
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
des Médecins Spécialistes

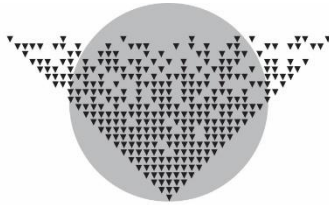
Éditeur responsable : Dr J.-L. Demeere
Secrétaire de rédaction : F. Vandamme
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

Numéro spécial avril 2019

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 du 27.02.2018.....	3
2.	Discours du Président, Dr Alin Derom: Bit-Care and Health-Coin	3
3.	Compte rendu du secrétaire, le Dr Henk LOUAGIE	5
3.1	Rétroactes 2018.....	5
3.1.1.	Soins à basse variabilité.....	6
3.1.2.	Réseaux hospitaliers	6
3.1.3.	Modification AR78 relatif aux professions de soins de santé.....	6
3.1.4.	Nouvelles concernant l'agrément de la biologie clinique, de la microbiologie et le contexte européen	7
3.1.5.	POCT et PST	9
3.1.6.	Reconnaissance de l'expertise des biologistes cliniques.....	10
3.1.7.	Budget 2018.....	11
3.1.8.	Divers	11
3.2.	Et en 2019	12
3.2.1.	Analyse budgétaire.....	12
3.2.2.	Nomenclature vue d'ensemble modifications fin 2018 / début 2019	13
3.2.3.	Centralisation des soins	16
3.2.4.	Génétique	16
3.2.5.	Professions paramédicales.....	16
3.2.6.	Convention NGS et création de l'art. 33ter	16
4.	Compte rendu du trésorier, le Pr. Dr Alain VERSTRAETE	17
5.	Divers	18



Kroonlaan 20, 1050 Brussel – Avenue de la Couronne 20, 1050 Bruxelles
Tel. 02/649.21.47 - Fax 02/649.26.90 - info@vbs-gbs.org

Projet de compte rendu de l'assemblée générale statutaire du 26.02.2019

Présents:

Drs E. BAILLEUL, M. BERTH, (L. CATTOIR), M. CRIEL, S. DEBRUYNE, A. DEROM, A. DEVREESE, D. JAMAER, K. MALEGHEER, M. LIEVENS, H. LOUAGIE, K. MAGERMAN, J. MAIRESSE, J. MINON, M. MOENS, J. MOERMAN, B. STAQUET, M. VANBLERK, K. VANPELT, K. VANPOUCKE, P. VERMEERSCH, A. VERSTRAETE

Excusés:

De drs. D. EERENS, J. GRAS, J. VANDERPAS en P. VERHEECKE

1. Approbation du projet de compte rendu de l'assemblée générale du 27.02.2018

Le compte rendu est approuvé à l'unanimité.

2. Discours du Président, Dr Alin Derom: Bit-Care and Health-Coin

La coutume veut que le Président tienne un discours à l'occasion de l'assemblée générale. Non pas pour narrer le déroulement de l'année écoulée car cette tâche est confiée aux bons soins du secrétaire général. Il s'agit plutôt de présenter une vision, de lancer des ballons d'essai ou de prendre le temps de philosopher. Je dois avouer que c'est une tâche difficile pour un esprit cartésien comme le mien.

Cette affirmation me plonge déjà dans l'embarras. René Descartes était non seulement mathématicien mais aussi philosophe, auteur du fameux « Je pense donc je suis ». Donc, je pense ...

Les soins de santé sont confrontés au même problème que la chrétienté par exemple : d'un côté, il y a des traditions séculaires solidement enracinées dans l'histoire, de l'autre, il y a une jeune génération qui revendique plus de réalisme, de souplesse, de dialogue et d'assistance. Nous ne serions pas en 2019 si nous n'évoquions pas le digital, soit les médias sociaux pour être plus explicite.

2019 me fait penser à ma première expérience informatique, fin des années 70 et début des années 80. Au laboratoire de mon père, il avait un ordinateur Wang, un mastodonte de plus de cent kilos doté d'une mémoire de travail de 64 kilobits répartis sur une dizaine de postes de travail. Fier comme un coq, je pouvais m'asseoir derrière l'écran, taper avec enthousiasme 5*7= « enter » et recevoir le message d'erreur navrant « command unknown ». J'utilisais alors un ordinateur d'une valeur d'environ un million de francs belges dont les capacités étaient inférieures à ma petite calculatrice TI-57.

Depuis lors, mes connaissances informatiques se sont développées et je suis content d'obtenir la bonne réponse quand je cherche le résultat de 5*7 sur Google. Je n'ai donc plus besoin de ma TI 57.

*Ces dernières années,
la médecine a fait un
immense bond en
avant dans l'ère
digitale.
Mais le patient évolue
encore plus vite.*

Mais ne vous y trompez pas. La situation qui prévalait il y a 40 ans est encore d'actualité aujourd'hui. Les questions sont toujours mal formulées et les réponses, inadéquates. Je n'évoque pas la communication humaine mais bien la communication entre les systèmes informatiques, depuis le PC du médecin particulier jusqu'aux grands parcs de serveurs dans les laboratoires et les hôpitaux. On peut vous faire croire ce que l'on veut, mais une chose est certaine : ça ne marche pas, ça ne sert à rien. Mon discours est un brin provocant, j'en conviens. Mais si on constate que certaines choses ne fonctionnent pas, qu'on s'en enquiert et qu'on découvre pourquoi, mieux vaut ne pas en parler. C'est pourtant l'inverse que je vais faire. Conduisons-nous en adulte responsable et regardons la réalité en face.

Ces dernières années, la médecine a fait un immense bond en avant dans l'ère digitale. Nous enregistrons plus, partageons plus et sommes donc censés en savoir plus. Mais l'évolution du patient est encore plus rapide que celle des technologies. Le patient discute en ligne non-stop, sait instantanément ce qui se passe à l'autre bout du monde, partage d'un clic la dernière photo de son chat avec des millions d'internautes qui « like » ou pas. Sans parler de Wikipédia et de Docteur Google.

Et qu'en est-il du HealthCare? Le secteur patauge. Mauvaise volonté? Non! Ignorance? Parfois oui! Enthousiasme? Parfois trop! Dans l'espoir que tout s'améliore? Oui certainement!

Mais... j'entends des voix s'élever : peut-on attendre un peu ? Comment trouver des solutions? Peut-on encore utiliser le papier quelque temps ?

De nouveau, 2019 me fait songer à l'époque qui m'a vu entreprendre les démarches nécessaires au transfert de l'assurabilité et des coordonnées du patient via la banque-carrefour et MyCareNet. C'était donc en 2012. Tout n'était que paperasserie. On n'avait presque pas besoin de l'informatique.

Désormais, une épée de Damoclès est suspendue au-dessus de nos têtes avec pour mots d'ordre informatique et rapidité. Il est bien sûr inconcevable que le digital soit lent : par rapidité, je veux dire que l'« on (les politiques) veut que l'obligation du digital soit imposée très rapidement ». Si j'ai bien appris une chose, c'est que l'on obtient rarement de bons résultats en travaillant vite et dans la précipitation. C'est le docteur qui l'a dit.

***Maggie De Block est
passée à la vitesse
supérieure pour suivre la
nécessaire évolution***

Notre ministre des Affaires sociales et de la Santé publique en affaire courantes Maggie De Block est passée à la vitesse supérieure pour répondre à la nécessaire évolution. Je crains seulement qu'elle ait brûlé quelques feux et oublié de demander où sont les freins.

Prenons notamment HL7-CDA. C'est un concept formidable que je soutiens personnellement. Ce n'est pas la panacée et en Belgique, on a élaboré un énième « standard international ». Pourtant, ce système ouvre de belles perspectives.

Tout comme les anciens codes Albert II. J'ai retrouvé un e-mail de 2002 à ce sujet. C'était une initiative soutenue par quelques enthousiastes qui avaient chacun leur programme propre et à l'époque, le projet Albert II avait donné lieu à une belle collaboration. Mais lorsqu'il a été question de le tester en pratique et de l'harmoniser pour qu'il puisse s'adapter aux aléas de la réalité, le projet a dérapé. Personne n'était prêt à s'investir pro deo dans le développement du système et les autorités n'avaient plus un cent à y investir. Résultat : les codes Albert II ne se sont retrouvés que dans les seuls ordinateurs de ces enthousiastes.

C'est malheureusement le destin qui attend HL7-CDA.

HL7-CDA pourrait signifier la fin de la profusion de formats de documents qui pullulent en Belgique: Medidoc, Medar, HealthOne, Medigest, etc... Évidemment, tous se veulent premiers du genre et s'autoproclament norme à suivre. HL7-CDA pourrait aussi signifier la fin d'une situation dans laquelle les hôpitaux refusent de scanner les résultats des laboratoires extramuraux de première ligne. Je me demande ce qu'ils essaient d'obtenir. Cela ne profite ni au médecin ni au patient et ne peut conduire qu'à une surconsommation coûteuse de biologie clinique. Honte aux hôpitaux! Est-ce bien là leur vision et leur contribution au progrès qu'offrent l'IT et les échanges digitaux?

Toute cette confusion disparaîtrait si des instances supérieures imposaient un format belge. Un format assorti d'une procédure de test indépendante, axée sur le contenu du message comme nous l'avons exigé mes collègues et moi. En espérant que le médecin ne soit plus baladé de droite à gauche quand pour l'une ou l'autre raison, il n'a pas accès à tous les résultats.

C'est donc une déception, une frustration et une incrédulité immenses qui m'envahissent alors qu'à un moment, il a bien existé une volonté et même une pression politiques pour imposer ce format avant les élections, tout en constatant quand même que l'on ne dispose ni du temps ni de l'argent indispensables pour tester sérieusement ce format. Heureusement les initiatives nécessaires ont été prises pour relancer la discussion : en attendant, il a été convenu que les messages soient temporairement disponibles en format texte, Word ou XML. On nous a donc écoutés. Mais je dois avouer que je reste insatisfait et déçu. Déçu qu'on ait voulu à tout prix une solution pour tenir les promesses des politiques et des groupes d'intérêts, et déçu qu'on n'ait pas su reconnaître l'utilité et la plus-value d'un système testé en profondeur dont le déploiement simplifierait énormément la vie des médecins et profiterait à la santé du patient. Et si cela peut faire plaisir aux politiques, oui je l'affirme, HL7-CDA peut leur faire économiser des millions dans les dépenses de sécurité sociale. Mais en tant que médecin, je préfère déclarer que ce système nous donne l'opportunité d'investir des moyens financiers dans les nouvelles technologies nécessaires au bien-être de chacun.

*Investir dans les
nouvelles technologies
nécessaires au bien-
être de chacun*

Bitcoin et le Healthcare sont logés à la même enseigne : on en parle beaucoup en bien ou en mal, certains y croient, d'autres pas. Les critiques sont soit positives, soit négatives : pour certains c'est le futur, tandis que pour d'autres, c'est un coup d'épée dans l'eau. On pourrait marier les deux concepts qui deviendraient Bit-Care et Health-Coin. Ce pourrait être le début d'une belle idylle.

3. Compte rendu du secrétaire, le Dr Henk LOUAGIE

3.1 Rétroactes 2018

En 2018, le comité directeur s'est réuni 4 fois au total (les 25.02.2018, 08.05.2018, 11.09.2018 et 20.11.2018). L'assemblée générale des membres a eu lieu le 25.02.2018. Le 08.10.2018, une réunion supplémentaire a eu lieu avec nos collègues anatomopathologistes.

Quels sont les mots clés de 2018? Viennent en tête, les soins à basse variabilité (SBV) et les réseaux hospitaliers, en première et deuxième position, au choix. Le dossier DPNI qui faisait beaucoup parler de lui en 2017 s'éclipse légèrement et les centres de génétique humaine (CGE) semblent s'être résignés à accepter que le test DPNI soit aussi offert dans des centres autres que les centres de génétique. Nous sommes contents que cette chasse aux sorcières ait cessé. Autre problématique qui fait souvent la une, les tests POCT et PST qu'on peut se procurer ou non par internet. Le rapprochement avec l'union professionnelle des pathologistes nous donne bon espoir, de même que la reconnaissance des biologistes cliniques dans leur domaine d'expertise, signifiée par leur participation au groupe de travail « Companion Diagnostics ». Cependant, la place et les rapports des biologistes cliniques avec les autres professionnels de la santé restent un défi important. Les biologistes moléculaires, les collaborateurs scientifiques de tous bords et les pharmaciens d'officine tentent de conquérir une place justifiée ou non dans le diagnostic de laboratoire. À cet égard, une réforme de l'AR78 relatif aux professions de la santé aurait pu dénouer la situation mais cette matière reste l'un des nombreux chantiers inachevés de la Ministre DE BLOCK. Pour conclure, fin 2018, les actualités ont parlé de l'agrément des infectiologues parallèlement ou pas à celui des microbiologistes médicaux. L'union professionnelle a cherché et a trouvé de nouveaux membres pour la commission d'agrément francophone. Finalement, les Drs Staquet, Mairesse et Senterre ont été nommés membres effectifs et les Drs Roisin, Minon et Sibille leurs suppléants. Pour la médecine nucléaire in vitro, le Dr Pascaline Durez a été désignée avec le Dr Maertelaere comme suppléant. Bien que l'union professionnelle déplore au plus haut point que seulement 23,98 % des médecins aient participé aux élections médicales, nous avons l'espoir de trouver

encore assez de volontaires pour augmenter les effectifs de tous les groupes de travail, commissions etc.

Tous ces sujets et d'autres questions sont approfondis dans le présent rapport.

3.1.1. Soins à basse variabilité¹

Le nouveau système de « montants globaux prospectifs » ou du financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité (SBV) est d'application depuis le 1^{er} janvier 2019. Lors de la session d'information du 18.06.2018, les propositions suivantes ont été faites pour la biologie clinique: sont exclus des montants globaux tous les honoraires forfaitaires variables, c. à d. le forfait par journée d'hospitalisation (592001) et les forfaits par admission hospitalière (591076-591080, 591113-591124, 591135-591146). Par contre, sont bien inclus dans les montants accordés aux soins à basse variabilité les honoraires forfaitaires fixes par admission hospitalière (591603 et 591102, selon que le biologiste clinique est accrédité ou non): les honoraires fixes par admission hospitalière dans un hôpital de jour (591091) et 8 honoraires forfaitaires par prélèvement en hospitalisation de jour. Les prestations des articles 24bis, 33 et 33bis de la nomenclature sont exclues du système des soins à basse variabilité.

Le système des montants de référence, introduit par la loi du 22.08.2002, disparaît au moment de l'introduction des SBV mais reste d'application jusque fin 2018. La règle transitoire permet qu'en 2019, les suppléments d'honoraires soient facturés à un maximum de 115 % de la valeur des prestations prévues dans le montant prospectif. Par exemple : si le montant global prospectif est de 500 €, des suppléments peuvent être demandés sur un maximum de 575 € (= 500 + 15 %) de prestations effectivement effectuées, mais l'importance des suppléments (100 %, 200 %, ...) n'est pas limitée par la loi ou l'AR et ce jusqu'au 31.12.2019 inclus. Au-delà de cette date, ce qu'il adviendra des dépassements de 115 % est pour nous un mystère. Il n'y a aucune logique là dessous. De nombreux collègues d'autres spécialités ont essayé de faire sortir certaines de leurs prestations des soins à basse variabilité, mais leurs efforts furent souvent vains.

Indépendamment de ces questions, les soins à basse variabilité génèrent une surcharge administrative considérable. Actuellement, seules les MC sont prêtes pour la facturation. Il sera aussi difficile de facturer correctement les analyses de sous-traitance. La répartition des honoraires reste un sujet brûlant, mais plutôt facile à régler du moins pour la biologie clinique.

3.1.2. Réseaux hospitaliers

Bien que le gouvernement soit en affaires courantes, le projet de loi relatif aux réseaux hospitaliers a été approuvé à la réunion parlementaire plénière du 14.02.2019. Pour le 01.01.2020, tous les hôpitaux, y compris les universitaires, devront s'être organisés en 25 réseaux hospitaliers ce qui devrait théoriquement diminuer la concurrence entre les hôpitaux et chaque hôpital ne prétendrait plus vouloir offrir tous les soins possibles. L'objectif est déjà raté à Gand puisqu'un hôpital de la ville envoie ses patients pour des séances de rayons dans un hôpital situé à 50 km, alors qu'il existe deux centres de radiothérapie à Gand. Pour la biologie clinique, le déploiement des réseaux hospitaliers aboutira probablement à une plus forte consolidation entre les laboratoires hospitaliers, aboutissant à ce que les petits sites hospitaliers ne conservent qu'un laboratoire d'urgences. Il est clair que les offres d'emploi pour des biologistes cliniques (médecins et pharmaciens) ne s'en trouveront pas majorées.

3.1.3. Modification AR 78 relatif aux professions de soins de santé

Peu de choses ont changé pour la biologie clinique jusque début 2019. Puis, est paru le nouvel arrêté royal du 12 février 2019 qui remplace l'AR du 2 juin 1993 et rend la profession de « technologue de laboratoire médical » (TLM) conforme aux exigences actuelles en 2019. L'arrêté tient compte des avis du Conseil fédéral des Professions paramédicales et a été élaboré en concertation avec les experts du secteur et des écoles organisant la formation. Le 22 février 2019, l'arrêté royal est entré en vigueur.

L'activité des TLM dans les laboratoires a fortement évolué au cours des dernières années. Le nouvel arrêté royal du 12 février 2019 répond à cette évolution. En outre, l'arrêté modernise les compétences

¹ Loi du 19.07.2018 (MB 26.07.2018); AR du 02.12.2018 (MB 18.12.2018).

du TLM et les exigences à remplir pour pouvoir exercer la profession. Quelques exemples de tâches que le TLM pourra bientôt exécuter : examens de laboratoire sur des échantillons d'origine humaine dans de nouveaux domaines ; examens de biologie moléculaire et analyses de cellules, tissus et organes ; préparation et manipulation de matériel corporel humain à des fins thérapeutiques (par ex. manipulation de gamètes, sperme ou embryons (pour procréation médicalement assistée) ; prise de sang par cathéter intraveineux existant ou après pose d'un cathéter intraveineux périphérique (par ex. pour les patients qui doivent passer un test de tolérance au glucose et qui subissent plusieurs prélèvements à intervalles courts pour analyses sanguines).

L'union professionnelle salue cette revalorisation de la profession de « TLM ». Mais pour « les collaborateurs scientifiques » ou les « biologistes moléculaires », il n'y a actuellement pas de solution et leur statut dans les laboratoires est caractérisé par un vide juridique. « Molecular Diagnostics », leur association de défense professionnelle continue à faire pression activement pour qu'on y remédie mais n'a jusqu'à présent elle n'a obtenu aucun résultat.

Le 28.09.2016, devant l'auditoire plein à craquer du Passage 44, Pedro FACON, à l'époque chef de cabinet de la ministre DE BLOCK et aujourd'hui directeur-général du SPF Santé publique, avait déjà annoncé une réforme en profondeur de l'AR 78. Les participants se souviennent certainement de la marguerite dont le centre est le patient autour duquel gravitent les pétales que sont les professions de soins de santé. Les médecins étaient un de ces nombreux petits pétales. Depuis, l'on sait que la réforme de l'AR78 ne sera plus pour cette législature.

Cette situation engendre déjà un certain nombre de problèmes: le rapport 300B du KCE (https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_300B_Sequencage_du_genome_Synthese.pdf) est favorable à la reconnaissance de la profession des « Genetic counselors » (paramédicaux qui préparent les consultations des généticiens cliniques), des généticiens de laboratoire et des bio-informaticiens. La fonction de « genetic counselor » a aussi été reprise dans le projet de l'actuelle réforme de l'AR78 mais ne semble donc plus être à l'ordre du jour. Entre-temps, les CGH forment des « genetic counselors » et les hôpitaux les engagent alors qu'au sens strict, ils n'existent pas. Les critères d'application (<https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/etablisements-services/laboratoires/Pages/oncologie-remboursement-biologie-moleculaire-ngs.aspx>) qu'il faut remplir pour pouvoir adhérer à la convention « Next Generation Sequencing » (NGS) impose aussi des critères d'agrément pour les formations du personnel et des paramédicaux qui n'existent pas encore officiellement pour l'instant... . Ce n'est pas la classe moyenne mais bien Kafka qui gouverne le pays, pour paraphraser le regretté Luc De Vos (Gorki). Jusqu'à présent, aucune convention NGS n'a encore été accordée.

3.1.4. Nouvelles concernant l'agrément de la biologie clinique, de la microbiologie et le contexte européen

L'actualisation des critères d'agrément pour les biologistes cliniques a été reportée à plus tard. Formé le 07.03.2017 et dirigé depuis le 02.05.2017 par le Pr. Dr Jean-Luc RUMMENS, le groupe de travail mixte composé de médecins biologistes et de pharmaciens biologistes consacré à une éventuelle équivalence de formation entre les médecins et les pharmaciens biologistes est provisoirement en position « pause ». Fin 2018, l'imminence de l'agrément des infectiologues avaient troublé les esprits. Le Dr Patrick WATERBLEY, secrétaire du Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes, a convoqué à l'improviste un groupe de travail le 20.11.2018 pour prévoir un agrément propre aux infectiologues et préparer ce dossier pour l'assemblée plénière du Conseil supérieur du 13.12.2018. Le Dr MOENS y était présent en tant que membre du Conseil supérieur. Le Prof. Dr Willy PETERMANS (KU Leuven) et le Prof. Dr Eli COGAN (ULB), tous deux internistes et membres du Conseil supérieur, ont assuré la co-présidence. Il y avait aussi une quinzaine d'internistes (infectiologues), un seul pédiatre et un infectiologue biologiste clinique, le Prof. Dr Denis PIÉRARD (VUB).

La majorité au sein du groupe de travail vise un titre de niveau 3 accessible pendant ou après l'obtention du titre de niveau 2 dans n'importe quelle discipline de médecine interne ou en pédiatrie. Une période de minimum 4 ans est nécessaire pour obtenir l'intégralité des compétences nécessaires dont certaines

peuvent déjà avoir été acquises pendant la formation en médecine interne ou pédiatrie. Ensuite, la formation en infectiologie consiste en quatre (2+2) années supplémentaires, dont 2 années de médecine interne/pédiatrie avec un certain nombre de stages obligatoires, et deux années spécifiquement consacrées à l'infectiologie.

Une minorité au sein du groupe de travail souhaite créer plutôt un titre de niveau 2, c. à d. un titre professionnel à part entière tel que celui de chirurgien, généraliste ou biologiste clinique. Cela offre deux avantages : le titre en niveau 2 permettrait la libre circulation des infectiologues au sein de l'UE, l'UE ne connaissant pas de « titres de niveau 3 » ; de plus, les modalités d'accès au titre de niveau 2 éviteraient d'exclure les anesthésistes, urgentistes et autres spécialistes, alors qu'ils le sont dans la proposition du titre de niveau 3, cette dernière la réservant aux seuls internistes et pédiatres.

Sous l'impulsion de notre collègue le Dr Louis IDE, un document volumineux concernant un agrément spécifique pour les « microbiologistes médicaux », a été préparé en décembre 2018, soutenu par de nombreux médecins biologistes cliniques orientés microbiologie, pour la plupart membres de notre union professionnelle. Ce document a été traduit d'urgence pendant les fêtes de fin d'année pour qu'il puisse être présenté dans les deux langues nationales lors de la réunion du groupe de travail infectiologie du Conseil supérieur du 08.01.2019. Les Drs Alin DEROM, Koen MAGERMAN et Hans DE BEENHOUWER étaient présents au nom de l'union professionnelle. Ils ont souligné que cette proposition n'est absolument pas une attaque contre les infectiologues mais qu'au contraire, elle vise à officialiser la complémentarité entre les infectiologues et les microbiologistes médicaux. La proposition avait été lancée pour pouvoir former parallèlement au groupe de travail infectiologie, un groupe de travail « microbiologie médicale ». Par la suite, le président du Conseil supérieur (Pr Jacques BONIVER), appuyé par Patrick WATERBLEY, secrétaire du Conseil supérieur, ont émis une contre-proposition pour que le groupe de travail susmentionné lancé début 2017 pour moderniser les critères d'agrément des biologistes cliniques et composé de pharmaciens biologistes cliniques et de médecins biologistes cliniques issus des commissions d'agrément respectives, sous la direction du Pr Dr. Jean-Luc RUMMENS, réanime le dossier et qu'on lui en confie le traitement. Comme mentionné ci-avant, ce groupe de travail est entre-temps « gelé » car la révision des critères d'agrément n'est pas un dossier prioritaire au cabinet.

L'union professionnelle dénonce cette attitude, craignant un report sine die du dossier. De plus, le Dr Patrick WATERBLEY voudrait adapter les critères d'agrément de la microbiologie clinique aux critères européens de l'UEMS. Cela exclurait peut-être définitivement les pharmaciens biologistes cliniques mais risque aussi d'entraîner un afflux massif potentiel de « microbiologistes médicaux » originaires des autres pays de l'UE. Cette situation serait aussi inacceptable selon l'union professionnelle. De plus, il est essentiel que l'agrément demandé soit « un titre de niveau 3 » et n'exclue en aucun cas le « microbiologiste clinique » des autres prestations de biologie clinique. Il est évident que le « Conseil supérieur des médecins spécialistes et médecins généralistes » (tout est dans le nom) n'est compétent que pour les médecins. En d'autres termes, le dossier des pharmaciens biologistes cliniques qui souhaitent acquérir une compétence en microbiologie n'a pas sa place dans ce dossier. Il doit être traité par la Commission chargée de formuler des avis sur les demandes introduites par les pharmaciens à l'AFMPS afin de pouvoir effectuer des prestations de biologie clinique². Entre-temps, un « compromis à la belge » a été trouvé par lequel le sujet sera de nouveau discuté en réunion du groupe de travail infectiologie du Conseil supérieur le 25.02.2019. Y seront invités un certain nombre de médecins biologistes cliniques et des membres de l'union professionnelle. On proposera que dans la composition du groupe de travail de microbiologie médicale qui doit encore être formé, trois pharmaciens biologistes cliniques soient invités comme observateurs (Prof. Pharm. Katrien LAGROU, Pharm. Wim LAFFUT en Prof. Pharm. Pierrette MELIN).

Entre-temps, ce dossier a fait parler de lui à la commission de Biologie clinique. Cependant, celle-ci n'est pas compétente: la création d'un titre professionnel éventuel en « infectiologie » et en « microbiologie médicale » est une compétence qui appartient exclusivement au Conseil supérieur.

² Article 1 de l'AR du 05.11.1964 déterminant les conditions d'habilitation des pharmaciens appelés à effectuer des prestations de biologie clinique (MB 26.11.1964).

L'union professionnelle a été sollicitée pour collaborer à la conception d'un « common training framework » (cadre de formation commun – CTF) à l'attention des spécialistes en médecine de laboratoire, avec pour objectif final leur libre circulation entre les différents états européens sans qu'il leur faille à chaque fois se faire certifier. Initialement, on avait demandé à la « Royal Belgian Society of Laboratory Medicine » (RBSLM) de collaborer à ce projet par l'intermédiaire de la « European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine » (EFLM). C'est le Pr. Etienne CAVALIER, président de la RBSLM et pharmacien biologiste clinique, qui a transmis la demande à l'union professionnelle, laquelle ne manquera pas d'étudier cette question. La vigilance est certainement de mise parce que certains tentent encore de faire en sorte que ce CTF soit accessible à des spécialistes en médecine de laboratoire non-médecins qui ont un bagage scientifique. Il faudra aussi prendre contact avec le Pr. Flor VANSTAPEL qui est président du groupe de travail « regulation affairs » de la EFLM. Il est assez dommage que le contenu de la profession de biologiste clinique diffère considérablement d'un pays à l'autre en Europe. En Europe du Nord, les médecins qui exercent la médecine de laboratoire sont souvent hyperspécialisés mais on y envisage de retourner à une formation plus polyvalente. Aux Pays-Bas, on n'accepte de facto plus de nouveaux médecins en médecine de laboratoire et la profession est exercée par des chimistes cliniques. Par contre, les microbiologistes sont encore médecins dans ce pays. Partout en Europe, le recrutement de médecins pour les laboratoires cliniques pose problème. L'enthousiasme pour l'élaboration d'un canevas commun de formation n'est pas grand, pas même (plus) à l'EFLM. On propose donc de mettre ce point à l'ordre du jour des commissions d'agrément qui l'examineront en même temps que le « blue book » déjà rédigé qui énumère les critères de formation.

3.1.5. POCT et PST

Notre avocat, Me De Gendt, nous a informés qu'il avait pris connaissance de la décision de la chambre du conseil du 14 septembre 2018 faisant suite à notre plainte à l'encontre du KLAV (Koninklijke Limburgse Apothekers Vereniging) et consorts, avec constitution de partie civile. Le procureur avait estimé qu'aucun motif ne justifiait la poursuite. Lors de l'audience, le juge d'instruction n'a pas convaincu la chambre du conseil avec son constat de délit. La chambre du conseil a suivi le raisonnement du procureur et a déclaré les accusés hors de cause. On a décidé de ne pas faire appel de ce verdict. L'union professionnelle continue malgré tout à clamer que les pharmaciens d'officine ont posé des actes qui se substituent aux examens de santé et aux dépistages de maladie, alors que la loi ne les y autorise pas. L'union professionnelle continuera à suivre ce dossier de très près et elle compte sur ses membres pour qu'ils signalent d'autres cas de dépassement de compétences dans le chef de pharmaciens d'officine.

Dans le même ordre d'idées, un membre nous a signalé qu'un des sujets du journal de la RTBF du 22.01.2019, parlait d'un trio de pharmaciens d'officine dans la province du Luxembourg qui avaient lancé un projet pour le dépistage du diabète par dosage d'HbA1c en pharmacie. De toute évidence, il s'agit là d'un cas flagrant d'exercice illégal de la médecine. De plus, la plupart des diabétiques sont déjà pris en charge par leur médecin généraliste. Se pourrait-il que les pharmaciens d'officine veuillent maintenant s'approprier toute la médecine préventive?

(https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/Summ_PR_FR_2013.pdf)

Un hôpital nous a envoyé une lettre de plainte concernant l'intervention des groupes pharmaceutiques dans des tests de biologie clinique. Au début du mois de février 2018, on leur avait signalé que les dosages de laboratoire faisaient l'objet de négociations dans le cadre d'un marché public (« appel d'offres ») pour un produit pharmaceutique, à savoir l'infliximab (utilisé dans le traitement d'affections intestinales inflammatoires, du type maladie de Crohn et colite ulcéreuse).

Concernant l'appel d'offres pour l'infliximab, il est principalement question de monitoring thérapeutique (déterminer les concentrations d'infliximab) pour améliorer les soins au patient par une correction rapide de la posologie, et secondairement de dosage de la calprotectine. Si l'objectif de monitoring thérapeutique est certainement justifié, la gratuité temporaire (sur la durée du contrat visée par l'adjudication) de ces analyses pour le patient peut être mise en question. Sont ici concernés des dosages hors nomenclature INAMI pour l'infliximab, mais bel et bien remboursés par l'INAMI pour ce

qui concerne les dosages de calprotectine (pour les patients atteints de colite ulcéreuse ou de maladie de Crohn).

Par ailleurs, un groupe pharmaceutique a intégré les tests POC dans le programme lié au lancement d'un nouveau produit. Il y a peu, Novartis a commencé à commercialiser Entresto® (sacubitril/valsartan). Ce médicament est très prometteur ; il peut réellement apporter un plus à de nombreux patients souffrant de défaillances cardiaques chroniques et être utilisé comme traitement d'entretien. Ce produit est compris dans le forfait hospitalier des médicaments. Si le médicament est administré à domicile, il est remboursé moyennant une attestation rédigée par le médecin spécialiste en cardiologie ou en médecine interne. Novartis a lancé un programme de 1,5 an où les dosages de NT-proBNP sont gratuits en consultation chez le cardiologue. Entre-temps, une abondante littérature a signalé qu'Entresto® provoque une diminution significative des valeurs de la NT-proBNP. La nécessité et l'efficacité de ce médicament ne font plus aucun doute mais ce qui nous alarme, nous biologistes cliniques, c'est que Novartis promeut l'utilisation des tests NT-proBNP avec les tests POC en consultation chez le cardiologue qui prescrit dès lors le médicament. Les labos offrent pourtant un dosage de NT-proBNP de très bonne qualité, effectué sur de grands analyseurs contrôlés (IQC-EQC) mais les cliniciens sont séduits par l'obtention en consultation du résultat ad hoc. Dans ce sens, Novartis a conclu un partenariat avec Roche pour les tests POC de NT-proBNP et par là, le groupe promeut les analyses sur l'appareil de mesure POC de la firme partenaire. Bien entendu, il n'est pas obligatoire de souscrire à cette procédure mais il ne faut pas s'étonner que les médecins traitants accueillent des propositions de ce genre à bras ouverts et en parlent avec leurs collègues dans d'autres centres.

L'intrusion de l'industrie pharmaceutique dans les analyses de laboratoire n'est pas un fait vraiment nouveau pour les laboratoires hospitaliers. Cette évolution est regrettable. L'union professionnelle écrira tant à Roche qu'à Novartis pour leur rappeler que les tests de biologie clinique, y compris les tests POC, doivent obligatoirement être effectués dans le laboratoire agréé de biologie clinique de l'hôpital, même s'il s'agit de tests qui ne sont pas remboursés. Entre-temps, nous avons reçu une réponse de Roche dont nous discuterons lors d'une de nos prochaines réunions.

La commission de biologie clinique a fait une proposition, mais insuffisamment développée, visant à rendre les tests POC remboursables au moyen d'un nouvel article 24ter de la nomenclature à créer. Les tests seraient remboursés à 100 %, sans honoraires forfaitaires. Cette proposition a encore un long chemin à faire et ne sera plus traitée sous la législation actuelle.

3.1.6. Reconnaissance de l'expertise des biologistes cliniques

L'association professionnelle se réjouit du rapprochement avec l'association professionnelle des anatomopathologistes. Dans le contexte du test de dépistage du VPH, qu'il s'agisse ou non du dépistage primaire, de l'agrément ou de la biologie moléculaire, il semble approprié de se consulter régulièrement. En outre, 2 membres de l'association professionnelle sont devenus membres du groupe de travail « Companion Diagnostics » de l'INAMI. Le Dr Henk LOUAGIE a été nommé avec le Dr Marieke CRIEL comme suppléant. La première réunion subséquente a eu lieu le 19.02.2019. Ce groupe de travail est destiné à servir de pont entre le Groupe de travail sur la biologie clinique du RCT, présidé par le Dr Marc MOENS, et le Comité de remboursement des médicaments, afin que le remboursement des médicaments puisse être lié au remboursement des tests associés. Le « groupe de travail CDX » est principalement composé d'anatomopathologistes spécialisés, de certains oncologues médicaux et de nombreux biologistes moléculaires.

Au 01.02.2019, on recensait 623 biologistes cliniques actifs professionnellement et 664 pharmaciens biologistes actifs professionnellement. On compte 69 laboratoires agréés de biologie clinique en Flandre, 11 à Bruxelles et 42 en Wallonie. Pourtant, très étrangement, d'après les chiffres de Sciensano, la plupart des laboratoires disposent d'1 à 4 TLM par prestataire, ce qui semble très peu vraisemblable. Assez paradoxalement, les chiffres sur l'emploi montrent que plusieurs laboratoires emploient plus de 60 TLM (?). La direction du laboratoire est assurée par à peu près autant de pharmaciens que de médecins.

3.1.7. Budget 2018

Le budget 2018 de la biologie clinique s'élevait à 1 342,875 millions d'euros. En comptant la correction pour les économies déjà planifiées au niveau de la vitamine B12/acide folique (min 1 331 million euros), l'indexation (partielle) (de 1,25%) et les montants réservés, le budget 2018 s'est élevé finalement à 1 359,755 million d'euros, dont 676,968 millions d'euros dans le budget des patients en ambulatoire et 682,787 million d'euros dans le budget des patients hospitalisés. Pour la première fois, il y a eu une séparation entre le budget des prescriptions des généralistes et celui des prescriptions des spécialistes, ceci en vue de responsabiliser les sous-groupes, tel que prévu dans l'accord médico-mutualiste du 19.12.2017 pour les années 2018 en 2019.

3.1.8. Divers

Le 25.06.2018, les maîtres de stage ont pu demander une indemnité pour les années 2016 et 2017 par l'application en ligne MyINAMI. Cela a été possible jusqu'au 23.09.2018. L'indemnité s'élève à 1510,57 euros/mois. Il s'agit d'un montant forfaitaire qui ne tient pas compte du nombre de médecins spécialistes en formation dans le service. À partir de 2018 (à demander en 2019), l'indemnité sera calculée en fonction du nombre de médecins en formation. Ces indemnités ne concernent donc pas les pharmaciens en formation. Actuellement, on forme beaucoup plus de pharmaciens que de médecins (pas de contingentement), au grand dam de l'union professionnelle. La rémunération des maîtres de stage formant les médecins biologistes cliniques peut être un incitant à former plus de médecins biologistes et moins de pharmaciens. Il est clair que l'union professionnelle ne prendra pas la moindre initiative pour que les maîtres de stage des pharmaciens biologistes soient rémunérés de la même manière. Toutefois, les pharmaciens biologistes cliniques ont entre-temps introduit une demande semblable à la Commission nationale médico-mutualiste par l'intermédiaire de l'ASGB (Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België), une section du Cartel.

Il a été question d'un projet de loi (introduit par Els VAN HOOF, CD&V) visant à obliger les laboratoires cliniques à informer le « Focal Point belge » du réseau d'information européen sur les drogues et les toxicomanies. Le but de cette obligation de communiquer les drogues dépistées dans des échantillons cliniques est de permettre d'identifier plus rapidement les drogues potentiellement dangereuses et conséquemment de prévenir le public plus rapidement via le système « Belgian Early Warning System ». Ce projet de loi a été introduit à la demande de Peter Blanckaert qui dirige la « Belgian Early Warning System Drugs Division » de Sciensano. Le but n'est évidemment pas de communiquer tous les résultats d'un toxicomane connu et suivi. Le but n'est pas non plus d'obtenir plus de résultats à partir d'un seul échantillon. Les résultats du dépistage ne sont pas concernés, on ne souhaite que l'identification (et la concentration) des résultats positifs.

Il existe une loi, l'AR du 6/09/2017 (MB du 26/9/2017), « réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes et soporifiques ». Les laboratoires qui souhaitent effectuer plus que le dépistage des drogues doivent respecter cette réglementation et donc, tous ceux qui identifient et quantifient les drogues y sont soumis. Seuls les résultats positifs des échantillons identifiés et souvent quantifiés par ces laboratoires doivent être rapportés. Ces résultats devraient être communiqués hebdomadairement et anonymement (juste le numéro de référence, l'âge, le sexe et le numéro postal) et ce, via Healthdata. Le 18.10.2018, l'union professionnelle s'est entretenue à ce sujet avec M. Peter BLANCKAERT. Ensuite, **contre toute attente, la proposition de loi d'Els VAN HOOF a été approuvée à la chambre comme le signale** « De Standaard » le 07.02.2019 (http://m.standaard.be/cnt/dmf20190207_04159798).

Dans l'AR du 17.05.2018 publié le 31.05.2018, le service public fédéral justice ébauche un cadre pour le dépistage des maladies infectieuses lorsqu'un acte punissable est commis. Le dépistage de ces maladies (donc dans le cadre d'une enquête judiciaire et hors nomenclature) est confié aux centres de référence Sida (CRS). Il s'agit de dépister non seulement le VIH mais aussi le VHC. Or, les CRS n'ont absolument pas d'expérience en la matière et ils ne sont pas du tout demandeurs. Cet arrêté royal désole l'union professionnelle. Il doit être interprété par analogie avec le dépistage de l'alcool dans le sang dans le cadre d'un accident routier par exemple. Bien sûr, tous les laboratoires de biologie clinique sont en mesure de déterminer le taux d'éthanol, mais seul un certain nombre sont agréés par le SPF Justice pour

l'effectuer dans le cadre d'une enquête judiciaire. Les laboratoires pourraient écrire une simple lettre et ainsi demander d'identifier les anticorps VIH et VHC pour les besoins du SPF Justice.

Concernant la présence obligatoire de 0,8 ETP médecin spécialiste en biologie clinique au laboratoire clinique agréé, une proposition de solution a été faite en cas de situation exceptionnelle dans l'arrêté d'agrément du 3 décembre 1999. À cette fin, la modification suivante doit être prévue à l'article 15 pour la situation exceptionnelle qui ne répond pas aux conditions relatives au nombre de médecins biologistes cliniques, au nombre de biologistes cliniques ou au nombre maximal d'auxiliaires qualifiés par biologiste clinique.

La quatrième partie de l'article 15 devient alors: « *Si pour des raisons de force majeure, le laboratoire ne satisfait plus aux conditions de la première, de la seconde ou de la troisième partie de l'article 15 §1, le remboursement de l'assurance soins de santé pour les prestations de biologie clinique peut encore être accordé pendant 1 an après que le cas de force majeure soit survenu.* »

Enfin, depuis le 01.01.2019, les résultats des analyses doivent être rendus publics sur un HUB sous une forme électronique structurée³.

3.2. Et en 2019

3.2.1. Analyse budgétaire

Dans l'ensemble, nous pouvons être satisfaits du budget accordé en 2019. En effet, aucune indexation de la valeur B n'est prévue de même qu'il n'y aura d'indexation pour aucune des lettres-clés des disciplines médico-techniques (K, N, M, etc. pour la chirurgie, la transplantation et la physiothérapie). Les honoraires forfaitaires par admission (AR du 24 septembre fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour les prestations visées aux articles 3, § 1, A, II, B et C 1; 18, § 2, B, e) et 24, § 1 de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés) (modifié par l'AR du 18.1.2013, MB 30.10.2013) seront en tout cas indexés par AR. C'est grâce à notre intervention que nous avons obtenu l'indexation des honoraires forfaitaires par admission (article 24 §2 de la nomenclature). Ils seront indexés de 3,33%. Et les honoraires forfaitaires par prélèvement seront indexés de 1,45%.

À partir de 2019, les budgets des médecins deviennent un peu plus difficiles à comprendre parce que ceux attribués aux soins à basse variabilité (SBV) sont calculés séparément. Un montant total de 1 375,856 millions d'euros a été affecté au budget de biologie clinique pour les honoraires des médecins. À cela s'ajoutent 15,537 millions d'euros pour les prestations de biologie clinique incluses dans les soins à basse variabilité pour les patients. Dès 2019, ils seront repris dans une nouvelle rubrique à part réservée aux SBV dans la vue d'ensemble générale du budget et représenteront un total de 348,8 millions pour toutes les spécialités.

Le montant total pour la biologie clinique en 2019 est donc de 1 375,856 millions d'euros + 15,537 millions d'euros = 1 391,393 millions d'euros. Une vue d'ensemble se trouve dans le tableau ci-dessous, tout comme les nouvelles initiatives de 2019.

³ AR du 19.12.2018 modifiant l'article 24, § 9, 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 (MB 27.12.2018)

L'objectif partiel médecins 2019 a été fixé à 8.320.915 milliers d'euros.

OMSCHRIJVING - LIBELLE	2019	2019	2019	2019	2019
	p 2018				p 2019
	TR	INDEX	Plan	LVZ	Begrotings-
	sept 2018	gezondheid	handhaving		doelstelling 2019
CT	INDEX	Plan	SBV	na versch LVZ	
sept 2018	santé	d'action		Objectif	
	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	budgétaire 2019
					après transfert SBV
					000 EUR
- Honoraria van artsen Honoraires médicaux					
a) Klinische biologie - Biologie clinique	1.370.126	21.767	-500	-15.537	1.375.856
b) Medische beeldvorming - Imagerie médicale	1.313.310	19.673		-28.995	1.303.988
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen - Consultations, visites et avis	2.325.500	39.713		-66	2.365.147
d) Speciale verstrekkingen - Prestations spéciales	1.496.974	21.706	-1.100	-66.401	1.451.179
e) Heelkunde - Chirurgie	1.341.451	19.451	-5.310	-181.464	1.174.128
f) Gynaecologie - Gynécologie	94.788	1.374		-34.544	61.618
g) Toezicht - Surveillance	468.498	6.793		-14.883	460.408
h) Honoraria buiten nomenclatuur - honoraires hors nomenclature	137.026	1.445		0	138.471
i) Besparing NCAZ 2018-2019 - Economie CNMM 2018-2019	-9.880	0		0	-9.880
subtotaal zonder bio en rx	5.854.357	90.482	-6.410	-297.358	5.641.071
Totaal - Total	8.537.793	131.922	-6.910	-341.890	8.320.915

Budget 2019:

1. MEDECINS					
1.1. MEDECINS : BIOLOGIE CLINIQUE					
Accord 2016-2017	PCR infectueuze agentia	2017/346	1.987	01-02-2019	166
	Dépistage Bordetella pertussis	2017/347	162	01-02-2019	14
	Article 24 : Maladies rares	2018/221	387	01-04-2019	97
S/Total			2.536		277

3.2.2. Nomenclature : vue d'ensemble des modifications fin 2018 / début 2019

Le Moniteur belge du 12.10.2018 a publié un AR du 19.09.2018 qui introduit le code 589875-589886 à l'article 32:

« Honoraires pour la mise à la disposition de tissu tumoral représentatif pour un examen de biologie moléculaire effectué dans le cadre de la prescription de médication spécifique de la tumeur chez des patients oncologiques » (B2000). La mise à disposition de tissu tumoral représentatif exige la révision des coupes microscopiques existantes, la mise en corrélation avec le matériel restant, la sélection et la préparation de tissu représentatif à partir du matériel restant. La prestation 589875-589886 ne peut être effectuée et portée en compte que par un médecin spécialiste en anatomie pathologique sur base d'une décision prise lors d'une concertation oncologique multidisciplinaire sur le patient à traiter. Les résultats du test doivent être ajoutés au rapport d'anatomie pathologique.

Les prestations 589875-589886 et 588976-588980 ne sont pas cumulables entre-elles." L'article 32 est complété par un paragraphe 12 rédigé comme suit : « § 12. La prestation 589875-589886 ne peut être portée en compte que dans le cadre de la détection de la mutation K-RAS lors d'un cancer colorectal métastaté. ».

Le Moniteur belge du 12.10.2018 a publié un AR du 19.09.2019 en vertu duquel dans la rubrique 6/SEROLOGIE INFECTIEUSE, sous l'intitulé 1/Sang, la prestation suivante est insérée avant la prestation 552134-552145: « 552112-552123 Recherche d'avidité des anticorps IgG anti Toxoplasma gondii (B 750) (maximum 1) (Règle diagnostique 127) ». La rubrique « Règles diagnostiques » est complétée par ce qui suit: »127 la prestation 552112-552123 est portée en compte à l'AMI seulement pendant les 4 premiers mois de la grossesse, en cas de dosage positif des anticorps IgM et IgG anti Toxoplasma gondii et en l'absence d'information historique de positivité des IgG. La prestation est remboursée au maximum une fois dans la vie d'une femme. ».

Le Moniteur belge du 22.10.2018 a publié un troisième AR du 19.09.2018 qui s'applique à la biologie clinique ambulatoire. En application de celui-ci, dans l'article 2, § 2 de l'AR du 24 septembre 1992 fixant les modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit : « Les honoraires forfaitaires sont relatifs à toutes les prestations effectuées pour un même patient, avec une même date de prélèvement, quel que soit le nombre de prescriptions ou de prescripteurs. ». (pour information, le texte actuel: « *Les honoraires forfaitaires sont relatifs à toutes les prestations prescrites un même jour pour un même patient quel que soit le nombre de prescriptions ou de prescripteurs* »). Cet arrêt est entré en vigueur le 1er décembre 2018 ([Consultez cet AR en cliquant sur ce lien](#)).

Le Moniteur belge du 25 octobre 2018 a publié un AR du 3 octobre 2018 apportant diverses modifications dans la nomenclature des soins de santé. L'article 9 de cet arrêté apporte des modifications à l'article 24 relatif aux prestations de biologie clinique.

Il concerne un certain nombre de prestations en immuno-hématologie et en sérologie non infectieuse. L'article 11 du même arrêté concerne une harmonisation textuelle. Il officialise la suppression dans la nomenclature, des honoraires d'urgence en biologie clinique depuis le 1^{er} juillet 2005, en vertu de l'arrêté royal de pouvoirs spéciaux du 15 juin 2005. Les modifications de cet AR du 03.10.2018 entrent en vigueur le 1er décembre 2018. ([Consultez ces modifications indiquées en jaune dans le texte de l'AR en cliquant sur ce lien vous pouvez.](#)

Le Moniteur belge du 29 octobre 2018 a également publié un AR du 23 septembre 2018 apportant d'autres modifications à la nomenclature de la biologie clinique (article 18 et 24). Une série de numéros de code disparaissent, d'une part, sous l'intitulé « sang »: [Dosage de la fraction osseuse des phosphatases alcalines (433215-433226 & 542673-542684), dosage de l'ostéocalcine (433230-433241 & 542695-542706), dosage des phosphatases alcalines totales et électrophorèse des iso-enzymes des phosphatases alcalines avec diagramme et calcul (541936-541940), dosage de produits de dégradation du collagène du type 1 (542754-542765)], d'autre part, sous l'intitulé « urine » : dosage de produits de dégradation du collagène du type 1 (433576-433580 & 543955-543966).

De nouveaux numéros de code ont été introduits, d'une part, sous l'intitulé « sang »: dosage de la formation osseuse (433355-433366 & 542894-542905) et d'autre part, sous l'intitulé « urine »: dosage de la perte osseuse (433370-433381 & 542916-542920).

Les règles de cumul respectives 77 & 78, et la règle diagnostique 78 sont adaptées en fonction de ces nouvelles prestations. L'AR du 23 septembre 2018 (MB 29.10.2018) est entré en vigueur le 1er décembre 2018.

Cet AR a été promulgué pour que le libellé du code de la nomenclature n'indique plus une substance à déterminer mais plutôt la propriété de cette substance. Cela permet de pouvoir demander un remboursement tant pour les dispositions déjà existantes mais non encore remboursables, que pour les dosages de marqueurs futurs, sans qu'il faille écrire une nomenclature spécifique à cet effet. Conséquence: ces modifications n'affectent pas les techniques et dispositions utilisées actuellement, qu'elles aient été remboursées ou pas. Il suffira d'attester le nouveau numéro de prestation à partir du 1er décembre 2018. ([Consultez cet AR du 23.09.2018 en cliquant sur ce lien](#)).

Cependant, une erreur a été commise lors de la rédaction de cet AR : dans la version coordonnée de la nomenclature, les codes de la perte osseuse ont été placés seulement sous l'intitulé « urine ». Cela pose problème pour les dosages sériques des tests de perte osseuse comme le test CTX (Serum C-terminal cross-linked telopeptide of type I collagen). Pour corriger cette erreur, il faut prévoir un nouveau code de nomenclature pour l'analyse de la perte osseuse sous l'intitulé « sérum » dans les articles 18 et 24, identique à la prestation reprise sous "urine". Comme il ne peut y avoir qu'un test pour perte osseuse et un seul aussi pour formation osseuse, c'est la règle de cumul 78 qui s'applique. La règle diagnostique 71 doit aussi être appliquée. À ce sujet, le 22.01.2019, le groupe de travail du Conseil technique médical a envoyé une proposition de rectification de cette nomenclature à la plénière du CTM.

Le [Moniteur belge du 31.10.2018](#) a aussi publié un quatrième AR du 19.09.2018. Celui-ci porte exclusivement sur les greffes de moelle osseuse et d'organes, notamment une adaptation de la nomenclature HLA dans l'article 24 et la création d'une nomenclature HLA dans l'article 33bis. ([Consultez cet AR du 19.09.2018 \(MB 31.10.2018\) en cliquant sur ce lien](#)).

Le [Moniteur belge du 11.02.2019](#) a publié un AR du 25.01.2019 relatif au dépistage d'agents infectieux dans le suivi des patients ayant bénéficié d'une transplantation d'organe. Les codes suivants ont été introduits dans l'article 24bis:

« 556894-556905

Détection quantitative du cytomegalovirus dans le sang au moyen d'une méthode d'amplification moléculaire (B 1533). La prestation 556894-556905 ne peut être portée en compte que chez des patients ayant bénéficié d'une transplantation d'organe. Pour les patients sans traitement prophylactique, elle peut être portée en compte au maximum 23 fois durant la première année suivant la transplantation, et ensuite au maximum 12 fois par an pendant deux ans. Pour les patients avec traitement prophylactique, elle peut être portée en compte au maximum 4 fois par an durant les 3 années suivant la transplantation.

556916-556920

Détection quantitative du virus d'Ebstein-Barr dans le sang au moyen d'une méthode d'amplification moléculaire (B 1533). La prestation 556916-556920 ne peut être portée en compte que chez des patients séronégatifs ayant bénéficié d'une transplantation d'organe. Elle peut être portée en compte au maximum 8 fois durant la première année suivant la transplantation, et ensuite au maximum 4 fois par an pendant deux ans.

556931-556942

Détection quantitative du BK polyomavirus dans le sang au moyen d'une méthode d'amplification moléculaire (B 1533). La prestation 556931-556942 ne peut être portée en compte que chez des patients ayant bénéficié d'une transplantation rénale. Elle peut être portée en compte au maximum 4 fois par an durant les deux années suivant la transplantation, et ensuite au maximum 1 fois par an pendant 1 an.

556953-556964

Détection d'agent infectieux dans le liquide de lavage broncho-alvéolaire au moyen d'une méthode d'amplification moléculaire, le premier agent infectieux (B 1533) (Maximum 1).

556975-556986

Détection d'agent infectieux dans le liquide de lavage broncho-alvéolaire au moyen d'une méthode d'amplification moléculaire, les agents infectieux suivants (B 306) (Maximum 7).

Les prestations 556953-556964 et 556975-556986 ne peuvent être portées en compte que chez des patients ayant bénéficié d'une transplantation d'organe.

556990-557001

Détection quantitative de l'adénovirus dans le sang au moyen d'une méthode d'amplification moléculaire (B 1533). La prestation 556990-557001 ne peut être portée en compte que chez des patients ayant bénéficié d'une transplantation de foie en cas de suspicion d'infection invasive par l'adénovirus. Elle peut être portée en compte au maximum 5 fois par épisode infectieux. ».

Le [Moniteur belge du 12.02.2019](#) a publié l'AR du 25.01.2019 qui ajoute dans la rubrique 5/MICROBIOLOGIE de l'article 24, les prestations suivantes après la prestation 549636-549640:

« 549695-549706

Détermination de la sensibilité de MNT (mycobacterium non-tuberculosis) aux antibiotiques : le premier antibiotique (B 400) (Maximum 1) (Règle de cumul 344) (Règle diagnostique 129).

549710-549721

Détermination de la sensibilité de MNT (mycobacterium non-tuberculosis) aux antibiotiques : à partir du deuxième antibiotique (B 175).

La sensibilité aux antibiotiques est déterminée pour une mycobactérie non tuberculeuse dont le caractère pathogène est démontré par la clinique, la radiologie et la microbiologie. ».

Le [Moniteur belge du 18.02.2019](#) a publié l'AR du 25.01.2019 qui complète l'article 24bis, § 1 avec le code 557034-557045:

Dépistage de la bactérie *Bordetella pertussis* par frottis nasopharyngé postérieur, rinçage nasopharyngé, aspiration nasopharyngée, lavage broncho-alvéolaire ou aspiration bronchique, à l'exclusion de frottis nasaux ou de gorge ou de tout autre échantillon (B 2000). Cette prestation peut uniquement être effectuée dans les circonstances suivantes : 1. chez un enfant âgé de moins de 16 ans présentant des symptômes compatibles avec la coqueluche pendant plus de 6 jours et moins de 22 jours, à condition qu'il n'ait pas été vacciné au cours des 3 dernières années ; 2. chez un enfant âgé de moins de 1 an qui n'a pas été vacciné ou qui n'a été vacciné que partiellement (moins de 3 doses) présentant des symptômes catarrhaux suivis de nausées, bradycardie ou d'apnée(s). A condition qu'ils n'aient pas subi une thérapie de 5 jours ou plus par macrolides ou triméthoprimes/sulfaméthoxazoles. Uniquement sur prescription du pédiatre. Une seule fois par phase d'investigation diagnostique. ».

Enfin, le Moniteur belge du 28.02.2019 a publié un AR du 03.02.2019 introduisant et/ou adaptant une nomenclature étendue des tests peu fréquents dans le cadre des « maladies rares ».

3.2.3. Centralisation des soins

La décision de limiter le nombre de centres pour la chirurgie du pancréas et de l'œsophage est aujourd'hui devenue réalité. Cela aura un impact indirect sur les honoraires de biologie clinique des hôpitaux car les admissions, hospitalisations et prélèvements sanguins vont diminuer. De plus, les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation diminueront dans les hôpitaux qui (ne sont plus autorisés à effectuer) n'effectuent plus ces interventions lourdes. Les hôpitaux doivent avoir introduit leur demande d'agrément pour le 31 mars 2019 au plus tard.

3.2.4. Génétique

Comme nous l'avons dit dans l'introduction, la tempête autour du DPNI s'est calmée. De solides conventions entre les CGH et les laboratoires non-centres de génétique s'imposent de toute urgence, tout comme l'ensemble des considérations éthiques concernant les « découvertes accidentelles » en cas d'analyse moléculaire de tumeur et « le droit de ne pas savoir » du patient. Les collègues anatomopathologistes doivent aussi être impliqués dans cette discussion. On note que les laboratoires cliniques effectuent de nombreux prélèvements sanguins (et le fardeau administratif qui va de pair) pour les GGH pour lesquels il n'y a pas de revenu. Peut-être qu'à terme, on pourrait aussi prévoir une rémunération à l'instar des pathologistes qui reçoivent actuellement une indemnité pour la sélection de la zone tumorale lors des tests k-ras (cf. supra AR 19.09.2018, MB 12.10.2018). Dans le dossier de la prochaine réglementation relative aux « IVD », la génétique, la biologie clinique et la pathologie poursuivent les mêmes objectifs.

3.2.5. Professions paramédicales

Comme pour les critères d'agrément des technologues de laboratoire médicaux au moyen de l'AR78, l'union professionnelle travaille à une solution pour les nombreux collaborateurs scientifiques tels que, entre autres, les biologistes moléculaires actuellement actifs dans les laboratoires cliniques mais qui au sens strict le sont illégalement. Il va sans dire que nous devons rester vigilants et veiller à ce qu'ils n'évincent pas les biologistes cliniques de certaines fonctions.

3.2.6. Convention NGS et création de l'art. 33ter

On s'attend à ce que ces dispositions entrent en vigueur au cours de mois de mai 2019.

4. Compte rendu du trésorier, le Pr. Dr Alain VERSTRAETE

BILAN DES REVENUS ET DÉPENSES 2018

Situation au 01.01.2018

Compte à vue	64 906,40
Compte épargne	<u>119 542,91</u>
	184 449,31

Revenus

Remboursement cotisation 2017	6 000,00
Cotisations 2018	33 284,50
Intérêts compte épargne	49,46

Total revenus **39 333,96**

Dépenses

Cotisations GBS

Cotisations 2017 acompte	6 000,00
Cotisations 2017 solde	7 499,50
Cotisations 2018 neurologie	6 370,00
Cotisations 2018	<u>9 000,00</u>
Total	28 869,50

Autres dépenses

Frais avocats	6 452,08
Frais réunions	873,70
Frais de port	513,35
Frais bancaires	44,78
Enveloppes (De Smet electronics)	82,28
Cotisation U.E.M.S 2018	<u>280,00</u>
Total	8 246,19

Total dépenses **37 115,69**

Solde **2 218,27**

Situation au 31.12.2018

Compte à vue	67 075,21
Compte épargne	<u>119 592,37</u>
	186 667,58

Le compte rendu du Pr. Alain VERSTRAETE, trésorier, montre que les comptes de 2018 ont un solde positif de 2 218,27 €. La cotisation au GBS est la dépense la plus importante. Autre grosse dépense, les honoraires d'avocat dans l'affaire opposant l'UPBMBM à la KLAV : 6 452,08 €.

Au 31.01.2019, notre union professionnelle comptait 123 membres payants et 2 membres honoraires.

En raison d'une erreur du secrétariat, un montant de 6 370 € de cotisations destinées à l'union professionnelle de neurologie ont été versés sur notre compte à l'automne 2018. Cette somme a bien entendu été restituée à l'union professionnelle de neurologie.

Étant donné la situation financière saine de l'union professionnelle, le trésorier propose qu'on ne change pas le montant des cotisations: 248 € pour la cotisation complète, 25 € pour les assistants en formation, 125 € pour les médecins agréés depuis moins de 5 ans, et 75 € pour les pensionnés.

La réunion approuve cette proposition, de même que les comptes 2018 et donne décharge au comité directeur à l'unanimité.

5. Divers

Pas de sujet divers. On passe directement au mini symposium intitulé « Sujets d'actualité en biologie clinique ».

Dr H. LOUAGIE,
Secrétaire

Dr M. MOENS,
Vice-président

Dr A. DEROM,
Président