aucun laboratoire clinique belge. Même si cela ne répond pas aux dispositions de l'art. 33bis, cela peut constituer un conflit juridique au niveau européen. Cela va-t-il devenir un nouveau flux financier vers l'étranger après les investissements étrangers dans les laboratoires privés ?

3.1.5. Analyse budgétaire 2014 provisoire

Si l'on se penche sur les prestations en biologie clinique des articles 3, 18 et 24 (donc en excluant les articles 24bis et 33bis) avec leurs honoraires forfaitaires afférents, nous parvenons aux

¹² Organisation des soins pour les adultes avec un cancer rare ou complexe. KCE Reports 219A.10.02.2014.

¹³ Article 1 de l'arrêté royal du 25.04.2014 rendant certaines dispositions de la loi du 10 juillet 2008 coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins applicables à la fonction « Maladies rares » (MB 08.08.2014).

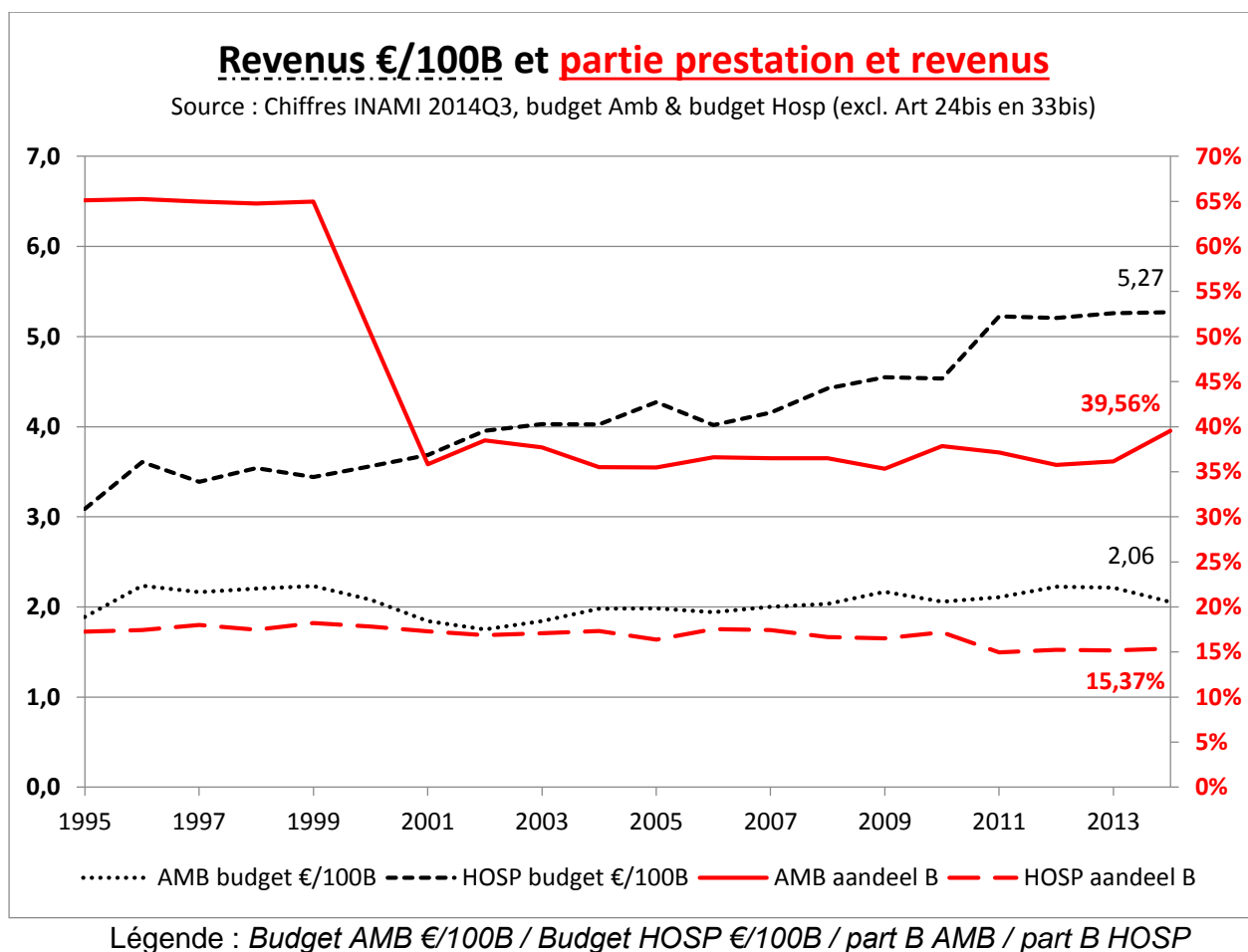
¹⁴ Test prénatal non invasif (NIPT) pour la trisomie 21 – Aspects économiques. 22.05.2014.

conclusions suivantes pour les chiffres extrapolés de 2014 (basés sur les chiffres de la situation INAMI 2014Q3, à savoir pour les trois premiers trimestres de 2014).

29,639 milliards de B ont été prestés dans le budget ambulatoire (soit 1,72 % de plus qu'en 2013). Dans le budget pour les patients hospitalisés, 11,284 milliards de B ont été prestés (soit 1,19 % de moins qu'en 2013). Ces prestations coûtent respectivement 241,15 et 91,82 millions d'euros (en actes, donc sans la partie des honoraires forfaitaires).

Si l'on analyse les chiffres en incluant les honoraires forfaitaires respectifs (toujours sans les articles 24bis et 33bis), cela a coûté à l'INAMI respectivement 609,26 et 594,80 millions d'euros. Si nous analysons ces chiffres différemment, le coût pour l'INAMI pour 100 B prestés est égal à 2,06 € dans le secteur ambulatoire et à 5,27 € dans le secteur des patients hospitalisés. Le coût global du B équivaut à 2,90 €.

La part du coût de revient des B dans les dépenses liées aux prestations dans le secteur ambulatoire s'élève à 39,56 %. Dans le secteur des patients hospitalisés, la part du coût de revient des B s'élève à 15,37 %. La part du remboursement des B par l'INAMI, en d'autres termes la part des honoraires liés à la prestation, s'élève globalement à 27,61 %.



L'inversion de tendance de 2013 se poursuit. Le montant, corrigé, des honoraires forfaitaires ambulatoires en 2013 a connu une baisse de 1,85 % ; en 2014, ce montant a de nouveau baissé à hauteur de 1,83 %.

Dans le secteur des patients hospitalisés, il existe depuis le 01.01.2014 un nouveau numéro de code de nomenclature : 591076-591080. Les hôpitaux qui ont le droit de porter en compte cet honoraire forfaitaire puisent pour cela dans les honoraires forfaitaires pour la prestation 591113-591124 et dans la récupération partielle des économies réalisées dans le secteur ambulatoire.

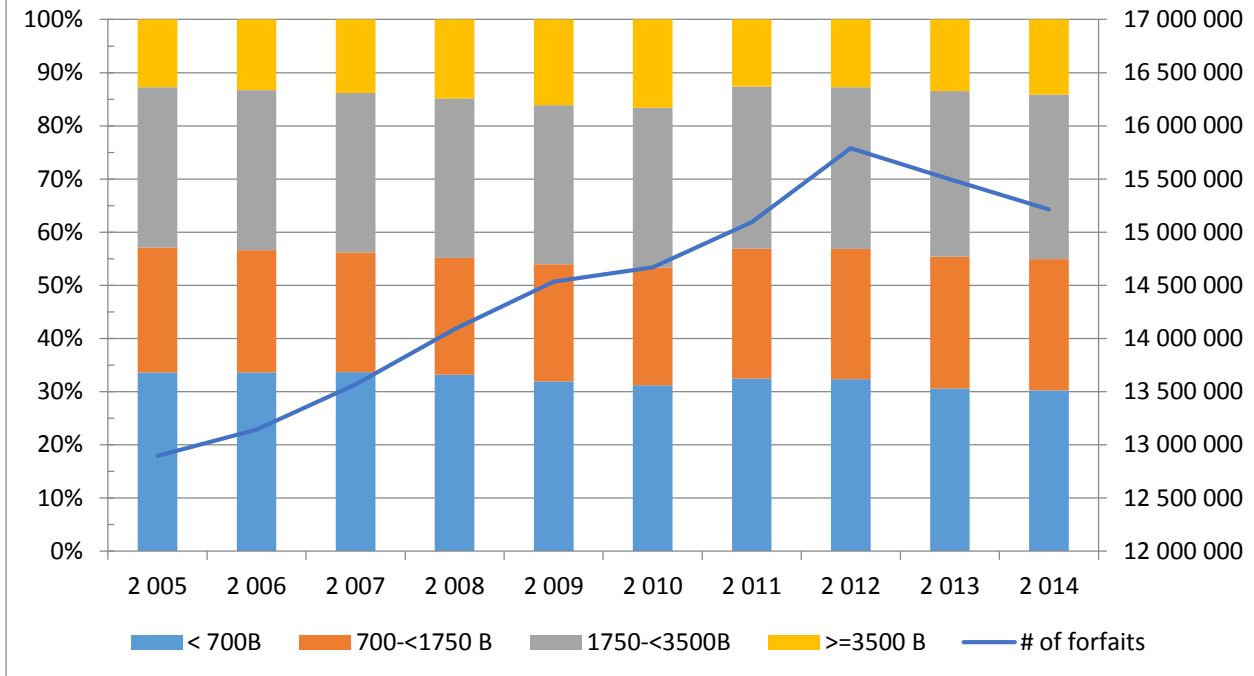
Le nombre d'honoraires forfaitaires portés en compte est réparti proportionnellement entre 591113-591124 (3 biologistes) et 591076-591080 (4 biologistes).

Dans tous les chiffres mentionnés ci-dessus, on ne tient pas compte des articles 24bis et 33bis, ni du ticket modérateur.

Honoraires forfaitaires ambulatoires à partir de 2005

Répartition et montants

Source : chiffres INAMI 2014Q3

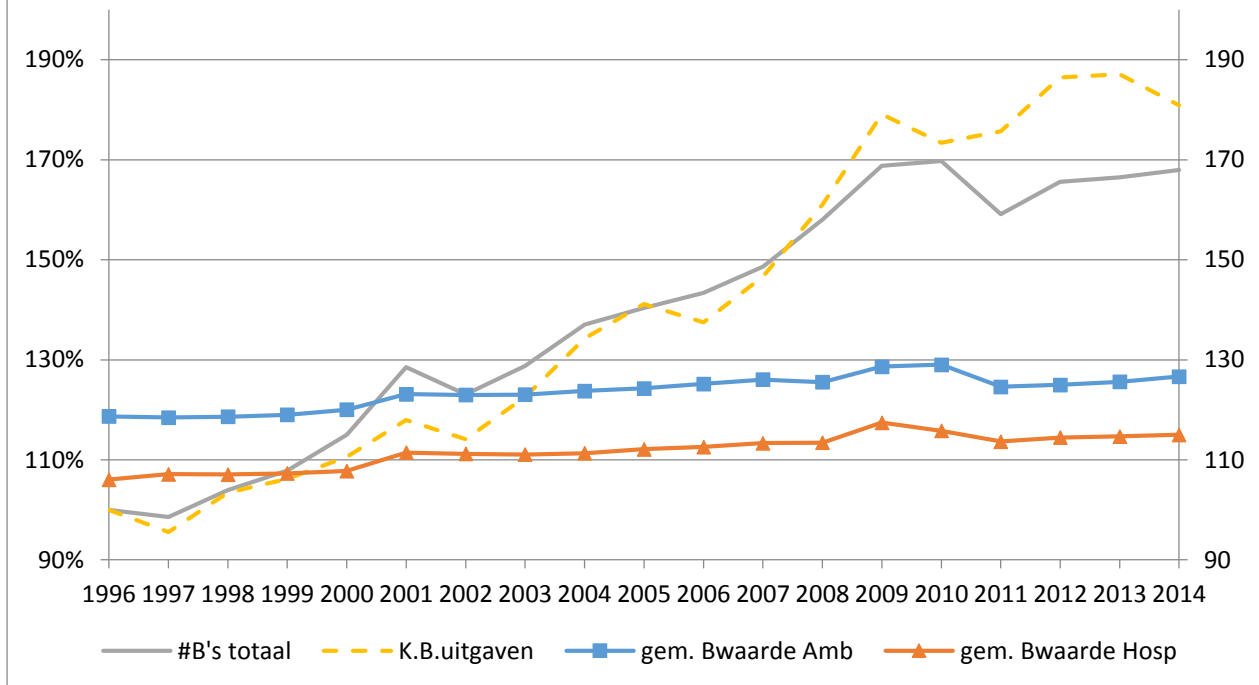


La tendance historique d'une légère augmentation constante de la valeur moyenne du B reste stable (avec l'exception logique de la période qui a directement suivi la dévaluation par la Task-Force fin 2010). Remarquons qu'il y a toujours moins de prestations de B qu'en 2009-2010, entre autres en raison de l'ajout d'un certain nombre de prestations qui ont reçu ensemble une valeur de B plus basse que la somme des valeurs originales des B des tests individuels.

Dépenses biologique clinique et montant de B prestés depuis 1996

Valeur de B moyenne par prestation

Source : chiffres INAMI 2014Q3, budget bio. clinique (incl. Art 24bis en 33bis)



Légende : Total nombre de B / dépenses AR / valeur moyenne B Amb / valeur moyenne B Hosp

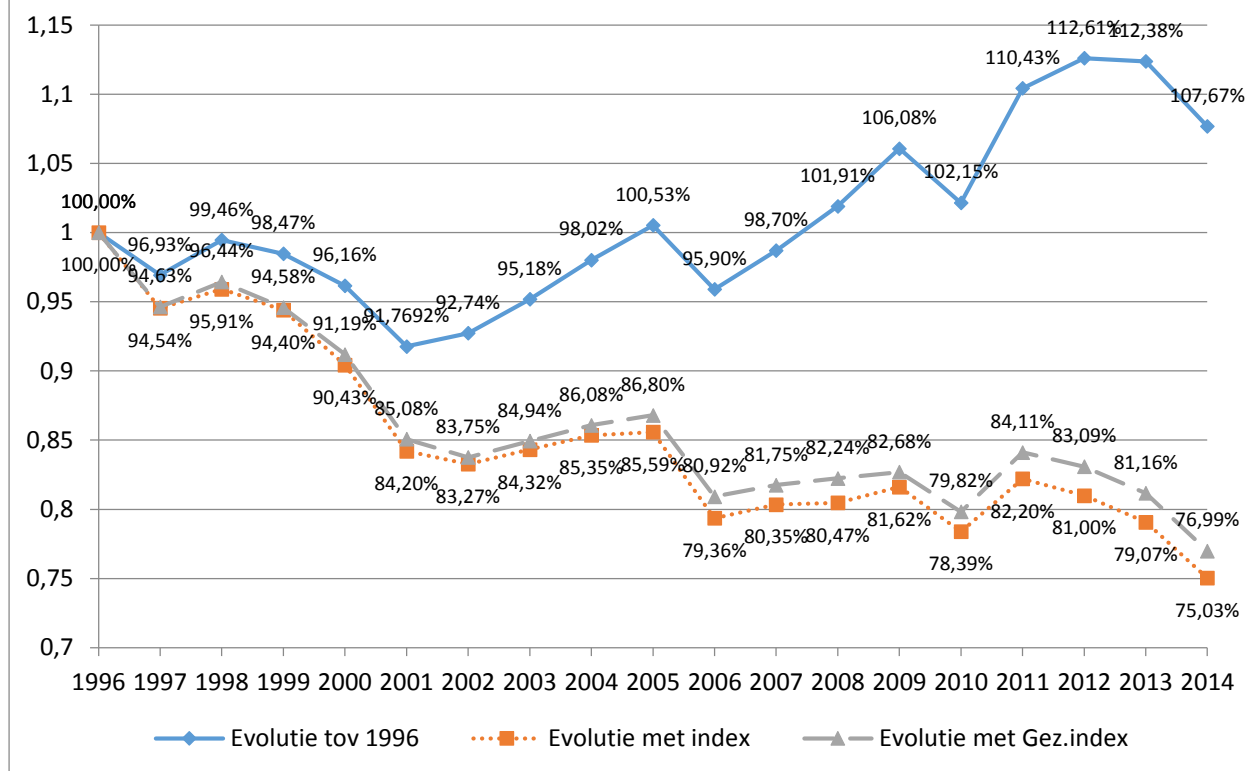
Les dépenses en 2014, ont principalement été influencées par les économies induites dans les honoraires forfaitaires ambulatoires. Le remboursement de ces honoraires forfaitaires a cependant été réduit de 9 % en novembre 2013. L'enveloppe 2014 pour la partie ambulatoire s'élevait à 656,244 millions d'euros et le budget pour les patients hospitalisés à 624,146 millions d'euros. Cela représente au total 1.280,390 millions d'euros.

Avec les chiffres actuels extrapolés après trois trimestres 2014, on se situe bien en dessous de cette enveloppe budgétée. Cela s'explique-t-il uniquement par la baisse du remboursement des honoraires forfaitaires ambulatoires ? Si l'on majore de 9 % les dépenses 2014 des honoraires forfaitaires ambulatoires, cela coûterait un peu plus de 33 millions d'euros supplémentaires à l'INAMI. Même dans ce cas, nous nous situons en deçà des enveloppes prévues. Cette économie fin 2013 était-elle vraiment nécessaire ? Ou l'objectif réel n'était-il pas de pures économies ? Le secteur avait pourtant informé les instances compétentes début 2013 de la tendance à la baisse. Visiblement, les agendas des politiciens et les objectifs budgétaires afférents étaient plus importants que la réalité médicale.

En outre, nous continuons à constater que le remboursement moyen par B a encore diminué en 2014. En tenant compte de l'inflation, le secteur biologie clinique connaît, par rapport à 1996, une perte de capacité budgétaire de presque 25 %.

Remboursement par B presté depuis 1996

Source : chiffres INAMI 2014Q3, budget Bio. clinique (incl. Art 24bis en 33bis)



Légende : Évolution par rapport à 1996 / Évolution avec index / Évolution avec index santé

Le nombre de prestations de l'article 18 (RIA) continue à diminuer sensiblement : 3 % de moins en 2014 qu'en 2013.

Nous remarquons également que l'article 24bis a engendré 5,28 % de dépenses en plus en 2014 qu'en 2013 et que l'augmentation est de 33,92 % depuis 2010.

L'article 33bis a engendré en 2014 13,85 % de dépenses en plus qu'en 2013. Depuis 2010, les dépenses pour cet article ont connu une hausse de 93,50 %.

Nous signalons également que les enveloppes prévues pour 2015 dans le secteur ambulatoire s'élèvent à 658,637 millions d'euros et à 620,602 millions d'euros pour les patients hospitalisés, soit un total de 1.279,239 millions d'euros. Cela comprend l'économie à partir du 01.02.2015 sur les honoraires forfaitaires en cas de réadmission 82 % → 67 % (- 0,887 millions d'euros) et la diminution de 1 % pour les prestataires non accrédités (- 0,161 millions d'euros).

Ce budget biologie clinique global pour 2015 de 1.279,239 millions d'euros comprend également le budget pour le remboursement de nouveaux tests en hématologie (+ 1,179 millions d'euros) et en chimie clinique (+ 0,413 millions d'euros).

Remarquons que la biologie clinique finance au moyen de ses propres économies, qui s'élèvent à 1,048 millions d'euros (0,887 + 0,161) un montant égal à 65,8 % des « nouvelles initiatives » (1,592 millions d'euros au total).

En ce qui concerne la diminution de 1 % pour les prestataires non accrédités, un certain nombre d'arrêtés royaux (compliqués techniquement) devront être revus. L'économie proposée à partir du 01.02.2015 pour un montant de 0,161 millions d'euros ne sera donc pas atteinte en 2015. Lors de la réunion de la Commission nationale médico-mutualiste du 09.02.2015, il a été demandé d'en tenir compte.

3.2. Et voilà 2015...

Aucune économie supplémentaire notable n'est encore prévue pour 2015. Cependant, sont prévues une réduction supplémentaire de l'honoraire forfaitaire par admission – qui passera de 87 % à 62 % par réadmission d'un patient avec le même diagnostic dans le même hôpital dans les 10 jours après sa sortie– ainsi qu'une réduction des honoraires à hauteur de 1 % pour toutes les prestations techniques, et donc toutes les prestations de la médecine de laboratoire, pour les médecins non accrédités (et les pharmaciens biologistes cliniques, étant donné qu'ils suivent automatiquement la nomenclature des prestations de santé des médecins).

L'accord médico-mutualiste du 22.12.2014¹⁵ rend possible le remboursement d'un certain nombre de (« nouveaux ») tests attendus depuis longtemps en microbiologie et hématologie, mais en réalité, nous les finançons à hauteur de deux tiers avec les mesures d'économies drastiques mentionnées plus haut.

Outre les projets susmentionnés, qui feront également l'objet de notre plus grande attention en 2015, voici quelques « sujets brûlants » pour l'année 2015.

3.2.1. Financement « all-in »

Le changement du financement des hôpitaux a été largement couvert par la presse et continue de l'être. La tendance est de viser à un financement « all-in », et donc à des remboursements forfaitaires pour certaines (sinon toutes) pathologies et leur traitement. Le KCE y a, sur demande de la ministre sortante Laurette Onkelinx, apporté une contribution importante avec son rapport 229 long de plus de 400 pages¹⁶. Le rapport constitue principalement un aperçu des problèmes actuels ou des points de discussion : la différence salariale entre les spécialités, l'offre excédentaire de lits aigus, le sur-financement ou le sous-financement des hôpitaux universitaires, les avantages et inconvénients de la médecine à l'acte, le sous-financement des activités des hôpitaux liées à la journée d'hospitalisation, etc.

On ne relève pour l'instant aucune véritable recommandation sur la direction que prendra le nouveau financement ; elles ne sont attendues que dans les prochaines années. En ce qui concerne spécifiquement la biologie clinique, nous connaissons déjà le problème des examens préopératoires réalisés par le médecin. Un remboursement forfaitaire éventuel d'une opération électorale, par exemple, comprendra-t-il également l'examen préopératoire, et si oui, le laboratoire d'hôpital devra-t-il rembourser une somme au laboratoire privé qui a réalisé les examens préopératoires ? Qu'en est-il des traitements qui se déroulent en partie en milieu hospitalier et en partie de manière ambulatoire ? Quid du cadre paramédical ambulatoire après l'intervention ? Il semble très compliqué, voire impossible, d'honorer de manière forfaitaire le traitement d'une pathologie dont les soins sont en partie ambulatoires et en partie en milieu hospitalier. Aux États-Unis, on expérimente déjà sérieusement en la matière sous la dénomination « bundled payment ». Il est probable que la forfaitarisation des honoraires fasse couler encore beaucoup d'encre et les biologistes cliniques devront se joindre activement à ce débat.

3.2.2. Génétique

Une discussion fondamentale devra être menée sur les frontières des tests relevant de la génétique. Cela concerne-t-il uniquement les analyses liées aux maladies congénitales et les maladies acquises relèvent-elles de la biologie clinique et de l'anatomie pathologique ? À première vue, la frontière semble claire, mais nous savons tous que, par exemple, les caryotypes et les tests FISH sur la moelle osseuse sont exécutés dans les centres génétiques pour des maladies hématologiques acquises, telles que la leucémie.

¹⁵ Moniteur belge 27.01.2015.

¹⁶ Conceptual Framework for the Reform of the Belgian payment system of hospital care. 26.09.2014.

En outre, les technologies disponibles entraînent de nouveaux défis éthiques. Que faire avec une mutation germinale trouvée par hasard dans le séquençage d'une tumeur du colon ?

Par ailleurs, il convient de mener un débat fondamental sur le coût de revient des tests génétiques (souvent avec un B8000). Grâce aux avancées technologiques, les PCR classiques dans le cadre par exemple du dépistage de l'hémochromatose ou de la mucoviscidose peuvent être réalisés pour une fraction du prix d'il y a dix ans ; il semble donc logique de réduire certains remboursements et de réinjecter les sommes ainsi économisées pour financer, par exemple, de nouvelles techniques comme le « Next Generation Sequencing ».

3.2.3. Ensemble, nous sommes plus forts !

Enfin, nous actons avec intérêt que l'intégration des sociétés scientifiques se soit concrétisée. Au cours de l'assemblée générale du 18 octobre 2014, la fusion de la Société belge de biologie clinique (SBBC-BVKB) avec la Société Royale Belge de Chimie Clinique (SRBCC-KBVKC) a été approuvée. Voici le nouveau nom de l'union ainsi formée : « Société Royale Belge de Médecine de Laboratoire » (SRBML), « Koninklijke Belgische Vereniging voor Laboratoriumgeneeskunde » (KBVL), « Royal Belgian Society of Laboratory Medicine » (RBSLM).

Avec cette fusion, on vise à la représentation et à la défense des intérêts scientifiques, de l'innovation, de la qualité, des guidelines, des symposiums, etc. dans TOUS les domaines de la médecine de laboratoire en Belgique, y compris en chimie clinique, hématologie, microbiologie et toutes les nouvelles disciplines annexes.

Enfin, l'union professionnelle est déterminée à prendre en 2015 les initiatives nécessaires pour attirer davantage de jeunes. C'est entre autres dans cette optique que les statuts de notre union professionnelle seront révisés au cours d'une assemblée générale convoquée à cette fin.

Dr Henk Louagie

4. Rapport financier du trésorier, le Dr L. Marcelis

L'assemblée générale approuve les comptes de 2014 à l'unanimité et le comité directeur donne décharge au comité directeur à l'unanimité. Au vu de l'état financier favorable, le trésorier propose de maintenir la cotisation annuelle de notre union professionnelle à 248 euros avec les réductions habituelles pour les candidats-spécialistes (25 euros), les médecins spécialistes agréés depuis moins de 4 ans (125 euros) et les pensionnés (75 euros). L'assemblée générale approuve la proposition du trésorier à l'unanimité.

5. Discussions au sujet du rapport du secrétaire

Les tests POCT chez les pharmaciens limbourgeois font l'objet d'une discussion animée. Certains membres estiment que cela constitue un précédent dangereux, et d'autres considèrent que de tels tests POCT seront toujours confirmés dans un laboratoire conventionnel de la même manière qu'un test de grossesse à domicile positif est toujours confirmé par un laboratoire clinique. Dans tous les cas, un problème de communication et de connaissance persiste chez les pharmaciens.

D'autre part, les connaissances des médecins généralistes dans certaines situations pratiques laissent également à désirer : ainsi, il semble qu'un incident ait été constaté dans un grand hôpital flamand où des NACO ont été contrôlés via INR. Naturellement, l'administration de NACO a eu peu d'effets sur l'INR, ce qui a poussé à augmenter la dose et occasionné finalement une hémorragie...

La connaissance et la communication des indications de certains tests de laboratoire restent donc primordiales et relèvent de la responsabilité du biologiste clinique !

La possibilité de suivre un stage en tant que biologiste clinique en formation dans un laboratoire privé est examinée. De manière générale, cela est vécu positivement, même si visiblement cela joue moins en Wallonie, où les hôpitaux assurent également beaucoup de prestations de biologie clinique privée. Il est important que les commissions d'agrément gardent la responsabilité d'évaluer si un plan de stage introduit répond aux critères. Nous nous attendons à ce que les critères d'agrément soient évalués de manière souple au vu de la double cohorte assistants attendue d'ici peu à la suite de la réduction de la durée des études de médecine à six ans.

Les « échanges croisés » entre le secteur privé et les laboratoires d'hôpitaux sont également renforcés. En effet, la connaissance des bons et mauvais côtés des deux secteurs suite à l'échange d'assistants entraînera peut-être une meilleure compréhension réciproque et une meilleure collaboration, notamment sur le plan des tests rares, difficiles ou spéciaux.

Enfin, on relève le fait que l'accord médico-mutualiste récemment conclu prévoit le financement partiel de la formation des assistants par l'INAMI à partir de 2016.

6. Divers

Aucun point à signaler.

Dr H. LOUAGIE,
Secrétaire

Dr M. MOENS,
Président