

RAPPORT ANNUEL 2017- GBS

Dr Marc Moens

Secrétaire-Général

CHANTIERS INACHEVÉS

Bruxelles

03.02.2018

Table des matières

1	Rapport d'activités	7
1.1	Réunions internes.....	7
1.2	Publications	7
1.3	Symposiums organisés par le GBS et ses unions professionnelles.....	8
1.3.1	Symposium annuel du GBS 04.02.2017: « eSanté: bénédiction ou malédiction? ».....	8
1.3.2	L'association de frais, une structure TVA au service des professionnels des soins de santé – 21.09.2017.....	9
1.3.3	Teach the Teacher, symposium destiné aux maîtres de stage – 06.12.2017	9
1.3.4	Radioprotection – 09.12.2017	10
1.3.5	« Anaesthesia: a new profession? Are we trained for the future tasks? » Journée d'étude de l'APSAR-BSAR – 28.01.2017.....	12
1.3.6	Symposium de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Soins intensifs – 16.02.2017	12
1.3.7	Symposium de l'Union professionnelle belge des Médecins spécialistes en Médecine nucléaire – 21.02.2017	13
1.3.8	Symposium de l'Union professionnelle d'Anatomie pathologique – 10.03.2017	13
1.3.9	Symposium de l'Union professionnelle des Pneumologues belges – 29.05.2017.....	13
1.3.10	Symposium du Belgian College of Emergency Physicians (BeCEP) – 12.09.2017	14
1.3.11	États généraux des anesthésistes – 07.10.2017	14
1.3.12	Le Prix du Spécialiste – 18.11.2017.....	15
2	Représentation du GBS.....	17
2.1	Représentation en Belgique	17
2.1.1	Activités de l'Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten (AVS).....	17
2.1.2	Activités de l'Association des Médecins Spécialistes Francophones (AMSFr).....	18
2.1.3	Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).....	21
2.1.4	Mdeon – Betransparent.be.....	22
2.1.5	Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes	23
2.2	Représentation internationale	24
2.2.1	Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists (UEMS)	25
2.2.2	Council for European Specialty Medical Assessment (CESMA).....	26
2.2.3	European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME 2.0)	26
2.2.4	Fédération Européenne des Médecins Salariés – European Federation of Salaried Doctors (FEMS).....	27

2.2.5	Association Européenne des Médecins Hospitaliers – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH).....	27
2.2.6	Comité permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors (CPME)	27
3	Financement.....	28
3.1	Le GBS et l'étude sur la pondération de la nomenclature (Pr PIRSON-Pr LECLERQ).....	28
3.2	Le rapport MAHA 2017.....	29
4	Politique	30
4.1	Généralités	30
4.2	Gouverner au prix de la popularité.....	32
4.3	Gouverner par annonces, mais entre rêve et acte, des lois et des questions pratiques font obstacle.....	33
4.3.1	L'Ordre.....	34
4.3.2	Le paysage hospitalier	34
4.3.2.1	Les réseaux hospitaliers	34
4.3.2.2	Le financement des soins à faible variabilité	37
4.4	Avec eHealth: vers une meilleure santé?	38
4.4.1	Prévention	38
4.4.2	eHealth	40
4.4.3	Burn-out	41
4.5	Double cohorte et AR 78	42
4.6	Numerus Clausus.....	46
4.7	Euthanasie.....	48
4.8	Protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale: d'une mauvaise surprise à l'autre.....	51
4.8.1	Petit retour en juin 2014.....	51
4.8.2	En 2017.....	51
4.8.3	Et en 2018?.....	52
5	Accord médico-mutualiste	53
5.1	Déroulement imprévu de l'accord du 22.12.2015 pour les années 2016-2017.....	53
5.2	Adhésion à l'accord du 27.03.2017.....	53
5.3	Budget pour l'accord 2018-2019	56
5.4	Les hôpitaux en visite	60
5.5	La nuit porte conseil	62
5.6	Accréditation	63
6	Procédures juridiques.....	65
6.1	Jugements	65
6.1.1	TVA sur les interventions esthétiques	65

6.2	Actions intentées par le GBS ou ses unions professionnelles	66
6.2.1	Génétique clinique.....	66
6.2.2	Procédure d'agrément pour les médecins spécialistes et généralistes en formation en Communauté flamande.....	68
7	Conclusion.....	69

1 Rapport d'activités

1.1 Réunions internes

En 2017, le comité exécutif s'est réuni à 12 reprises dans les locaux du GBS situés au 20, Avenue de la Couronne, à 1050 Ixelles. Les réunions du lundi à midi et les réunions organisées en soirée ont eu lieu en alternance pour donner plus de possibilités aux membres d'y participer. Outre les membres effectifs, les anciens membres du comité exécutif qui le souhaitent sont aussi cordialement invités pour faire bénéficier le GBS de leur savoir et de leur expérience.

Lorsque des sujets relatifs à des domaines spécifiques sont abordés, le comité exécutif fait parfois appel à l'expertise des membres du comité directeur. En 2017, le Dr Alin DEROM, biologiste clinique, a participé plusieurs fois aux réunions dont les sujets avaient trait à l'informatique (médicale), comme la prescription électronique des médicaments et les projets de refonte du site internet du GBS.

Le comité directeur s'est réuni 6 fois en son lieu de prédilection, l'hôtel Best Western de Grand-Bigard situé le long de l'autoroute E40, direction Ostende. Depuis près de 2 ans, la rénovation de l'hôtel est annoncée mais les travaux sont perpétuellement reportés de 6 mois. Il en va peut-être de même pour le promoteur immobilier de l'hôtel que pour celui du stade de foot national de Bruxelles. À force d'ajournement, peut-être le projet sera-t-il abandonné.

Une délégation de la société HealthConnect de Vilvorde a été invitée à la réunion du 23 novembre 2017 dans le cadre de la discussion sur la prescription électronique des médicaments. Ils avaient proposé leurs services par l'intermédiaire du secrétariat du GBS après avoir appris indirectement que de nombreux spécialistes recherchent des applications de gestion des dossiers de patients spécifiques de leur spécialité. Une première prise de contact avait eu lieu le 16.10.2017 puis deux représentants ont donné une démonstration de leur produit pendant la réunion du comité exécutif du 9 novembre 2017.

Le comité exécutif du 25.01.2018 a décidé de temporiser dans l'attente d'autres concepteurs d'applications qui souhaiteraient offrir leurs services via le GBS.

1.2 Publications

En 2017, le secrétariat du GBS a envoyé 60 numéros du « e-spécialiste », bulletin électronique destiné à ses membres. Ces bulletins d'informations peuvent être consultés en ligne sur le site internet du GBS (www.gbs-vbs.org) qui célébrait son 4^e anniversaire en 2017. En moyenne, les visiteurs ont passé plus de temps sur notre site qu'en 2016 : ils y ont surfé plus longtemps et ont consulté plus de pages. Nous pouvons conclure avec satisfaction que les internautes qui visitent notre site y arrivent moins par hasard qu'auparavant. Ils sont motivés par la recherche d'informations précises. Toutefois, nous devons aussi ajouter que le nombre total de visiteurs a diminué. Mais la qualité des visites est préférable à la quantité.

La refonte totale que le site va subir en 2018 intervient à point nommé. L'objectif est de créer un site plus clair, plus attrayant et plus convivial que l'actuel. Il sera aussi plus interactif car les membres des unions professionnelles pourront adapter leurs données personnelles eux-mêmes. De plus, on veillera à ce que la compatibilité du site avec les appareils mobiles soit optimale.

Le 55^e annuaire des Médecins spécialistes a été envoyé aux membres des unions professionnelles du GBS en juin 2017. Depuis quelques années, la diffusion de cet ouvrage de référence passe principalement par les hôpitaux pour des raisons logistiques. En effet, une grande partie de nos membres sont (aussi) professionnellement actifs dans les hôpitaux.

1.3 Symposiums organisés par le GBS et ses unions professionnelles

LE GBS et les unions professionnelles, en collaboration avec le GBS, organisent chaque année un certain nombre de symposiums et de sessions d'information. Ces événements donnent l'occasion aux membres de s'informer sur les sujets brûlants qui touchent leur spécialité. Les discussions qui succèdent aux interventions des orateurs fournissent des informations utiles qui peuvent être relayées par les membres du comité directeur lors de leurs entretiens avec les autorités. Vu les thèmes de ces symposiums, il n'est pas rare que certains collaborateurs du cabinet de la ministre de la Santé publique et des Affaires sociale ou de l'administration, soient invités pour donner une conférence. Souvent aussi, la presse établit un compte rendu de ces assemblées. Lors de l'année écoulée, des symposiums ont été organisés en collaboration avec le GBS par les unions professionnelles des anesthésistes, des intensivistes, des nucléaristes, des anatomopathologistes, des pneumologues et des urgentistes.

1.3.1 Symposium annuel du GBS 04.02.2017: « eSanté: bénédiction ou malédiction? »

Toute évolution technologique s'accompagne de craintes et espoirs. Soyons positifs: l'échange d'informations mais aussi la possibilité de consulter des sources d'informations grâce aux techniques digitales innovantes, enrichissent notre pratique. Ces informations vont nous permettre de partager les données personnelles, médicales et sociales du patient. Les informations électroniques vont aider le médecin à établir son diagnostic et son schéma de traitement. Pour résumer, le médecin évolue avec son temps tout en respectant l'éthique de sa profession. On ne manquera pas de noter que la protection de cette éthique recèle les plus grandes gageures et préoccupations.

Comment garantir la confidentialité des données et leur échange, de même que celle des décisions? La confidentialité peut-elle aller de pair avec la transparence? Dans l'esprit d'une transparence totale associée à la vision du patient comme co-pilote de son histoire médicale et d'une contribution à l'efficacité de la pratique médicale, le patient et le médecin doivent tous deux relever le défi de trouver les meilleurs soins « evidence-based », justifiés socio-économiquement, tout en respectant le caractère confidentiel de ces démarches.

Les médecins Tom FIERS et Jean COLIN ont présenté les techniques de communication et leurs aspects éthiques. Monsieur Thibaut DUVILLIER a décrit la plateforme belge eHealth. Notre dernier score sur le Health Consumer Index au niveau européen était mauvais sur les plans de l'IT et de l'eHealth, mais nous comblons le fossé vis-à-vis des autres pays européens. Cependant, la Belgique ne serait pas ce qu'elle est, s'il n'existait pas de différences de systèmes entre les différentes parties du pays. Le concept même d'échange de données n'est pas le même en Région de Bruxelles Capitale (Abrumed), dans le réseau de santé wallon et dans le système eHealth flamand (Vitalink). Il arrive que les communications patinent, contribuant ainsi à de gênants retards...

L'exposé clair et brillant de Me Stefaan CALLENS s'est révélé plus inquiétant. Le merveilleux nuage que nous appelons « cloud » serait un puissant réseau de machines établi aux Etats-Unis. Ces machines conservent toutes les informations sur notre vie privée, nos « secrets de santé », notre personne, mais aussi nos soins de santé. Nous avons également appris qu'il existe un « agreement » entre l'Europe et les États-Unis mais que cet accord juridique est remis en question, tout comme la convention climatique. Un président comme TRUMP à la Maison blanche ne garantit pas que la confidentialité de notre système de santé européen soit respectée si l'on en croit sa devise: « America first ».

La cerise sur le gâteau a été offerte par Monsieur André VAN VARENBERG qui, en tout bon juriste, a expliqué avec calme et sérénité qu'il n'existe pas de réelle sécurité ni garantie en matière de confidentialité. Aux États Unis, les données médicales du Président TRUMP ont une valeur marchande dans les milieux criminels. Les hôpitaux sont la cible de la cybercriminalité. La technologie médicale peut être hackée. Deux étudiants de la KUL Leuven en ont fait la preuve avec des pacemakers. Le réflexe de l'assureur est donc ... d'offrir des assurances. Cette solution laisse les médecins quelque peu sceptiques mais si cette couverture inclut aussi un dépannage en cas de piratage et si de surcroît le contrat prévoit

aussi des moyens visant à prévenir les catastrophes, l'assureur aidera volontiers le médecin spécialiste à éviter le pire avec le soutien du GBS.

Dans le strict respect de la tradition, le soussigné a clôturé le symposium avec un aperçu de l'année écoulée.

1.3.2 L'association de frais, une structure TVA au service des professionnels des soins de santé – 21.09.2017¹

Les médecins et la TVA ne font certainement pas bon ménage. Pourtant, l'application de la TVA fait lentement son chemin dans la pratique médicale, comme par exemple la TVA sur les interventions esthétiques. En tant qu'entrepreneur, le médecin doit aussi s'intéresser à cette matière.

Le 21 septembre 2017, le GBS a organisé une session d'information sur l'association de frais et la TVA en collaboration avec le partenaire Blue Ground² et SBB³.

Pour diverses raisons les spécialistes sont amenés de plus en plus souvent à travailler ensemble. Quand cette collaboration prend la forme d'une entité distincte, comme par exemple une sprl, ou d'une société où les médecins partagent leurs revenus et leurs frais, il n'y a pas de problèmes de TVA. Pour les spécialistes, il est possible, soit que leur société fiscalement transparente leur verse une rémunération exonérée de TVA, soit qu'ils facturent à la sprl leurs honoraires exonérés de TVA, à l'exception des chirurgiens plasticiens et des spécialistes qui effectuent des études cliniques. Ces derniers sont légalement obligés d'appliquer la TVA.

La situation diffère quelque peu s'il n'est pas question d'une entité distincte où les coûts et les revenus sont partagés. En effet, il arrive souvent que les médecins souhaitent uniquement partager certaines dépenses communes et donc, pas leurs revenus. Au moment de répartir les dépenses, habituellement, un des médecins concernés prend les dépenses initialement à sa charge qu'il ou elle facture ensuite à ses collègues. Ces facturations de dépenses ne sont pas toujours exonérées de TVA. Pensons par exemple aux frais de personnel, au software, à l'utilisation de matériel médical, aux médicaments etc. Ces facturations peuvent donc entraîner une obligation de TVA dans le chef du médecin qui facture les dépenses.

Compte tenu des activités spécifiques des médecins majoritairement exonérées de TVA, l'administration de la TVA a prévu une forme de collaboration où les coûts sont partagés sans qu'il faille facturer la TVA. Les médecins qui facturent les coûts peuvent donc éviter l'obligation de TVA. Cette forme de collaboration s'appelle « groupement autonome ». Un groupement autonome peut être une entreprise mais aussi une association de frais qui nécessite simplement un accord entre les parties convenant des frais à partager. Depuis 2016, cette forme de collaboration doit être notifiée à l'administration de la TVA, même si aucune TVA n'est due. En effet, l'administration de la TVA souhaite avoir plus de contrôle sur la pratique pour éviter les abus. La création d'un groupement indépendant doit remplir certaines conditions pour lesquelles il est recommandé d'être assisté d'un comptable ou d'un conseiller fiscal. C'est aussi la conclusion des médecins au terme de cette session d'informations.

1.3.3 Teach the Teacher, symposium destiné aux maîtres de stage – 06.12.2017

L'arrêté ministériel (A.M.) du 13 septembre 2016 modifiant l'A.M. du 23 avril 2014 stipule à l'article 16 qui modifie l'article 23 : « Le maître de stage suit chaque année une formation en ce compris une formation à l'évaluation des candidats. Cette formation peut être organisée par des associations scientifiques, des associations professionnelles et/ou des institutions universitaires ».

¹ En collaboration avec Blue Ground et SBB

² Blue Ground, Steenweg naar Hondzocht 421 - 1480 Tubeke 02/568.76.32

³ SBB Accountants & Adviseurs, Poolse-Winglaan 2 - 9051 Gent 09/243.89.87

Le GBS, soucieux de la qualité de la formation, a organisé en collaboration avec l'EMS (EHSAL Management School), une session de formation, « Teach the Teacher ». Plus de 170 inscrits ont participé à la formation à l'auditoire ING Marnix à Bruxelles, le jour de la Saint Nicolas. Le grand saint n'était pas présent, donc pas de frivolités, pas de friandises mais une atmosphère sereine propice à de nombreuses interactions entre des médecins curieux et un professeur en pédagogie expliquant l'évolution de sa matière vers un modèle d'assessment et d'auto-évaluation. Rik MOONS, professeur invité spécialisé en communication à la faculté de pharmacie de l'université de Gand, a ensuite, avec animation et enthousiasme, exposé les écueils de la communication et l'intérêt de suivre une méthodologie orientée vers l'efficacité des messages interpersonnels.

Si l'organisateur avait certaines craintes au départ, concernant la participation des médecins à cette formation, il fut très vite rassuré et félicité par ses confrères. L'initiative est utile. Elle a connu un franc succès. Une formation des formateurs est indispensable pour garantir la pédagogie du futur. Les cours ex-cathedra dans un auditoire ne suffisent pas pour former correctement les futurs médecins spécialistes. C'est la pratique journalière de la médecine spécialisée qui forme les jeunes et leur apprend l'exercice de leur art. La communication entre le « mentor » et l'assistant est capitale dans ce processus de formation.

La communication entre le maître de stage et le candidat spécialiste est déterminée par la culture, le code utilisé, les émotions, le sens des mots, le langage (le ton) et surtout par la volonté de transmettre et de recevoir le message. D'un message verbal, on retient environ 5%. Si à ceci s'ajoute un message visuel, la mémorisation est plus efficace. Mais si le message devient un dialogue et si le maître de stage s'assure de l'assimilation (ou intégration dans la pratique) du message, alors on peut parler de pédagogie et de réelle formation.

La culture de la médiocrité n'est pas acceptable. Par ailleurs, le travail clinique et la sécurité exigent rapidité et procédures. Comment enseigner et assurer en même temps la pratique clinique ? C'est le défi de ces cycles de formation. Nous espérons ainsi y avoir un peu répondu et nous avons l'intention d'organiser plusieurs formations de ce type en 2018.

Tous les participants ont reçu une attestation prouvant qu'ils ont suivi la formation « Teach the teacher » en 2017.

1.3.4 Radioprotection – 09.12.2017

Depuis 2011, la radioprotection est le thème récurrent d'un symposium annuel du GBS. En 2011, le GBS était pratiquement la seule organisation en Belgique à proposer ce sujet. Dans les faits, ces symposiums du GBS répondent à une demande de formation permanente en la matière. Les autorisations initiales d'utilisation de rayonnements ionisants accordées en 2001⁴ pour une période de 10 ans, devaient en effet être prolongées et ceci n'était possible que si les médecins concernés pouvaient prouver qu'ils avaient suivi la formation permanente requise lors de la période de référence écoulée.

En 2016, en prévision des obligations qui entreraient en vigueur sur la base de la réglementation européenne, l'AFCN a significativement renforcé les exigences de formation permanente, en imposant 6 heures de formation sur une période de 3 ans, de préférence réparties régulièrement sur la période de référence. Le symposium organisé le 9 décembre 2017 par le GBS s'inscrivait dans le cadre de cette nouvelle formation permanente. Alors que le nombre de participants atteignait une moyenne de 450 médecins jusqu'à il y a quelques années (avec un record de 650 en 2013), on en a « seulement » enregistré 223 cette année. Le GBS organisera une autre session d'information en 2018 pour rester fidèle à la tradition. Reste à savoir s'il s'agira d'une live session ou d'une session d'e-learning.

⁴ A.R. du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants. (M.B. 30.08.2001)

Dans les précédentes éditions de mon rapport annuel, j'ai répétitivement lancé un appel à d'autres organisations pour qu'elles proposent aussi des formations en radioprotection. Depuis environ deux ans, on constate que dans les hôpitaux, les services concernés organisent de plus en plus de formations en interne.

En 2016, le renforcement des règles de formation permanente a provoqué beaucoup de grincements de dents. Il fut considéré comme une énième tracasserie administrative. Au cours des discussions, l'AFCN a pourtant fait comprendre aux représentants du GBS que leur intention n'est pas d'exercer une pression supplémentaire sur les médecins via cette formation plus lourde. L'AFCN considère que sans que les médecins n'en soient conscients, certaines présentations auxquelles ils assistent lors des congrès peuvent entrer en ligne de compte pour la formation permanente. Les médecins qui participent à ces rencontres ont accueilli cette affirmation avec scepticisme. Le Dr Yo BAETEN, vice-présidente de l'AVS et orthopédiste chirurgienne de la main, a décidé de faire un test. Un programme détaillé du congrès international de la chirurgie de la main⁵ a été remis au service compétent de l'AFCN pour savoir dans quelle mesure ce congrès pourrait entrer en ligne de compte pour la formation permanente en radioprotection. Résultat: 1 heure de formation permanente en radioprotection a été accordée. C'est pour cette raison que le soussigné lance de nouveau un appel aux organisateurs de congrès, symposiums et sessions d'information (internationaux) afin qu'ils soumettent plus systématiquement leur programme à l'AFCN pour évaluation en matière de radioprotection. De cette façon, l'effort supplémentaire que doivent fournir les médecins pourrait être réduit à un minimum.

En principe, la directive 2013/59/Euratom du Conseil du 5 décembre 2013 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants, doit être transposée dans la législation belge pour le 6 février 2018. Cette directive européenne vise une utilisation rationnelle, responsable et optimale des rayonnements ionisants dans le secteur médical.

Ce règlement prévoit une nouveauté, à savoir que tout hôpital qui utilise des appareils médicaux radiologiques, doit disposer d'un service distinct de radiophysique médicale. Ce service n'est pas obligatoire si l'hôpital ne dispose pas d'appareil CT ou d'appareil de radiologie interventionnelle. Des mesures transitoires sont toutefois prévues afin que les hôpitaux s'adaptent à cette obligation. Le service de radiophysique médicale dépend de la direction de l'hôpital tandis que les physiciens médicaux et leurs collaborateurs sont actuellement rémunérés par les honoraires médicaux. Il s'ensuit également que pendant une séance de rayons (radiologie, médecine nucléaire, radiothérapie), un expert en radioprotection doit être présent. Cet expert membre du personnel médical doit suivre 30 heures de formation chaque année.

Lors de sessions d'informations informelles qui se sont tenues jusqu'au 1^{er} mai 2017, l'AFCN a mené des consultations bilatérales avec les différents intéressés. On se réfère en première instance aux médecins spécialistes en médecine nucléaire, radiothérapie et imagerie médicale. À l'occasion d'une rencontre sur la formation permanente des médecins et dentistes organisée le 18 avril 2017 dans les locaux de la KU Leuven, le Dr ès sciences Katrien VAN SLAMBROUCK de l'AFCN a aussi donné des explications à une délégation de l'union professionnelle des médecins spécialistes en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale sur l'impact qu'aura cette directive européenne sur leur pratique. Le 28.04.2017, une délégation du GBS a été reçue dans les bureaux de l'AFCN pour traiter du même sujet.

Une table ronde a eu lieu le 28 septembre 2017. Les Drs Greta DEREYMAEKER (orthopédie) et Marc BROSENS (radiothérapie) y ont pris part au nom du GBS. Pendant les discussions, pas moins de 170 questions et réserves ont été formulées sur différents sujets allant des spécifications des différents collaborateurs du service de radiophysique médicale (MPA, MPE...) à l'obligation de la présence d'un radiothérapeute agréé lors de l'utilisation des rayonnements. D'après les réponses fournies, il semble que la présence d'un radiothérapeute en formation ne suffise pas pour satisfaire aux normes.

⁵ Evidence Based Data in Hand Surgery and Therapy. 21-24.06.2017 Budapest.

Même si les dispensateurs de soins peuvent se retrouver dans la logique des modifications prévues, la nouvelle réglementation se heurte encore à un important écueil. Comme de coutume en Belgique, il n'existe pas un euro de financement supplémentaire.

De nouveau, il ne reste plus qu'à attendre les projets de texte de l'acte modificatif pour voir dans quelle mesure les remarques formulées par les unions professionnelles du GBS ont été prises en compte.

1.3.5 « Anaesthesia: a new profession? Are we trained for the future tasks? » Journée d'étude de l'APSAR-BSAR – 28.01.2017

Le thème du congrès était la vision nouvelle de l'anesthésie, discipline qui, de plus en plus, quitte la salle d'opération et développe le concept périopératoire. Outre la narcose traditionnelle, l'activité de l'anesthésiste couvre aussi les soins intensifs, le midcare, les sédations pour de nombreux actes ou examens diagnostiques, sans oublier la consultation préopératoire et la gestion du postopératoire.

Le groupe de travail ad-hoc de l'anesthésie du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes n'avait pas encore formulé de vision uniforme sur la formation d'anesthésiste-intensiviste, avant la journée d'étude. Dès lors, le congrès a pris une tout autre tournure, à savoir démontrer que la profession évolue, qu'en France les anesthésistes sont présents aux soins intensifs, aux urgences et même au RAID (cellule anti-terroriste de la police française) comme lors de l'attentat tragique au Bataclan le vendredi 13.11.2015.

Les débats furent passionnés. Tous les points de vue ont été échangés et pour la première fois depuis des années, on a noté la forte participation de jeunes confrères.

1.3.6 Symposium de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Soins intensifs – 16.02.2017

Comme de coutume, un symposium a eu lieu conjointement à l'assemblée générale de l'union professionnelle des soins intensifs. Chaque année, le sujet développé est lié à l'exercice professionnel des intensivistes actifs tant dans les petits que dans les grands services.

Le 16 février 2017, il était question du consentement éclairé du patient soigné aux soins intensifs.

L'obtention du consentement éclairé du patient aux soins intensifs constitue en effet un défi étant donné la particularité de la fonction des soins intensifs et la position spécifique du patient en situation critique. Urgences, complications imprévues, état de conscience diminué, conflits familiaux, incertitude des résultats, limites thérapeutiques, impact financier, tous ces facteurs complexifient le devoir d'information au patient ou à sa famille.

Le consentement éclairé du patient aux soins intensifs a été défini sous différents angles. Maître Christophe LEMMENS a commenté les exigences juridiques. Le Dr Leen CARDON⁶ a présenté les expériences du Fonds des accidents médicaux. Le point de vue de l'Ordre national des médecins a été exposé par le Dr Lieven WOSTYN.

Malgré que le consentement éclairé ne fasse pas de distinction entre les patients, on recense jusqu'à présent relativement peu de conflits juridiques parmi les patients séjournant aux soins intensifs. À condition toutefois que les décisions soient prises dans l'intérêt du patient et que le médecin l'en informe dans les plus brefs délais, lui et/ou sa famille.

L'objectif à terme de l'union professionnelle est de parvenir à appliquer au sein des différents services de soins intensifs, une politique d'information uniforme pour le patient et sa famille.

⁶ Anesthésiste à l'hôpital Jan Yperman et experte au Fonds des Accidents médicaux

1.3.7 Symposium de l'Union professionnelle belge des Médecins spécialistes en Médecine nucléaire – 21.02.2017

Le 21.02.2017, à l'occasion de son assemblée générale, l'union professionnelle de médecine nucléaire a organisé un symposium qui a abordé un certain nombre de sujets d'actualité touchant sa spécialité. Les nombreux participants ont reçu de manière très interactive un aperçu de l'adaptation de la législation et de la nomenclature en 2016. Il a aussi été question du fonctionnement de la commission d'agrément et de son transfert aux communautés. Concernant l'éventuelle limitation du nombre de places de stage, la réunion a pointé l'apparition d'une pléthore de spécialistes en médecine nucléaire, surtout en Flandre. Cependant, parallèlement à la nécessité de limiter l'offre, il est aussi ressorti de la discussion qu'il était nécessaire d'améliorer l'accompagnement et le suivi que la commission d'agrément doit garantir aux médecins spécialistes en formation. Étant donné l'impasse dans laquelle se trouve l'introduction des nouveaux critères d'agrément, la partie est loin d'être jouée.

L'assemblée s'est aussi beaucoup intéressée à la question de savoir si l'union professionnelle devait organiser des sessions d'informations sur l'utilisation correcte de la nomenclature, de préférence par l'intermédiaire des Glems.

L'affluence a été telle que dans le futur, l'union professionnelle a l'intention d'organiser, peut-être en collaboration avec la société scientifique, d'autres symposiums de ce type pour que ses membres restent informés des sujets d'actualité en médecine nucléaire.

1.3.8 Symposium de l'Union professionnelle d'Anatomie pathologique – 10.03.2017

Le 10 mars 2017 à Grand-Bigard, l'Union professionnelle d'Anatomie pathologique a organisé un symposium sur la revalidation de software pour les laboratoires médicaux. Cette formation a été dispensée par le Dr Romaric CROES, Ir Veerle NOTEN et le pharmacien industriel Björn VAN DEN SANDE. L'intérêt suscité par ce symposium a été considérable (plus de 110 inscriptions) tant de la part des anatomopathologistes que des biologistes cliniques des deux communautés du pays. Après un encadrement théorique, les « must, nice-to-have & not-done » de la revalidation de software ont été présentés aux utilisateurs de terrain. L'importance de la vérification sur la base de tests et de documents, à l'appui d'une analyse de risques, a été démontrée.

Ce symposium a été si largement apprécié que l'Union professionnelle d'Anatomie pathologique – peut-être en collaboration avec la Commission d'Anatomie pathologique – prévoit d'organiser une autre journée d'étude au printemps 2018, probablement consacrée à « la sécurité & l'hygiène dans les laboratoires médicaux ».

1.3.9 Symposium de l'Union professionnelle des Pneumologues belges – 29.05.2017

Afin d'attiser l'intérêt de ses membres, l'assemblée générale de l'union professionnelle des pneumologues belges a été accompagnée d'un symposium consacré aux évolutions actuelles des soins de santé.

Les sujets brûlants et les dossiers actuels ont été présentés par le Dr Jan LAMONT. Quant à Wim VAN HECKE⁷, médecin spécialiste en médecine nucléaire et juriste, il a prodigué à l'assistance plus d'explications sur quelques éléments juridiques relatifs aux réseaux hospitaliers et à leur influence sur les contrats et associations d'hôpitaux. Dans un second temps, il s'est concentré sur la responsabilité du médecin, plus spécifiquement dans le cadre du consentement éclairé. L'exposé théorique a été illustré par un cas pratique présenté par le Dr Leen CARDON, experte au Fonds des Accidents médicaux.

⁷ Juriste au cabinet d'avocats Tom De Gendt, Leuven.

1.3.10 Symposium du Belgian College of Emergency Physicians (BeCEP) – 12.09.2017

Le 12 septembre 2017, le BeCEP (Belgian College of Emergency Physicians) a organisé un symposium intitulé: « Emotions of Belgian Emergency Physicians ». Généralement, la société est très concernée par le secteur des urgences. Le secteur est victime d'une pression constante qui prend diverses formes : déclarations opportunistes effrayantes, incertitudes persistantes, annonces de réformes vagues, hypothèses irréalistes, exigences et attentes déplacées, accusations injustes et analyses éhontées de la part de différentes couches de la société. En raison des perceptions pseudo-scientifiques implacables mais très lacunaires d'institutions comme le KCE, il était grand temps d'évaluer l'effet de tous ces préjugés tels que ressentis individuellement par les urgentistes dont le dur labeur n'a pas de cesse. Plus de la moitié des urgentistes a plus d'une fois envisagé de jeter l'éponge. Leur idéalisme est mis à rude épreuve, ce qui a provoqué un émoi général. Par toutes sortes de circonstances, les pseudo-informations, les pseudo-sciences et la pseudo-qualité sont malheureusement devenues de nouvelles armes, destructrices mais tolérées, qui menacent à court terme de saper une vision responsable de la santé, et ce également dans le secteur des soins non planifiés.

Le groupement professionnel a entre-temps compris qu'il doit revendiquer plus ouvertement son rôle de défenseur des urgences, de ses collaborateurs et de ses patients, en tant qu'interlocuteur légitime de toutes les commissions et instances qui mènent des négociations et prennent des décisions qui ont un impact direct ou indirect sur le secteur. Après des discussions avec les autorités, des signes positifs indiquent qu'un changement est possible. Les urgentistes ne perdent ni courage ni espoir.

1.3.11 États généraux des anesthésistes – 07.10.2017

Le 7 octobre 2017, la Bibliothèque royale a accueilli les États généraux des anesthésistes. Depuis des mois, ils savaient que la ministre DE BLOCK voulait forfaitiser une partie des honoraires. Cette forfaitisation se trouve d'ailleurs dans la déclaration gouvernementale. Plusieurs pistes de réflexion avaient déjà été proposées. En mai 2017, la ministre avait élaboré un plan où les honoraires des montants forfaitaires seraient appliqués aux différentes pathologies reprises dans le système des montants de référence. Ces honoraires seraient initialement alloués au Conseil médical ou au gestionnaire de l'hôpital qui les répartirait ensuite entre les différents spécialistes. Dès que les anesthésistes ont appris cette nouvelle, ils ont pris l'initiative de rencontrer les chirurgiens pour mettre au point une stratégie commune. Ils ont écrit une lettre à la ministre pour lui faire part de leur opposition aux honoraires forfaitaires. Si, conformément à la déclaration gouvernementale, une forfaitisation a quand même lieu, les anesthésistes exigent que l'attribution des honoraires spécifiques aux différentes spécialités soit maintenue sans l'intervention préalable du gestionnaire ou du conseil médical. Les anesthésistes ont en plus demandé à rencontrer la ministre DE BLOCK. Au cours d'une réunion commune, les chirurgiens ont partagé le point de vue des anesthésistes et les ont soutenus. Les chirurgiens aussi ont demandé à s'entretenir avec la ministre. Les anesthésistes et les chirurgiens ont été reçus au cabinet DE BLOCK respectivement le 6 et le 7 juillet 2017. La concertation avec les anesthésistes a été particulièrement houleuse. D'une part, le cabinet s'est efforcé de comprendre la préoccupation commune aux chirurgiens et aux anesthésistes, à savoir que les honoraires ne soient pas répartis par le gestionnaire ou le conseil médical. D'autre part, le cabinet défendait la forfaitisation et la nécessité de travailler selon les principes de la pratique et de la médecine « evidence-based » (EBP et EBM). Le dialogue avec les anesthésistes a été tendu et le ton est monté. Le groupement professionnel estimait que la pratique « evidence-based » ne cadrerait pas avec la pratique des hôpitaux belges car la sécurité et le confort du patient et du chirurgien nécessitent la présence de l'anesthésiste. La rencontre s'est clôturée avec la promesse d'analyser la répartition des honoraires mais sans renoncer au principe de forfaitisation.

Pendant les vacances d'été, nous avons appris via des contacts informels entre les membres du comité directeur de l'ABSyM, le GBS et le cabinet, que l'attribution des honoraires par le gestionnaire ou le

Conseil médical ne serait pas d'application et que chaque spécialité recevrait la part d'honoraire qui lui revient.

Le bureau de l'ABSAR a maintenu son opposition aux honoraires forfaitaires et a décidé d'en informer les anesthésistes en organisant des États généraux. Ces États généraux ont incontestablement amené le groupement professionnel à une meilleure compréhension du problème. Avec ses 250 places, la salle était trop petite et les inscriptions avaient déjà dû être clôturées quelques semaines avant le 7 octobre. Le professeur Marc VAN DE VELDE, chef du service d'anesthésie de la KU Leuven, en avait informé l'union des anesthésistes en formation qui sont venus en masse. La salle était pleine à craquer et certains étaient assis sur les marches de l'Auditorium Lippens de la Bibliothèque royale. Le Dr Philippe DEVOS a donné des explications sur la politique des autorités et la position de l'ABSyM. Le Dr Dirk HIMPE a démontré l'inanité de la médiane utilisée. Le Dr Stefaan CARLIER a approfondi le contenu du projet de loi tel qu'on pouvait le lire avant les vacances d'été. Enfin, le Dr René HEYLEN a expliqué qu'il recourrait à tous les moyens possibles pour s'opposer à la forfaitisation et pour maintenir la situation actuelle où l'anesthésiste intervient conformément à la volonté du patient, à la demande des chirurgiens et des autres médecins et en fonction des possibilités offertes par le service d'anesthésie.

Dans le même temps, nous avons appris qu'une union des anesthésistes en formation avait été créée. La relève s'organise d'elle-même et prépare le remplacement des dirigeants actuels. La faible présence des anesthésistes francophones pose question. Le mouvement a été mieux orchestré dans le nord du pays. La plupart des anesthésistes francophones ont une vision de la pratique professionnelle différente de l'anesthésiste flamand typique. Les anesthésistes francophones sont orientés périopératoire, avec consultation préopératoire et suivi postopératoire. Cette conception peut plus facilement s'accorder à l'idée d'honoraires forfaitaires basés sur la pathologie ou les trajets de soins. La mobilisation active par les ténors néerlandophones de l'ABSAR qui ont pris contact avec tous les chefs de service de Flandre pour les inciter à participer aux États généraux, explique la présence massive des anesthésistes flamands. Les spécialistes en formation craignaient que les honoraires d'anesthésie soient fixés par les chirurgiens. Ceci est un bel exemple de mobilisation pour le maintien de la pratique de l'anesthésie actuelle et des honoraires qui y sont liés en toute logique.

1.3.12 Le Prix du Spécialiste – 18.11.2017

Le samedi 18 novembre à la Bibliothèque Royale, le ministre Jo Vandeurzen et le Dr Jean-Luc Demeere (GBS) ont décerné le prix du spécialiste de l'année 2017 aux docteurs Piet Noë (néerlandophone) et Philippe Devos (francophone).

Le prix du spécialiste de l'année est une initiative du Journal du Médecin et du GBS. Ce prix distingue un spécialiste qui a su prouver par ses mérites à quel point la médecine spécialisée et le médecin spécialiste jouent un rôle crucial dans notre société. Les candidatures ont été présentées par les différentes unions professionnelles du GBS. Chaque union a pu présenter un candidat néerlandophone et un candidat francophone.

Le jury a procédé à la sélection des candidats en se basant sur 6 critères: l'empathie avec le patient, la relation avec les confrères, son engagement, ses capacités de direction, le caractère scientifique de sa pratique et le développement de techniques nouvelles. C'est surtout le rôle sociétal du médecin qui a retenu l'attention du jury. Celui-ci était composé d'experts, à savoir : Pedro FACON (directeur général des soins de santé SPF Santé publique), Jo DE COCK (administrateur général INAMI), le Pr Dr Alain DE WEVER (ULB), le Pr Dr Renaat PELEMAN (U Gent), Xavier BOUCKAERT (CEO Roularta), Marie-Pierre TOURNEUR (directrice chez Assar Architects) et le président et le secrétaire général du GBS, respectivement le Dr Jean-Luc DEMEERE et le soussigné. Dix candidats ont été sélectionnés parmi plus de vingt médecins présentés. Dans l'ordre alphabétique, il s'agissait pour les francophones, du Docteur Philippe DEVOS et des professeurs Jean-François KAUX, Edouard LOUIS, Steven LAUREYS et Pierre SAILLET. Pour les néerlandophones, les nominés étaient le Docteur Piet NOE et les professeurs

Moustapha HAMDI, Jan LERUT, Stan POLITIS et Brigitte VELKENIERS. 3 324 médecins ont voté pour élire le Spécialiste de l'Année.

Que retenir de cette première édition? Premièrement, saluons l'initiative du Journal du Médecin qui a mis à l'honneur les médecins spécialistes. Deuxièmement, soulignons que ce sont les unions professionnelles qui ont sélectionné les candidats. De ce fait, le candidat bénéficiait déjà de la reconnaissance de ses pairs qui ont estimé qu'il se distinguait dans sa propre spécialité. Troisièmement, le jury a évalué les candidatures en se basant sur une grille de valeurs et un système de points valorisant ces critères. Ce système de sélection est très important. Comment en effet mesurer l'empathie respective d'un psychiatre et d'un anatomopathologiste à l'égard du patient ? La grille et la pondération des critères ont permis de sélectionner les candidats sur une base plus objective. Enfin, le Journal du Médecin a largement consulté la communauté des médecins qui ont massivement voté pour désigner les lauréats que nous connaissons. Il est surprenant de constater que les lauréats sont de « simples » médecins spécialistes tandis que les autres nominés étaient des professeurs d'université. Hasard ou évidence ? Les médecins votants ont apparemment préféré des spécialistes dont l'engagement vis-à-vis de la société est plus remarquable que les prestations académiques ou scientifiques. Comme le disait un professeur nommé un peu déçu: « On a confondu mérites scientifiques et humanitaires! »

On peut discourir longtemps sur cette dernière remarque. La noblesse de notre métier de médecin spécialiste ne réside-t-elle pas dans le premier terme : médecin ? Le médecin est plus qu'un scientifique.

Au GBS, quelques confrères et consœurs ont manifesté leur réserve vis-à-vis du prix du spécialiste. Qu'entend-on par « Spécialiste de l'Année » ? Pourquoi distinguer un francophone et un néerlandophone parmi, respectivement 12 911 et 13 229 pairs ? Les autres collègues ne sont-ils pas eux aussi des spécialistes de l'année ? Que représente le prix de 7 500 € ? Doit-on souscrire à cette mentalité de l'excellence et de l'individualisme ? N'est-ce pas discriminatoire ? Certaines unions professionnelles ont préféré ne pas participer au prix et n'ont pas proposé de candidat.

Il est difficile de démêler le vrai du faux de tous ces arguments. Le prix du Spécialiste de l'Année n'est pas la promotion de l'individualisme, il est organisé par le Journal du Médecin pour jeter un coup de projecteur sur les médecins spécialistes. Le Prix du Médecin généraliste de l'année existe depuis des années. Pourquoi donc ne pas aussi mettre en lumière les médecins spécialistes ?

Les critères de sélection et le prix 2017 prouvent que l'objectif du concours est de promouvoir la médecine spécialisée. Il n'a rien à voir avec « Top dokters », émission flamande de grande écoute sur la chaîne Vier où, de façon peu objective, des médecins sont sélectionnés pour leur notoriété, voire leur popularité ou leurs affinités avec certaines rédactions. Ici, pas de rumeur publique mais la voix de la profession.

Recherche-t-on l'excellence alors ? Non ! Il ne s'agit pas non plus d'un prix Nobel de médecine. Le prix du spécialiste 2017 reconnaît la profession de médecin dans son essence, il récompense l'engagement du médecin vis-à-vis des autres et donc de la société. Cette vision est le dénominateur commun de toutes les spécialités.

Faut-il vraiment un prix pour les spécialistes? L'homme est ainsi fait qu'il doit classer, distinguer le bon du moins bon ou du mauvais. Croire que l'humanité progresse sous la bannière de la médiocrité ou de la moyenne est une erreur. En 1789, les révolutionnaires français scandaient : « Liberté, égalité, fraternité ». Si les droits de l'homme doivent être les mêmes pour tous, nous ne sommes pas égaux en tout. Ignorer les différences n'augure rien de bon pour l'avenir. Elles doivent servir à stimuler le progrès sans quoi on maintient la médiocrité. Un esprit « sportif » et compétitif permet de progresser.

Pourquoi cette approche publicitaire de la médecine spécialisée, pour reprendre les termes de certains collègues ? Certes, l'effet marketing existe mais cela ne signifie pas que la médecine spécialisée est un produit commercial. Le lectorat du Journal du Médecin n'est pas uniquement composé de médecins. Si l'agence Belga écrit un communiqué sur les médecins-spécialistes, non pas pour évoquer les erreurs médicales, les suppléments, les actes superflus ou la surconsommation, mais pour annoncer un prix

destiné à des médecins engagés et reconnus par leurs pairs, la dépêche reçoit un accueil favorable. Les médias devraient relayer plus souvent une image positive des médecins spécialistes.

Dès lors, que penser de ce prix du spécialiste de l'année ? L'initiative est louable. L'élection vise la plus grande objectivité possible en recourant à une échelle de valeurs, en reposant sur un jury compétent issu de différentes spécialités médicales et en donnant le dernier mot à la profession. Les lauréats de cette première édition se sont surtout illustrés par leur propre engagement humanitaire et sociétal.

Ce bilan n'est pas si mauvais pour une première fois. Donc, à l'année prochaine pour le Prix du Spécialiste de 2018 !

2 Représentation du GBS

2.1 Représentation en Belgique

2.1.1 Activités de l'Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten (AVS).

Le 12.09.2017, au nom de l'AVS, aile flamande du GBS, le Dr Marc BROSENS et Mme Fanny VANDAMME ont assisté à la concertation structurelle entre le ministre Jo VANDEURZEN et les associations de médecins. Comme de coutume, le Dr Marc MOENS a participé à la réunion avec sa double casquette ABSyM/GBS.

La concertation entre le ministre VANDEURZEN et les organisations médicales n'ont plus rien de structurel. Initialement, 2 à 3 réunions avaient lieu chaque année. Ces dernières années, elles sont restées limitées à un maximum d'une réunion par an.

L'agenda de la réunion du 12.09.2017 a été fixé par le cabinet et a été envoyé aux participants sans les annexes correspondantes. Au fil de la réunion, il est clairement apparu que tous les participants n'étaient pas traités de la même manière. Il s'est très vite avéré que les représentants de Domus Medica, notamment son président, le Dr Roel VAN GIEL, avaient non seulement reçu les documents au préalable mais avaient même participé à leur rédaction. De toute évidence, ces documents avaient également fait l'objet de discussions avec les hôpitaux et certains groupes d'intérêt, sans que les médecins spécialistes aient été consultés. Les autres organisations médicales ont aussi vivement protesté contre cette manière d'agir du cabinet. C'est seulement à la fin de la réunion que la note finale relative aux missions de soins spécialisés de base a été remise aux autres participants. Pendant la réunion, il a donc été impossible de formuler un avis autorisé sur le document « Basisspecialistische zorg in het zorgstrategisch plan van Vlaanderen ». Les urgentistes et les pédiatres ont entre-temps communiqué leurs commentaires sur ce texte au ministre VANDEURZEN.

Au fil de la discussion, il est clairement apparu que le groupe interministériel doit encore beaucoup débattre quant à savoir comment les futurs réseaux hospitaliers prendront forme et coïncideront avec zones de première ligne. Pendant la réunion, le ministre VANDEURZEN a plusieurs fois mis en garde les médecins hospitaliers présents contre les décisions prématurées d'engagements définitifs⁸.

On lit et on entend souvent que les jeunes se sentent moins concernés par le fonctionnement des unions et des organisations, et dans le chef des médecins, par la défense professionnelle en général. Il suffit de songer à l'intérêt limité que suscitent les élections des syndicats médicaux, bien que ce manque d'intérêt se retrouve dans toutes les tranches d'âges.

Il faut oser se poser la question de savoir si ce phénomène est dû au fossé intergénérationnel qui se creuse au niveau des prises de positions, des objectifs et des intérêts. Existe-t-il en effet des divergences d'opinion sur le déroulement de la carrière professionnelle? Quels doivent être les chevaux de bataille

⁸ Ce qui va à l'encontre de la lettre des ministres VANDEURZEN et DE BLOCK du 25.01.2018. Cf. point 4.3.2.1. Les réseaux hospitaliers

de l'AVS? Elle estime qu'il importe de répondre prioritairement à ces questions. Et selon elle, la seule manière d'y répondre efficacement est de mener une enquête auprès de la jeune génération, les médecins de demain.

Après quelques réunions avec le VASO (Association des Médecins Spécialistes en Formation flamands), auxquelles les représentants de toutes les universités flamandes ont pris part, une enquête a été mise au point. Pour l'instant, la version définitive est soumise à l'approbation des membres du conseil d'administration du VASO. L'enquête sera disponible en ligne au printemps 2018 et sera diffusée à l'intention de tous les médecins spécialistes en formation en Flandre. Le conseil d'administration de l'AVS espère que ce questionnaire suscitera beaucoup d'intérêt et que sa collaboration fructueuse avec le VASO se poursuivra.

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

Compte rendu de la 2^e réunion d' « Echanges sur le sous-contingentement des professions des soins de santé » le 21.03.2017

Le ministre Demotte a réuni les mêmes interlocuteurs concernés par les quotas des médecins, à savoir les universités (UCL, ULB, ULg), l'académie de médecine, les syndicats de médecins (ABSyM, GBO), la SSMG et la profession (l'AMSFr représentée par les Drs Baudouin MANSVELT, président et Michel LIEVENS, secrétaire), que lors de la première réunion de mai 2016. Pour mémoire, aucun compte rendu de cette première réunion n'a été rédigé par le secrétariat du ministère.

L'agenda de la réunion s'est construit à l'initiative de certains participants soucieux de débattre de questions urgentes, à savoir le problème de la double cohorte de diplômés en médecine en 2018 (accessibilité aux numéros INAMI et offre d'accueil en spécialisation), la réforme du financement des hôpitaux, la réforme de l'AR 78.

Le Président du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, le Dr BONIVER, a résumé les dernières recommandations de la Commission de planification sur la double cohorte : offrir l'accessibilité pour tous les diplômés à une spécialisation (éviter l'apparition d'une série de médecins 000) ; ouvrir un nombre de postes de spécialisation suffisant ; assurer la qualité de la formation dans les lieux de stage reconnus, rémunérer correctement les candidats spécialistes ; prévoir un financement supplémentaire pour ce nombre accru de candidats spécialistes. La commission a aussi suggéré les pistes suivantes concernant les lieux de stage : augmenter de 10 % par an le nombre de lieux de stage reconnus ; autoriser au sein d'un lieu de stage une augmentation proportionnée du nombre de postes de formation en spécialité ; reconnaître un plus grand nombre de lieux de stage « de rotation » ; autoriser la formation à temps partiel ; encourager les stages à l'étranger et les stages de recherche ; encourager le choix des candidats vers les filières en pénurie, surtout en médecine générale. Le représentant du Conseil supérieur a clôturé son intervention en soulignant que, malgré leur requête pressante, la ministre fédérale de la Santé n'envisageait en aucun cas toute forme d'aide financière provisoire en réponse à cette situation critique de double cohorte.

Le ministre DEMOTTE a répondu sans ambiguïté que la Fédération Wallonie-Bruxelles n'avait pas les moyens d'offrir un quelconque financement pour résoudre, en tout cas sur ce plan, le problème aigu de la double cohorte. La Communauté n'a aucun moyen propre, elle n'est financée que par dotation des régions. Elle peut néanmoins envisager des glissements de moyens normalement alloués aux bourses FNRS et aux bourses offertes aux étrangers pour réaliser des stages en Communauté française.

Plus de 1 000 places de stage sont manquantes en Communauté française en 2018. L'ouverture de lieux de stage à l'extrahospitalier est une voie souhaitable, comme en dermatologie, en ophtalmologie. La rémunération des candidats spécialistes peut être, au moins partiellement, issue des honoraires pour les prestations qu'ils exécuteraient personnellement, selon le Dr Jacques DE TOEUF, qui prédit néanmoins « un bain de sang » pour les médecins diplômés l'année prochaine de la double cohorte.

Les représentants des généralistes ont répété de manière insistante leur volonté d'ouvrir à la formation en médecine générale le chiffre mythique de 43 % des diplômés, chaque année. Personne autour de la table ne remet en cause cette proposition de répartition. Les représentants universitaires et les professionnels spécialistes sont bien conscients des problèmes que rencontre la médecine générale.

Le doyen de la faculté de l'UCL s'inquiète par ailleurs de ne recevoir d'aucune des autorités, fédérale ou communautaire, une information précise à transmettre aux étudiants sur le nombre de numéros INAMI qui seront attribués en fin d'année.

Le problème des médecins étrangers est une fois de plus évoqué. La Fédération Wallonie-Bruxelles devrait faire pression sur la ministre de la santé pour qu'elle mette en place un filtre efficace qui décourage les médecins étrangers de venir prendre la place de candidats belges dont on est sûr de la qualité de la formation.

En ce qui concerne les sous-quotas, la Fédération Wallonie-Bruxelles serait prête à entériner les propositions de la commission de planification. Plusieurs participants, dont les représentants de l'AMSFr, souhaitent quand même valider ces chiffres à l'occasion d'une prochaine réunion réunissant les interlocuteurs présents.

Par manque de temps, les deux derniers points à l'agenda (la réforme du financement des hôpitaux et la réforme de l'AR 78) ont été reportés à une réunion ultérieure. C'est sur ce constat que s'est terminée la réunion, dont la présidence avait été reprise par un membre du cabinet, le ministre ayant dû se retirer après une heure, pour une autre réunion.

N.B. : un compte rendu de la réunion (plus exhaustif que le présent rapport) aurait dû être rédigé par le secrétariat du ministre-président mais ne le fut pas.

Compte rendu de la réunion à la Fédération Wallonie-Bruxelles sur le projet d'arrêté sur l'agrément des candidats spécialistes et des maîtres et lieux de stage le 09.10.2017

Présents pour le cabinet, Mmes Caroline JADOT, Madhy KOSIA MBASA YATELO, Minh Giang DO THI et (plus tard) Yolande HUSDEN ; pour l'AMSFr, les Drs Jean Luc DEMEERE, Michel PLETINX et Michel LIEVENS (secrétaire) et pour l'ABSyM, Dr Pierre ZAEYTYDT.

Dès le début de la réunion, Madame DOTHI remet à chaque participant une copie du projet d'arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant la procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Il apparaît d'emblée que le texte rédigé par la juriste Madame KOSIA MBASA YATELO s'inspire de l'arrêté royal d'avril 1983 plutôt que, comme nous le craignons, de l'arrêté ministériel du Gouvernement flamand, récemment paru et qui fait l'objet d'un recours intenté par le GBS au Conseil d'Etat.

La lecture du texte du projet soulève des questions auxquelles répond surtout la juriste.

L'article 4 établit la composition de la commission d'agrément, à savoir au moins trois membres issus des universités et au moins trois membres issus des associations professionnelles, mais ne précise pas que ce nombre doit être égal. Nous le faisons remarquer ; or comme l'intention visait un équilibre, les représentantes du ministre marquent leur accord d'inclure cette nuance dans le texte.

Dans l'article 5 §5, 1°, le représentant de l'ABSyM préférerait que le terme « jeton de présence » soit remplacé par « défraiement », pour des raisons fiscales. L'administration analysera cette possibilité.

L'article 14 stipule : « Le candidat a également droit au cours de sa formation effective à une interruption pour raisons médicales. Dans ce cas, la commission évalue la durée maximale de l'interruption sans prolongation de stage. ». Les médecins estiment dangereux de laisser aux membres des commissions la liberté d'apprécier au cas par cas et peut-être pas toujours avec constance et rigueur, la durée d'absence autorisée à un candidat (sans compensation par une prolongation de son stage). Il est

convenu de supprimer ce paragraphe. La durée légale de congé de maternité ou de congé palliatif sera la règle dans tous les cas respectée.

Au terme de la lecture du projet, Madame DOTHI s'engage à nous envoyer dès le lendemain mardi, un texte corrigé par les soins de la juriste Madame KOSIA MBASA YATELO qui prend en compte les remarques formulées au cours de la réunion. Elle demande que nous réagissions assez rapidement (pour le mardi 17 octobre, pour qu'elle puisse transmettre le projet dans les délais de la prochaine réunion du gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En conclusion, la réunion a été constructive et s'est déroulée dans une ambiance cordiale. Les personnes rencontrées ont été attentives et réceptives à nos réflexions, ce qui rend étonnant que cette réunion n'ait eu lieu que parce que nous l'avons demandée. Et in fine, une bonne partie des corrections que nous avons proposées ont été reprises dans le projet envoyé au gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Compte-rendu de la réunion à la Fédération Wallonie-Bruxelles sur les sous-quotas des spécialités médicales le 10.01.2018

Le sujet était donc la détermination des sous-quotas des spécialités médicales à partir de 2019, avec pour participants les mêmes que lors de la réunion sur le sous-contingentement (pour l'AMSFr, les Drs Michel PLETINX et Michel LIEVENS, secrétaire).

La discussion est restée très générale, a constaté qu'il était urgent de définir une organisation de la santé en francophonie qui doit prioritairement se baser sur la première ligne, à savoir la médecine générale. À cette fin, l'ensemble des ministres qui ont une part de la santé dans leurs fonctions devraient se réunir pour valider cet objectif. L'« Institut du futur » est évoqué, comme organe créé pour élaborer une organisation des soins en Belgique, mais dont l'activité semble actuellement léthargique.

Il est important de bénéficier de l'ensemble des informations de terrain sur la répartition de l'activité médicale qu'accumule la commission de planification fédérale, et de prendre l'initiative de mieux cerner les besoins de la population en potentiel médical humain. Deux voies sont évoquées : les cercles de médecine générale pour cette activité médicale et les hôpitaux (directeurs médicaux ?) pour l'activité médicale spécialisée. La grande inconnue reste l'activité spécialisée de ville (extrahospitalière) que d'aucuns (généralistes) aimeraient qu'elle disparaisse !

L'idée d'une planification régionale des ressources médicales est aussi évoquée. Elle ne peut être enclenchée que si l'implantation des médecins est basée sur leur lieu d'activité et que les besoins de la population peuvent être définis. Mais pour que cette planification réussisse, il faut convaincre les médecins de se spécialiser dans des spécialités en pénurie (souvent peu attirantes parce que mal rémunérées) et de s'implanter dans des zones géographiques en pénurie (souvent rurales). Pour cela, il faudrait d'une part rééquilibrer la nomenclature, et d'autre part offrir aux spécialistes des incitants financiers à s'installer dans des déserts médicaux (incitants tels qu'ils sont proposés aux généralistes).

Pour revenir aux sous-quotas, la décision d'imposer un quota de 43 % de spécialistes en médecine générale parmi les 1 800 diplômés de la double cohorte de 2018 est prise, considérant que ceci est un signal fort de la prise de conscience de la pénurie de médecins généralistes dans la partie francophone du pays. Cette décision ne vaut que pour l'année 2018 ; le pourcentage sera revu pour les années suivantes. Par contre, la liberté est laissée aux universités pour la répartition des autres spécialités médicales, des quotas ne pouvant être imposés aujourd'hui pour l'année prochaine : les étudiants doivent être informés des débouchés dans les différentes spécialités en début de master, soit quatre ans avant toute réduction de mandats dans des spécialités en pléthore dès à présent avérées. Les universités sont néanmoins invitées à informer clairement les étudiants des débouchés très variables selon les spécialités.

Un groupe de travail sera constitué pour ajuster les sous-quotas des spécialités médicales à la réalité des besoins de la population.

Pour finir, en fin d'année 2017, Monsieur Denis HERBAUX, CEO de la PAQS⁹, a demandé la participation de l'AMSFr à l'enquête menée par la PAQS dans le cadre de la rédaction d'un Livre Mauve destiné à promouvoir une stratégie régionale sectorielle d'amélioration de la sécurité des patients. Nous avons accepté et donc, au sein du comité directeur, répondu aux questions du formulaire qui propose une série d'interventions possibles en matière d'amélioration de la sécurité des patients à pondérer quant à leur coût, bénéfique et complémentarité. Les items repris dans le questionnaire sont très largement empruntés à l'étude publiée le 02.03.2017 par l'OCDE « The economics of patient safety : Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level »¹⁰.

2.1.3 Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS)

Le 5 mai 2017, deux nouveaux règlements sur les dispositifs médicaux (MD) et sur les dispositifs de diagnostic in vitro (IVD) sont parus au Journal Officiel de l'Union européenne. Ces règlements sont entrés en vigueur le 25.05.2017 mais une période transitoire de 3 ans est prévue pour les MD et une de 5 ans pour les IVD. L'objectif de ces deux règlements est d'apporter un renouveau à l'actuelle législation afin de répondre à l'innovation grandissante dans le secteur et d'assurer la mise à disposition de produits garantissant la sécurité du patient sur le territoire européen. Cette nouvelle législation met l'accent sur le renforcement du contrôle des produits avant leur mise sur le marché et sur l'intensification de leur surveillance après la commercialisation. La traçabilité des dispositifs, qui permettra de rappeler plus facilement les produits défectueux et de lutter contre la contrefaçon, n'est pas en reste puisque le règlement prévoit la mise en place d'un système d'identification unique des dispositifs.

Ce nouveau règlement a été abondamment commenté lors de deux sessions d'information¹¹ organisées par l'AFMPS : Mme Fanny VANDAMME a assisté à la première le 23.05.2017 et le Dr Alin DEROM ainsi que le soussigné ont pris part à la seconde en tant que biologistes cliniques le 13.06.2017.

En Belgique, l'AFMPS fait autorité quand il s'agit de garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et des produits de santé. Sur le plan de la production et de la distribution, l'AFMPS délivre des autorisations et vérifie si les médicaments et les produits de santé sont conformes à la réglementation lors de la fabrication, de la distribution, de la livraison, de l'importation et de l'exportation. Elle contrôle aussi l'art pharmaceutique (pharmaciens) et lutte contre les pratiques illégales.

Pour pouvoir être vendus sur le marché belge, tous les dispositifs médicaux doivent obligatoirement porter le logo CE qui indique que le produit satisfait aux exigences essentielles en matière de sécurité et d'efficacité. Ce logo signifie aussi que le produit peut circuler librement sur le marché européen.

Dans ce contexte, M. Cédric DEWEVER, inspecteur des dispositifs médicaux de l'AFMPS, a pris contact avec Mme Fanny VANDAMME. L'AFMPS a organisé une séance d'information le 08.05.2017 à laquelle ont participé tous les inspecteurs néerlandophones et francophones de la « Cellule officine hospitalières/Dépôt professionnel de la santé ». Mme VANDAMME et le Pr Constantinus POLITIS étaient aussi invités et ont ainsi pris connaissance des intentions de l'AFMPS. Après avoir mené un programme d'inspection chez les dentistes, l'AFMPS a voulu étendre son champ d'action aux stomatologues et aux CMF¹², mais auparavant, elle a d'abord souhaité se concerter avec le secteur. Une réunion analogue avec les représentants de l'union professionnelle des ophtalmologues était prévue le 15 juin 2017 mais elle a dû être annulée en raison de problèmes d'agenda imprévus. Cependant, à l'occasion du symposium des ophtalmologues du 23.11.2017, Mme Awatif JEBARI de l'AFMPS a donné un exposé détaillé sur le déroulement des contrôles.

⁹ Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients

¹⁰ <http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>

¹¹ « Recast des dispositifs médicaux »

¹² Stomatologie, chirurgie maxillo-faciale

Le Pr Constantinus POLITIS a invité une large délégation de l'AFMPS à visiter l'hôpital de jour chirurgical de l'UZ Leuven Sint-Rafaël. Cette visite s'est déroulée dans un climat très positif.

À cette occasion, les produits utilisés ont été contrôlés au niveau du logo CE, de la date de péremption, de l'origine, de l'emballage et des informations figurant sur l'emballage. Ensuite, les procédures de stérilisation et les mesures d'hygiène concernant principalement l'ensemble des instruments, ont fait l'objet d'une présentation très détaillée. L'AFMPS est clairement une experte dans son domaine et est très au courant des matériaux utilisés dans le cadre des pratiques maxillo-faciales. Cette expérience nous montre qu'outre un rôle de contrôle pur, l'AFMPS, peut aussi jouer un rôle constructif et consultatif pour les praticiens, en ce qui concerne les éléments de pratique pouvant figurer dans un plan qualitatif. Les substituts osseux ont fait l'objet d'une attention particulière pendant le contrôle étant donné qu'aujourd'hui leur lieu de provenance est parfois douteux. En traçant ces produits d'importation non fiables et en les retirant du marché européen, on agit dans l'intérêt du patient.

2.1.4 Mdeon – Betransparent.be¹³

L'assemblée générale de Mdeon prévue le 11 décembre 2017 et la session d'information sur le « Sunshine Act » qui devait l'accompagner, ont été annulées à la dernière minute. De lourdes chutes de neige avaient plongé la circulation dans le chaos pendant toute la journée ; il n'était dès lors pas raisonnable d'obliger les participants à affronter les 1 200 km de files.

Les discussions sur les demandes de visa V1bis n'ont pas encore abouti.¹⁴ Cette discussion s'était enflammée en 2016 à la suite de la décision d'Eucomed, l'organisation coupole européenne pour les dispositifs médicaux, de ne plus accorder de sponsoring aux activités des prestataires de soins individuels mais seulement à une organisation scientifique, à un service ou à un hôpital. L'AFMPS¹⁵, soutenue par le GBS et l'ABSyM, reste opposée à cette forme de demande de visa. Cette formule est loin d'être transparente. Incontestablement, ce dossier fera encore l'objet de beaucoup de discussions au sein de Mdeon. Pour être complet, il faut signaler que BeMedTech¹⁶, la branche belge d'Eucomed, n'est pas pleinement satisfaite de la décision de son organisation coupole européenne visant à interdire les sponsorings individuels. BeMedTech est cependant obligée de s'en remettre aux décisions prises au niveau européen.

Entretemps, la Belgique s'est dotée d'une loi imposant la transparence à l'industrie pharmaceutique et aux entreprises de dispositifs médicaux, tant en Belgique qu'à l'étranger, qui consiste à renseigner et rendre publics chaque année sur la plateforme betransparent.be, les primes et les avantages qu'elles accordent directement ou indirectement aux prestataires de soins de santé, aux organisations du secteur des soins de santé ou aux associations de patients, et ce depuis le 01.01.2017.

Ceci est la conséquence de l'A.R. du 14 juin 2017¹⁷ donnant exécution à la disposition du Sunshine Act introduit par la loi du 18 décembre 2016¹⁸.

Depuis que la publication de ces données repose sur une base légale dans le Sunshine Act, un médecin qui a contribué à une étude clinique ou qui, sponsorisé par une entreprise pharmaceutique, donne une conférence à l'étranger, ne peut plus s'opposer à la publication de ces données comme cela était possible auparavant. La première publication de ces informations sur la base du Sunshine Act aura lieu en juin 2018 pour les primes et les avantages accordés en 2017. Les données resteront accessibles au public pendant 3 ans.

¹³ www.betransparent.be.

¹⁴ Cf. exposé détaillé des rétroactes; rapport annuel 2016 du GBS: « Soins de santé disruptifs », point 2.1.4 p..18.

¹⁵ Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé.

¹⁶ BeMedTech été auparavant connu sous le nom d'Unamec.

¹⁷ M.B. 23.06.2017.

¹⁸ Loi du 18 décembre 2016 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. 27.12.2016)..

Mdeon a été agréé pour une durée indéterminée, pour exécuter les missions confiées à l'AFMPS par le Sunshine Act.¹⁹

2.1.5 Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes

Le suivi des activités du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des médecins généralistes est comme qui dirait dans l'ADN du GBS. Un rapport annuel du sousigné sans un chapitre consacré aux activités du Conseil supérieur serait comme un gâteau sans cerise. Ça et là, le rapport annuel a déjà fait référence à des sujets de discussions qui ont eu lieu au Conseil supérieur comme la double cohorte²⁰, la génétique clinique²¹, etc.

En 2017, la réunion plénière du Conseil supérieur s'est réunie cinq fois les 23.02, 16.03, 15.06, 12.10 et 14.12. Les ordres du jour des réunions plénières sont préparés au Bureau du Conseil supérieur qui se rassemble en règle générale un mois avant la réunion plénière.

La double cohorte en 2018 et les pistes possibles pour l'élargissement du nombre de places de stage ont été un point récurrent des agendas de l'année écoulée. Afin de pouvoir offrir des possibilités de stage supplémentaires aux médecins spécialistes en formation pendant la période de la double cohorte, le seuil d'activité minimal a été fixé par arrêté à 50 % pendant la totalité de la formation²² et ce, contre l'avis du Conseil supérieur. Ce dernier n'avait approuvé une formation à temps partiel que pendant une période limitée de la formation²³.

Le même arrêté supprime l'obligation de suivre au moins 1/3 de la formation dans un hôpital non universitaire ou dans un hôpital universitaire. Sous la pression des universités, la ministre Maggie DE BLOCK a laissé tomber le rapport 1/3 – 2/3. Les hôpitaux universitaires ont fait valoir que pendant la période de la double cohorte, il ne leur était pas possible de garantir dans les disciplines chirurgicales qu'au moins 1/3 de la formation puisse avoir lieu dans un service de stage universitaire. Lors de la réunion du 23 février 2017, le Conseil supérieur avait accepté que pendant la durée de la double cohorte, le rapport 1/3 – 2/3 puisse être appliqué d'une manière assez souple. Cependant, l'A.M. du 06.10.2017 stipule que pour les stages qui se déroulent dans un hôpital, au minimum 12 mois doivent avoir lieu dans un hôpital désigné comme universitaire et 12 mois dans un hôpital désigné comme non universitaire. La modification introduite par Maggie DE BLOCK n'est malheureusement pas limitée dans le temps. Mais pour les généralistes, les modifications sont retenues à la période de la double cohorte, soit de 2018 à 2024 inclus²⁴. Les maîtres de stage non universitaires des disciplines non chirurgicales et médico-techniques craignent que de cette manière, les médecins spécialistes en formation soient de nouveau retenus plus longtemps dans les hôpitaux universitaires.

L'une des missions principales du Conseil supérieur est l'actualisation des critères d'agrément des différentes spécialités en vue de garantir aux candidats médecins spécialistes la qualité et la pertinence de leur formation. Les travaux préliminaires ont commencé dans les groupes de travail ad hoc composés de membres issus des commissions d'agrément concernées collaborant avec les membres du Conseil supérieur. Depuis 2014, le Conseil supérieur a rendu des avis sur 15 titres de niveau 2 et 11 avis sur des titres de niveau 3²⁵. À ce jour, tous ces travaux n'ont débouché sur la publication des critères

¹⁹ A.R. du 31.07.2017 portant agrément de l'organisation visée à l'article 44, § 1er de la loi du 18 décembre 2016 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. 22.08.2017).

²⁰ Cf. point 4.4. Double cohorte

²¹ Cf. point 4.6 Euthanasie

²² Arrêté ministériel du 06.10.2017 modifiant l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (M.B. 31.10.2017).

²³ Cf. point 4.4. Double cohorte

²⁴ Article 2/1 de l'Arrêté ministériel 06.10.2017 modifiant l'arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (M.B. 31.10.2017).

²⁵ Arrêté royal du 25.11.1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (M.B. 14.03.1992).

d'agrément actualisés que pour trois disciplines: la dermatologie²⁶, la psychiatrie médico-légale²⁷ et la génétique clinique²⁸. Les avis rendus par le Conseil supérieur pour certaines spécialités remontent maintenant à plusieurs années, si bien qu'il n'est plus possible de publier de nouveaux critères sur la base des avis de l'époque, aujourd'hui obsolètes. Ce serait un travail de Sisyphe. C'est pour cette raison que la deuxième réunion prévue pour la réforme de la discipline du soussigné, la biologie clinique, a été reportée sine die.

Pendant la réunion du Conseil supérieur du 17.12.2017, l'accent a de nouveau été mis sur l'urgence de cette problématique illustrée par un cas actuel concret. Les critères d'agrément de la neurologie²⁹ prévoient une formation obligatoire d'un an dans un service de psychiatrie clinique. Depuis longtemps, cette obligation n'est plus strictement appliquée au niveau fédéral mais les Communautés constatent à raison que cette disposition entre en conflit avec la réglementation. Dans l'attente de la publication d'une réforme en profondeur des critères d'agrément, le Conseil supérieur a été invité à rendre d'urgence un avis pour une modification mineure des critères d'agrément assouplissant la formation obligatoire en psychiatrie clinique pour les neurologues, en rendant celle-ci facultative.

Le groupe de travail des spécialistes du Conseil supérieur chargés des demandes d'agrément des maîtres de stage dont le soussigné est membre, doit également appliquer les critères en faisant preuve de créativité. Par exemple, quel maître de stage en ophtalmologie ou en ORL³⁰ dispose encore du nombre de lits requis ? Que faire si un candidat maître de stage qui a connaissance des critères actualisés approuvés par le Conseil supérieur (toujours pas publiés), remplit les critères du 21^e siècle mais pas ceux qui remontent aux années 70 du siècle dernier ? Ce type de situation est déplaisant et intenable. Pour que les chantiers titanesques mis en place par la ministre DE BLOCK puissent avancer, le petit matériel d'entretien et l'huile lubrifiante ont aussi leur importance.

2.2 Représentation internationale

L'influence croissante de la réglementation européenne sur la pratique médicale quotidienne n'est plus à prouver. En 2018, elle sera clairement illustrée par l'entrée en vigueur du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Ce règlement est d'ailleurs le thème principal du symposium annuel du GBS le 3 février 2018. Un deuxième exemple de cette influence européenne sur nos pratiques est la directive européenne 2013/59/Euratom du Conseil du 5 décembre 2013 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants et abrogeant les directives 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom et 2003/122/Euratom.

Le RGPD est directement applicable dans toute l'Union européenne. La directive Euratom doit être transposée en législation nationale par les états membres. À cette fin, en 2017, l'AFCN a questionné les différentes parties intéressées³¹.

Dans les organisations médicales européennes, le GBS est représenté par le Dr Bernard MAILLET, trésorier du GBS. Au niveau européen, le Dr B. MAILLET cumule les fonctions de trésorier de l'UEMS et

²⁶ Arrêté ministériel du 04.10.2016 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage en dermato-vénérologie (M.B. 25.10.2016)

²⁷ Arrêté ministériel du 28.10.2015 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage (M.B. 10.11.2016)

²⁸ Arrêté ministériel du 23.05.2017 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage en génétique clinique (M.B.31.05.2017)

²⁹ Arrêté ministériel du 29.07.1987 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins-spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la neurologie et de la psychiatrie (M.B.12.08.1987)

³⁰ 20 lits.

³¹ Pour plus d'informations, voir le point 1.3.4.

de vice-président du CPME où il représente l'ABSyM³². Au nom du GBS, il est également chef de la délégation belge au FEMS. Enfin, il est aussi membre de la délégation de la WMA³³ où il siège au nom de l'ABSyM. Grâce au Dr B. MAILLET, le GBS garde un œil sur les événements qui ont lieu en Europe et à travers le monde.

2.2.1 Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists (UEMS)

Les réunions de l'UEMS se déroulent selon un schéma bien connu des « insiders ». Chaque année, deux réunions du Council ont lieu, ainsi que deux de la CESMA³⁴ et une de l'Advisory Council for CME³⁵.

Comme le veut la tradition, la réunion de printemps du Council se tient à Bruxelles et la réunion d'automne est organisée par l'une des organisations membres de l'UEMS. En 2016, j'ai signalé dans mon rapport annuel que la réunion de printemps du Council avait été annulée en raison des attentats du 22 mars 2016 à Zaventem et Maelbeek, pour être reportée à octobre 2016, également à Bruxelles. La réunion de printemps 2017 du Council à Tel Aviv restera dans les annales car elle a été la première réunion à être organisée par un membre associé situé en dehors de l'UE. Sur le plan organisationnel, ce Council s'est très bien déroulé. Malgré la distance et le lieu, de nombreux représentants tant des organisations membres que des Sections, y ont participé.

Les Sections spécialisées de l'UEMS jouent un rôle important dans l'organisation mais elles n'ont guère eu voix au chapitre dans les décisions prises jusqu'à présent. En 2016, les bases d'un nouveau modèle organisationnel ont été jetées. Lors de la réunion à Tel Aviv, une modification de la ROP³⁶ a été finalisée et approuvée. Les 43 Sections sont réparties en trois groupes à savoir la médecine interne, la chirurgie et les autres. Chaque groupe élit formellement un président et un secrétaire. Le président de chaque groupe devient membre de l'Extended Executive Committee. Les présidents des 43 Sections forment l'Advisory Board et se réunissent à la veille du Council de l'UEMS. Les dossiers qui concernent les sections y sont discutés et un avis est formulé. De cette manière, les délégués des organisations membres nationales ont une idée claire de ce que les sections pensent des sujets abordés.

En collaboration avec un délégué de la British Medical Association (BMA), le statut du Royaume Uni au sein de l'UEMS au lendemain du Brexit a fait l'objet d'une nécessaire réflexion. À l'UEMS, cette situation nouvelle ne devrait pas poser de problèmes insurmontables. En effet, outre les organisations membres représentant un pays membre de l'UE, l'UEMS compte des organisations qui font partie de l'espace économique européen comme la Suisse et d'autres pays observateurs. Il importe que les médecins du Royaume-Uni puissent continuer à participer aux activités de l'UEMS. Dans de nombreux états membres, les guidelines du Royaume Uni sont souvent d'application car elles sont garantes de qualité. Malheureusement, les guidelines ne traduisent pas la qualité des soins prodigués aux patients. Plus que jamais et une fois de plus, le National Health Service (NHS) se trouve sous pression : il ne parvient pas à faire face à l'afflux de patients et les hôpitaux britanniques sont confrontés à une crise sans précédent depuis fin 2017³⁷.

Mais un défi bien plus grand attend le Royaume Uni dans les prochaines années. Dans un avenir proche, de nombreux collègues, spécialistes et généralistes non britanniques actifs au Royaume Uni prendront leur pension ou verront leur contrat arriver à échéance. 10 % des médecins proviennent de l'Union européenne. Beaucoup envisagent de rentrer dans leur pays d'origine alors que 10 % des fonctions vacantes pour médecins ne sont pas pourvues.³⁸ Si en plus les infirmiers (dont 7 % proviennent de pays

³² Association belge des syndicats médicaux

³³ World Medical Association

³⁴ Council for European Speciality Medical Assessment

³⁵ Continuing medical education

³⁶ Rules of procedure

³⁷ "Heupoperatie? Kom in februari eens terg". De Standaard, 08.01.2018.

³⁸ "Refugee doctors set to fill NHS staff shortages". The Independent, 06.09.2017.

de l'UE) retournent massivement dans leur pays d'origine et qu'ils ne sont pas remplacés à temps par du nouveau personnel, les patients britanniques risquent une catastrophe. Ceci n'est pas inimaginable car depuis le vote du Brexit, le nombre de candidats infirmiers européens a chuté de 96 %.³⁹

Les nouvelles règles d'organisation du Council de l'UEMS ont été appliquées pour la première fois lors de la réunion d'automne. Cette réunion a d'ailleurs duré exceptionnellement trois jours, du jeudi 19 au samedi 21 octobre 2017. Elle a débuté par une réunion commune des Sections et des Boards de l'UEMS avec leurs sociétés scientifiques européennes respectives (European Scientific Societies), pour discuter de leurs points d'intérêt communs comme l'harmonisation de la formation dans les différentes spécialités, l'accréditation et les examens européens. Cette réunion a rencontré un franc succès et la conclusion générale a été la même pour tous : « collaboration ». En effet, collaborer est la clé du succès pour un partenariat fructueux entre les sociétés scientifiques (ESS⁴⁰) et les Sections et Boards de l'UEMS.

En 2017, les European Training Requirements (ETR) ont été approuvés pour les disciplines suivantes: médecine interne, neurologie, médecine de la douleur, médecine de laboratoire, médecine nucléaire, psychiatrie, génétique clinique et gastro-entérologie.

2.2.2 Council for European Specialty Medical Assessment (CESMA)⁴¹

En 2017, le CESMA a célébré son dixième anniversaire et a donc organisé sa réunion de printemps les 6 et 7 mai derniers, à Glasgow, sa ville natale. Une deuxième réunion a eu lieu à Bruxelles les 7 et 8 décembre 2017 au Domus Medica Europea. Les ateliers étaient consacrés à l'organisation des examens, la logistique et l'optimisation de leur organisation. Lors de ces ateliers, on a tenté de formuler une réponse uniforme aux questions pertinentes. Lors de la réunion du 3 octobre 2017, des représentants belges dans les sections de l'UEMS ont constaté unanimement que toutes les Sections sont confrontées aux mêmes problèmes. A défaut de conventions uniformes, chaque section a actuellement sa propre approche. Si l'examen européen prétend mériter un label de qualité européen, des accords minimaux clairs devront être conclus dans le futur et ceux-ci devront être garantis par toutes les sections.

2.2.3 European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME 2.0)

Le projet modernisé EACCME 2.0, approuvé en 2016 a été mis à exécution en 2017⁴². Le EACCME 2.0 était la réponse de l'UEMS au besoin d'upgrading du système de demande d'accréditation, d'évaluation et d'accréditation des événements pédagogiques avec pour objectif que la CME devienne plus conviviale, plus efficace et plus inclusive. La CME devrait aussi inclure un plus large éventail d'événements, y compris des événements plus petits mais intéressants, et des méthodes avancées pour la formation et l'enseignement médicaux. L'éventail des outils pédagogiques a été élargi et comprend entre autres des live events, des sessions d'e-learning et des plateformes de formation.

Cependant, le projet EACCME 2.0 doit constamment évoluer et être amélioré. 4 groupes de travail ont été formés à cette fin :

Groupe 1: Elargissement de l'agrément des qualifications professionnelles

Groupe 2: Développement d'un module de formation pour les évaluateurs

Groupe 3: Collaboration avec d'autres professionnels des soins de santé

Groupe 4: Formulaire de communication d'éventuels conflits d'intérêts, des programmes accrédités et de l'implication de l'industrie.

³⁹ "Britain pays dearly for the shortfall in doctors". Financial Times, 31.08.2017.

⁴⁰ ESS : European Scientific Societies

⁴¹ Pour une description des activités du CESMA, voir le rapport annuel 2016 du GBS « Soins disruptifs », point 2.2.2. p. 23.

⁴² Pour une description du projet EACCME 2.0 plus complète, voir le rapport annuel 2016 du GBS « Soins disruptifs », point 2.2.3. p. 24.

Le terrain d'activité de l'EACCME a aussi été élargi pour y inclure des participants autres que les seuls médecins spécialistes. L'objectif n'est certainement pas d'accréditer les activités de formation continue des pharmaciens, dentistes ou infirmiers etc. via l'EACCME : le but est de prendre contact avec les organisations européennes représentatives de ces professions et de leur proposer un système d'accréditation comparable sous la supervision de l'EACCME.

Le nombre d'événements accrédités a augmenté de 2,3 %.

En raison d'un conflit qui perdure depuis plusieurs années avec l'EBAC⁴³, l'Exécutif a décidé en début 2017 de couper tous les ponts avec eux. Un comité d'accréditation alternatif a été créé, le SACC⁴⁴, qui travaille en étroite collaboration avec la Section UEMS de Cardiologie et la ESC⁴⁵. Aujourd'hui, tous les travaux menés par le nouveau SACC sont tout à fait conformes aux règles de l'UEMS.

2.2.4 Fédération Européenne des Médecins Salariés – European Federation of Salaried Doctors (FEMS)

Comme chaque année, deux réunions de la FEMS ont eu lieu en 2017 : la réunion de printemps à Rotterdam du 12 au 13 mai 2017 et la réunion d'automne à Malaga des 6 et 7 octobre 2017.

La FEMS consacre l'essentiel de ses activités au temps de travail et aux salaires. Elle analyse la manière dont par exemple la « European Working Time Directive » est appliquée dans les différents états membres de l'Union européenne et la variabilité des salaires dans les états membres.

En Belgique, seule une petite proportion de collègues est salariée, notre apport a donc été plutôt limité.

2.2.5 Association Européenne des Médecins Hospitaliers – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH)

Préalablement à l'assemblée générale de l'AEMH des 5 et 6 mai 2017, le Dr B. MAILLET a exposé les points de vue du CPME concernant les Big Data et le Règlement Général sur la Protection des Données, lors de la conférence sur l'eHealth le 4 mai 2017.

Au sein de l'AEMH, un European Board a été créé pour le « Clinical Leadership » : il se consacrera à la formation complémentaire et à la formation continue des collègues actifs dans des fonctions de gestion. Une étroite collaboration avec l'UEMS serait appréciée.

2.2.6 Comité permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors (CPME)

Le CPME a aussi organisé deux réunions en 2017 : la réunion de printemps⁴⁶ à Vilnius (Lituanie) et la réunion d'automne⁴⁷ à Bruxelles.

Au début de la réunion, les groupes de travail Professional practice, eHealth, Alimentation et activité physique, et Produits pharmaceutiques, ont respectivement eu la parole.

La réunion du groupe de travail « eHealth » était présidée par le Dr. Bernard MAILLET. Pendant la conférence du CPME à Vilnius, la Déclaration Taipei de la WMA a été adoptée : elle traite les aspects éthiques des bases de données et des biobanques. La précédente Déclaration Helsinki qui concerne le même sujet devait en effet être rectifiée et optimisée en commençant par l'interopérabilité des

⁴³ European Board of Accreditation in Cardiology

⁴⁴ Specialist Accreditation Council for Cardiology

⁴⁵ European Society of Cardiology.

⁴⁶ 07-08.04.2017

⁴⁷ 24-25.11.2017

systèmes et la réglementation de la privacy. Des informations ont aussi été fournies sur les évolutions au sein de Joint Action pour soutenir le « eHealth Network » (abrégé JaseHN).

Depuis le référendum sur le Brexit, la situation du Royaume-Uni est un sujet qui revient dans toutes les discussions.

La réunion d'automne à Bruxelles des chefs de délégation et des présidents des différentes NMA a débuté par une intervention de Xavier PRATS MONNÉ, Directorate-General de Health and Food Safety (DG santé de l'EU) sur des sujets prioritaires dans l'agenda du Directeur général de la Santé : il s'agit entre autres de la résistance microbienne, de la vaccination et de l'Health Technology Assessment. Ensuite, les activités des groupes de travail respectifs Activité physique, Professional practice, Santé des migrants et eHealth ont démarré.

Le groupe de travail eHealth, sous la présidence du Dr. B. MAILLET, a été marqué par deux présentations intéressantes, l'une par l'union des médecins norvégiens sur l'implémentation du Règlement Général sur la Protection des Données, l'autre par la KNMG⁴⁸ sur les négociations relatives à l'e-Privacy Regulation qui sera publiée prochainement.

Lors de l'assemblée générale, le Dr Rutger Jan VAN DER GAAG a proposé un nouveau « programme ambassadorial ». Celui-ci prévoit que chaque vice-président du CPME devienne le point de contact d'un certain nombre d'états membres afin que les dossiers puissent être introduits plus efficacement au sein du CPME.

Lors de la réunion de novembre du CPME, l'Ukraine a été désignée membre observateur.

3 Financement

3.1 Le GBS et l'étude sur la pondération de la nomenclature (Pr PIRSON-Pr LECLERQ)

Le cabinet de la ministre De Block a demandé à l'Ecole de Santé Publique de l'ULB de mener une étude sur la charge de travail et le coût des prestations médicales reprises dans la nomenclature.

Les Prs PIRSON et LECLERQ ont demandé au GBS de les aider dans la réalisation de cette étude scientifique. En quelques mots, il s'agit d'une étude par spécialité dont l'objectif est de définir la durée des actes décrits dans la nomenclature et leur pondération évaluée selon leur degré de complexité et de risque.

L'originalité de l'étude veut que l'on travaille par spécialité. Il ne s'agit donc pas de comparer les actes d'une spécialité à ceux d'une autre. Les Unions Professionnelles étaient les partenaires de choix pour ce projet. Elles y ont participé massivement. Seules de rares spécialités ont, par crainte, manifesté une opposition.

Les résultats préliminaires seront présentés le 5 février 2018.

À la demande du président Jo DE COCK, dans le cadre de la réforme de la nomenclature des prestations de santé prévue par la ministre DE BLOCK, les professeurs Magalie PIRSON et Pol LECLERQ avaient déjà présenté les prémisses de leur travail lors de la réunion de la médico-mut du 02.10.2017. Le président DE COCK les avait peut-être invités tous les deux pour contrebalancer les propositions que le Pr Lieven ANNEMANS (UGent) était venu présenter à la demande de l'ASGB⁴⁹ soucieuse de faire part de son point de vue sur la réforme de la nomenclature (cf. point 5). La ministre DE BLOCK a officiellement confié

⁴⁸ Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

⁴⁹ Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België.

cette mission aux professeurs Magalie PIRSON et Pol LECLERQ de l'ULB ainsi qu'à la KU Leuven, mais pas au Pr ANNEMANS.

3.2 Le rapport MAHA 2017

Le rapport Maha 2017 a confirmé les tendances des rapports précédents de 2016 et 2015. En résumé, les investissements (1,3 milliard d'euros) restent importants mais connaissent une stabilisation, certainement par rapport aux années précédentes comme il y a 4-5 ans. Pendant ces 4 années, on totalise 5,3 milliards d'euros d'investissements. La durée de séjour diminue. Les admissions augmentent légèrement. Les finances restent préoccupantes. Le BMF et les honoraires augmentent légèrement. Les coûts salariaux augmentent plus que le chiffre d'affaire et le solde au compte des résultats est de 0,7 % de ce chiffre d'affaire. Ce bilan n'est pas très positif et ne permet pas de folies. La rigueur financière reste de mise. Un hôpital sur trois a des difficultés. Un hôpital sur huit est réellement en grave difficulté financière. Et l'excédent des lits agréés par rapport aux lits justifiés (et financés) est une source d'inquiétude pour l'emploi.

Si on analyse ces données, les réserves des hôpitaux sont et restent très importantes (+14,4 %). Ceci modifie un peu l'image préoccupante des situations financières des hôpitaux. La solvabilité s'est améliorée (22,9 %) et le degré d'endettement est stabilisé à 35,9 %. Le chiffre d'affaire connaît une croissance de 2,3 % mais la masse salariale connaît une croissance de +2,7 %. La marge brute des hôpitaux passe de 6 806 millions d'euros, à 6 960 millions d'euros soit 2,3 % en plus. Mais les dépenses salariales pour une croissance de 1,9 % en ETP connaissent une augmentation de 2,8 %. Ce qui signifie que pour un chiffre d'affaire de 13 729 millions, on constate une augmentation de 2,3 % par rapport à 2015. Le bénéfice net passe de 178 millions d'euros en 2015 (1,3 %) à 156 millions d'euros soit 1,1 % du chiffre d'affaire ou une diminution de 12,3 % par rapport à 2015. Le bénéfice du compte de résultats reste bas et est de 0,7 %. En d'autres termes, il y a un manque d'oxygène dans les comptes des hôpitaux. Le financement étant lié à l'activité et à la durée de séjour, la masse salariale augmentant plus vite que le chiffre d'affaire, la marge bénéficiaire diminuant, les hôpitaux sont proches de l'asphyxie. Restent les réserves... mais en roulant sur les réserves on ne va pas loin.

Les honoraires augmentent de 93 millions d'euros et passent à 5 705 millions d'euros, soit une augmentation de 1,7 %, et la rétrocession des honoraires augmente de 2 % ou 3 528 millions d'euros versus 3 457 millions d'euros en 2015. On abandonne ainsi 38,16 % de nos honoraires contre 38,14 en 2015. Du fait de l'augmentation des rétrocessions, une partie de l'augmentation de 1,7 % de nos honoraires a été abandonnée à l'hôpital. Ce montant de rétrocessions de 5 705 – 3 528 = 2 177 millions d'euros, constitue 42 % du BMF de 5 179 millions d'euros. En ajoutant à cela que les médecins investissent encore à titre personnel à côté des prélèvements sur honoraires, on voit que le rôle des médecins reste important dans le financement des hôpitaux. En brut, ils ajoutent 42 % du BMF et constituent la bouée de sauvetage en cas de difficultés financières de l'hôpital.

Financièrement, le bilan est peu encourageant. 30 % des hôpitaux sont déficitaires et 12 % n'ont pas assez de cashflow pour couvrir les dépenses journalières.

En termes d'activités, la durée de séjour moyenne a diminué de 5,2 en 2014, à 5,0 en 2015 à 4,9 jours en 2016. Ce qui confirme la tendance d'une augmentation d'activité avec des courtes durées de séjour. Le nombre des admissions passe de 1 412 841 en 2014 à 1 426 175 en 2015 à 1 442 785, soit +2,1 %. Mais il faut nuancer ces chiffres. Si l'activité augmente, elle augmente essentiellement pour l'indice G de +8,3 %, I de 8,2 % Sp de 13,4 %, MIC et NIC de 13,2 %. En indices CD (chirurgie-diagnostic), l'augmentation n'est que de 1,9 %. Si on compare ces chiffres avec les durées de séjour et les journées d'hospitalisation, les indicateurs s'orientent dans une autre direction. Ainsi, on obtient comme résultats : CD -4 %, E (pédiatrie) -2,8 %, G (gériatrie) +3,8 %, I (soins intensifs) +8,2 %, M (maternité) -17,7 %, MIC NIC (soins intensifs maternité et pédiatrie) -1,2 %, Sp +8 % et A (psychiatrie) +3,7 %. Ajoutons à cela que les indices d'occupation des lits C et D en 2014 étaient de 66,2 %, en 2014, de 66,8 % en 2015

et de 67,8 % en 2016. Ce taux d'occupation est inférieur aux normes de 70 %. Le nombre des lits reconnus est passé de 21 327 en 2014 à 19 981 en 2016, soit -6,3 %. Malgré la fermeture de lits et les reconversions en lits G et Sp, les indices C et D restent en-dessous des 70 %. Ce qui signifie que nous avons trop de lits aigus (non justifiés) en médecine, pédiatrie, maternité et chirurgie. Par contre, le futur des hôpitaux est la gériatrie et les lits de revalidation ou Sp.

L'étude MAHA offre une image de la rentabilité de nos hôpitaux. Elle confirme les difficultés et les risques financiers. Elle confirme la nécessité de fermer des lits en médecine, chirurgie et pédiatrie. Par contre, notre avenir réside dans l'ambulatoire, la gériatrie, les services Sp et le long séjour en C et D.

4 Politique

4.1 Généralités

Depuis la rédaction de mon premier rapport annuel du GBS en 1990, c'est la troisième fois que le cap des 100 000 pages annuelles du Moniteur belge est franchi et ce, également sur ses 186 ans d'existence. Des records avaient déjà été atteints en 2013 et en 2014 avec respectivement 104 172 et 107 270 pages. Hasard du calendrier : le compteur est passé à 100 000 le 22 novembre, jour de mon anniversaire. Le 29.12.2017, dernier jour ouvrable de 2017, le compteur indiquait 117 002 pages, ce qui représente une augmentation de 9,1 % par rapport à l'année record de 2014 ; une augmentation de 26,8 % par rapport à l'an dernier en 2016 ; et 5,41 fois plus de pages si on considère l'augmentation cumulative par rapport à 1990, année de mon premier rapport annuel (voir tableau 1).

Année	Nombre pages du Moniteur belge	Augmentation par rapport à l'année précédente (%)	Augmentation cumulée 1989 = 100
1989	21 634	-	100,0
1990	24 732	+14,3	114,3
1991	30 176	+8,8	139,5
1992	28 212	- 6,5	130,4
1993	29 614	+5,0	136,9
1994	32 922	+11,2	152,2
1995	37 458	+13,8	173,1
1996	32 701	- 12,7	151,2
1997	35 508	+8,6	164,1
1998	42 444	+19,5	196,2
1999	50 560	+19,1	233,7
2000	43 680	- 13,6	201,9
2001	45 768	+5,1	211,6
2002	59 196	+29,3	273,6
2003	62 806	+6,1	290,3
2004	87 430	+39,2	404,1
2005	57 756	- 33,9	267,0
2006	76 486	+32,4	353,5
2007	66 290	-13,3	306,4
2008	69 359	+4,63	320,6
2009	83 000	+19,7	383,7
2010	83 678	+0,8	386,8
2011	81 964	-2,05	378,9
2012	89 084	+8,7	411,8
2013	104 172	+16,94	481,5
2014	107 270	+2,97	495,8
2015	82 000	-23,6	379,0
2016	92 250	+12,5	426,6
2017	117 002	+26,8	540,8

Tableau 1

Le Moniteur belge a pris un bon départ en janvier 2017. Le texte le plus volumineux de 2017 est paru le 23 janvier, à savoir la loi du 13 mai 2015 par laquelle la Belgique donne son assentiment à un accord d'association entre l'Union européenne et la Communauté européenne de l'énergie atomique d'une part et l'Ukraine d'autre part⁵⁰. Ce gros pavé de 6 828 pages n'est issu, ni du SPF Santé publique, sécurité des chaînes alimentaires et de l'environnement, ni du SPF Sécurité sociale, mais du SPF Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement.

Si en outre on exclut les 2 326 pages du méga arrêté royal sur la circulation des substances dangereuses par route ou par chemin de fer⁵¹, l'édition 2017 constitue encore le plus imposant volume de pages jamais publié par le Moniteur belge: 107 848 pages soit 578 pages de plus que l'édition de 2014.

En 2017, rares ont été les jours où il n'a pas été question de la pratique médicale dans le Moniteur belge.

Le gouvernement fédéral n'a pas de quoi se réjouir et mérite largement son surnom de « kibbelkabinet » (cabinet des disputes) dans les médias flamands: le taxshift, Arco, la menace terroriste, le saut d'index, la réforme des pensions, la crise de l'asile, le contrôle budgétaire, la lutte contre la pauvreté, le climat, l'impôt des sociétés, le précompte mobilier et bien d'autres encore sont servis tous les jours au menu du fédéral. Pour changer de ce pain quotidien, à la mi-décembre 2017, le restaurant BRUNEAU a régalié

⁵⁰ Loi du 13.05.2015 portant assentiment à l'accord d'association entre l'Union européenne et la Communauté européenne de l'énergie atomique et leurs Etats membres, d'une part, et l'Ukraine, d'autre part, fait à Bruxelles le 21 mars 2014 et le 27 juin 2014. (M.B. 23.01.2017, Ed. 2, p. 5 708).

⁵¹ A.R. du 02.11.2017 relatif au transport des marchandises dangereuses par route ou par chemin de fer, à l'exception des matières explosibles et radioactives (M.B. 27.11.2017; Ed. 1)

de sa cuisine raffinée le ministre Didier REYNDERS et son bras droit politique Jean-Claude FONTINOY, ainsi que le président de la N-VA Bart DE WEVER, le vice-premier ministre de la N-VA- Jan JAMBON et son chef de cabinet Joy DONNÉ, soit l'axe MR-NVA qui fait tourner le gouvernement⁵². Derrière le dos du premier ministre Charles MICHEL, cette prestigieuse confrérie a décidé que des élections anticipées et la chute du gouvernement n'étaient pas une bonne idée. Cet épisode chez BRUNEAU⁵³ explique probablement un certain nombre de faits politiques qui ont entamé la crédibilité de Charles MICHEL⁵⁴, comme la saga des migrants soudanais avec Theo FRANCKEN (N-VA, secrétaire d'état à l'asile et à la migration) et la non conclusion du Pacte énergétique à la suite du refus de fermer les centrales nucléaires de la part de Bart DE WEVER, président N-VA et bourgmestre d'Anvers,.

En Wallonie, le scandale de Publifin a valu au PS de devenir un parti « infréquentable » pour le cdH, d'autant plus qu'il est aussi éclaboussé à Bruxelles dans l'affaire du SamuSocial et que le dirigeant PS Yvan MAYEUR a dû démissionner de son poste de bourgmestre de Bruxelles⁵⁵. En Wallonie, le cdH claque la porte et les socialistes sont expulsés du gouvernement régional wallon. Le ministre cdH de la Santé publique, Maxime PRÉVOT, est remplacé par Alda GREOLI, sa cheffe de cabinet, anciennement secrétaire nationale des mutualités chrétiennes. La brusque rupture de la coalition wallonne cdH – PS a ralenti une série de projets en cours dans les soins de santé⁵⁶. C'est la première fois depuis 30 ans⁵⁷ que le gouvernement wallon fonctionne sans le PS : le président du MR Olivier CHASTEL et le président du cdH Benoit LUTGEN⁵⁸ ont bel et bien réussi leur coup. La déclaration gouvernementale wallonne peut se résumer en une phrase: « *Passer d'une Wallonie de l'assistanat à une Wallonie plus entreprenante* »^{59,60}.

Au milieu des congés d'été, les œufs contaminés au Fipronil ont fait couler beaucoup d'encre dans les journaux et ont fait l'objet quelques interventions médiatiques du Pr Jan TYTGAT, toxicologue de la KU Leuven. Le sp.a a essayé de transformer cette affaire en crise politique, faisant lointainement écho à la crise de la dioxine en 1999 qui avait coûté la tête du ministre de l'époque, Marcel COLLA⁶¹, mais le cœur n'y était pas. Le commissaire au gouvernement qui devait résoudre la crise de la dioxine en 1999, Freddy WILLOCKX (sp.a) a accusé l'Agence Fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) d'avoir mal géré le problème⁶². L'AFSCA est sous la tutelle du ministre des classes moyennes, des indépendants, des PME, de l'agriculture et de l'intégration sociale, Willy BORSUS (MR)⁶³. Mais cette affaire a été étouffée dans l'œuf.

4.2 Gouverner au prix de la popularité

Fin janvier 2017, la ministre DE BLOCK s'est montrée particulièrement nerveuse dans ses interviews. Et ce n'était pour des raisons de popularité déclinante. Sous la pression du gouvernement, elle a dû prendre des mesures d'économies drastiques dans le secteur des soins de santé. En une fois, elle a réduit le budget de 902 millions d'euros, tant du côté des dispensateurs de soins (non-indexation ou indexation partielle) que du côté des patients (non-remboursement des sprays nasaux et augmentation

⁵² « Het etentje dat premier Michel zwaar op de maag lag ». De Standaard, 25.01.2018.

⁵³ En 2010, le MR et le chef de la N-VA se rencontrent pour ébaucher discrètement l'actuel gouvernement kamikaze.

⁵⁴ « Geloofwaardigheid Michel als premier staat op spel ». De Standaard, 02.01.2018.

⁵⁵ « Pressions et intimidations enfoncent Samusocial ». L'Echo, 13.07.2017.

⁵⁶ « La machine à l'arrêt ». Journal du Médecin, 23.06.2017.

⁵⁷ « Einde aan 30 jaar PS-heerschappij in Wallonië ». De Tijd, 28.07.2017.

⁵⁸ « En de Waal? Hij wordt liberaal ». De Standaard, 26.07.2017.

⁵⁹ RTBF 25.07.2017.

⁶⁰ « Opinie ». Het Laatste Nieuws, 26.07.2017.

⁶¹ « Colour blind under the rainbow ». Rapport annuel 1999 du GBS, 05.02.2000. Chapitre I, « La poule et l'œuf: un tremblement de terre politique ». Dr M. Moens.

⁶² « Als De Block dit wist, moest ze haar politiek verantwoordelijkheid nemen ». De Morgen, 08.08.2017.

⁶³ « La crise des œufs contaminés prend un tour politique ». La Libre Belgique, 07.08.2017.

du ticket modérateur sur les inhibiteurs de la pompe à protons et sur les antibiotiques)⁶⁴. Sa colère venait de ce que selon elle, l'opposition faisait avaler des couleuvres à la population. Sa préoccupation est de défendre le système solidaire de soins de santé belge ; d'ailleurs, face aux doléances des médecins qui ont dû céder +/- 252 millions d'euros en 2017, elle leur a même sorti : « *En regardant les statistiques de la pauvreté, je n'y trouve pas beaucoup de médecins* »⁶⁵. La recette de la popularité naturelle de notre ministre de la Santé et des Affaires sociales est donc inusable. Elle n'a pas étendu ce constat aux directions hospitalières ou aux pontes des mutualités.

Fin 2017, la ministre DE BLOCK s'est retrouvée à la 48^e place du classement des personnalités les plus populaires en Flandre alors que pendant plus de 2 ans, elle a partagé alternativement la première place avec le président de la N-VA, Bart DEWEVER⁶⁶. Elle a fait comprendre qu'en 2018, elle tirerait la liste Open Vld à Merchtem, commune du Brabant flamand, ambitionnant de reprendre l'écharpe de bourgmestre à son frère Eddy⁶⁷. C'est ce qu'elle a répété en début 2018⁶⁸. Cependant, en même temps, elle n'est pas défavorable à une deuxième législature en tant que ministre de la Santé, a-t-elle révélé à l'occasion de la réception de nouvel an de l'Open Vld le 15.01.2018⁶⁹. Il est parfaitement possible de combiner les fonctions de bourgmestre et de ministre, voire même de premier ministre ou de président de parti. Elio DI RUPO en est la preuve lui qui est bourgmestre de Mons depuis 2001. En tant que bourgmestre attiré de la ville, il a combiné les fonctions de ministre, premier ministre et enfin de président du PS depuis déjà des années avec un bourgmestre faisant fonction à ses côtés. La ministre Maggie DE BLOCK pourrait peut-être aussi cumuler les fonctions.

4.3 Gouverner par annonces, mais entre rêve et acte, des lois et des questions pratiques font obstacle

Il est surprenant que ce soit par l'intermédiaire de la presse que la ministre concrétise quelques grands changements annoncés dans l'accord du gouvernement.

À l'occasion de ma prise de pension, j'ai reçu entre autres cadeaux, la nouvelle « Pensioen » de Willem Elsschot⁷⁰. Je l'ai lue d'une traite. Elle m'a fait penser au poème d'Elsschot intitulé « Le mariage »⁷¹. J'ai déjà utilisé une phrase de l'avant-dernière strophe de ce poème dans un de mes rapports annuels⁷²: « ... *mais entre rêve et acte, des lois et des questions pratiques font obstacle...* ». Il n'en va pas autrement pour la concrétisation des changements annoncés dans l'accord du gouvernement. Le mariage entre les partis au gouvernement n'est pas seulement polygame, il n'est en plus pas particulièrement stable. Résumons quelques grands sujets : la loi relative à l'exercice de la pratique de qualité dans les soins de santé, la loi sur l'Ordre des médecins, la loi sur les soins à faible variabilité qui va de pair avec la loi sur le réseautage clinique entre les hôpitaux ; tous ces sujets ont été abordés lors d'interviews avec la presse spécialisée^{73,74}.

⁶⁴ « Er zit sleet op het merk Maggie ». Het Laatste Nieuws, 24.01.2017

⁶⁵ « Ik ben al die leugens beu ». De Tijd, 03.02.2017.

⁶⁶ « Jaar om (niet) snel te vergeten ». Het Laatste Nieuws, 22.12.2017.

⁶⁷ « De Block wil burgemeester worden ». Het Laatste Nieuws, 23.05.2017.

⁶⁸ « Verkiezingen 18. Maggie De Block neemt als lijsttrekker in Merchtem plaats in van broer Eddie ». De Specialist, 18.01.2018.

⁶⁹ « May, Michel en Miss België motiveren montere liberalen ». De Standaard, 16.01.2018.

⁷⁰ Uitgeverij Polis, mai 2017

⁷¹ Rotterdam, 07.05.1910

⁷² « Changement in statu nascendi ». Rapport annuel 2015 du GBS; 20.02.2016.

⁷³ « Niemand weet alles, dat is het begin van alle wijsheid ». Artsenkrant, 15.12.2017. « Personne ne sait tout, c'est le début de la sagesse ». Journal du Médecin, 15.12.2017.

⁷⁴ « Entre quatre yeux avec Maggie De Block ». Le Spécialiste N° 114, 02.11.2017. « De Block zegt waar het op staat ». De Specialist, N° 114, 02.11.2017.

4.3.1 L'Ordre

La grande réforme de l'Ordre réussira-t-elle cette fois ? Le comité directeur du GBS n'a pas été consulté pour donner un avis à ce sujet mais certains de nos administrateurs sont des membres actifs dans les conseils provinciaux de l'Ordre des médecins. La centralisation des conseils provinciaux en un Conseil national avec deux sections se heurte à une forte opposition de la part des membres des Conseils provinciaux. Dans le même temps, les commissions médicales provinciales (CMP) vont être enterrées via le projet de loi relatif à « l'exercice de la pratique de la qualité dans les soins de santé ». Les collègues du GBS qui se font beaucoup de soucis à propos de la disparition des conseils provinciaux de l'Ordre sont les mêmes que ceux qui se font beaucoup de soucis à propos de la disparition des CMP.

Les initiés font donc de la résistance. Certains affirment que ce projet, comme tant d'autres auparavant, n'aboutira jamais. D'autres sont convaincus que cette fois ça marchera. Avec les projets de lois précédents, on avait trébuché pour des raisons communautaires. La circonscription Bruxelles-Halle-Vilvorde a été scindée en 2012, ce problème n'existe donc plus, ni celui du choix de langue en Région de Bruxelles capitale. Mais ces vieux démons resurgissent quand même dans le cadre de la création des réseaux hospitaliers. En dehors des éventuels problèmes linguistiques, les réseaux hospitaliers fédéraux se heurtent aux idées de la communauté flamande. Le concept des réseaux hospitaliers a été défini sans tenir compte des idées du très autonome ministre VANDEURZEN (CD&V) et heurte les concepts flamands des zones de première ligne. Un nouveau Bruxelles-Halle-Vilvorde est en gestation mais pour des raisons autres que celles qui ont prévalu pendant ces cinquante dernières années. Pénible pour le CD&V qui partage la gouvernance au niveau fédéral (cf. point 4.3.2.).

On n'a toujours pas de nouvelles de « l'Institut du futur »⁷⁵ annoncé dans l'accord du gouvernement du 09.10.2014. En pratique, il sera remplacé par les conférences interministérielles préparées par les groupes de travail interministériels appelés communément GTI. On murmure que cela ne se passe pas toujours dans la sérénité. Si les ministres communautaires peuvent glisser une peau de banane sous les pieds des ministres fédéraux, ils ne s'en priveront pas.

4.3.2 Le paysage hospitalier

4.3.2.1 Les réseaux hospitaliers

Pendant toute l'année 2017, le cabinet et les administrations (SPF Santé publique et INAMI) ont travaillé d'arrache-pied pour mettre sur les rails autant le financement hospitalier que la collaboration entre hôpitaux sous la forme de réseaux hospitaliers comprenant la création de réseaux locorégionaux et suprarégionaux. Le cabinet et les administrations poursuivent donc plus avant l'exécution du plan d'approche que la ministre DE BLOCK avait présenté au grand public le 28.04.2015.

Toutefois, les groupes de travail interministériels continuent à dresser des obstacles institutionnels. Le terrain reste très miné. Certains politiciens issus de partis au pouvoir fédéral ont bien dans leur circonscription un hôpital dont ils préféreraient ne pas voir les portes du service d'urgence ou/et de la maternité se fermer, si la réforme de la ministre DE BLOCK devient réalité. Les médecins et la plupart des citoyens ne sont pas demandeurs de changements radicaux, même si cela figure dans l'accord du gouvernement fédéral⁷⁶.

Alors que la Flandre est touchée par le syndrome « pas dans ma circonscription » (NIMBY)⁷⁷, le monde politique wallon est perpétuellement en porte à faux dans toutes ses instances de concertation fédérales, pour des motifs purement politiques: le PS ne siège ni au fédéral ni au gouvernement wallon. Les apparatchiks de « l'inner circle » du PS savent ce qu'il faut taire pour continuer à faire croire que la

⁷⁵ Point 3.6.3. Un compas et une structure d'organisation moderne pour nos soins de santé.

⁷⁶ Accord de gouvernement fédéral du 09.10.2014 page 65: « *La nouvelle organisation est basée sur les besoins du patient et promeut la coopération entre les hôpitaux universitaires, spécialisées et de base dans un réseau clinique, ainsi que la coopération entre les hôpitaux et les prestataires de soins ambulatoires.* »

⁷⁷ Not in my backyard

gestion lamentable est due aux médecins. Les retenues sur les honoraires médicaux dans les hôpitaux francophones sont en moyenne entre 20 et 30 % plus importantes que dans les hôpitaux flamands alors que leurs revenus sont sensiblement inférieurs⁷⁸. La politique bruxelloise inextricable pose un problème à part. Il existe une pléthore de ministres compétents, trois hôpitaux universitaires avec leurs liens politiques propres et un grand nombre d'hôpitaux non universitaires qui sont continuellement en mouvement en termes de fusions et de collaborations. En outre, Bruxelles est un pôle d'attraction pour des milliers de patients des zones limitrophes, tant en Région Flamande qu'en Région wallonne. La coalition politique bruxelloise aussi est différente de celles de Flandre et de Wallonie. Le projet « Redesign » pour l'amincissement et l'optimalisation de tous les services de soins de santé⁷⁹ dont on a encore peu entendu parler en 2017 ne pourrait-il pas être appliqué aux Communautés et aux Régions ? La 6^e réforme de l'état est une catastrophe si l'on veut encore mener une politique de soins de santé fédérale qui ait du sens dans un petit pays dont le nombre d'habitants équivaut à +/- un tiers, voire la moitié d'une mégapole internationale comme par exemple Tokyo avec 38,2 millions ou New York avec 20,7 millions d'habitants.

Les autorités ont clairement entendu que les médecins exigent une cogestion dans les hôpitaux. La ministre et ses collaborateurs, en particulier son chef de cabinet le Dr Bert WINNEN, étaient plus volontiers à l'écoute que certains gestionnaires hospitaliers. En particulier, Peter DEGADT (°29 janvier 1954) persiste et signe contre toute cogestion par les médecins. Le 01.12.2017, plus d'un an avant l'âge légal de la pension, il a quitté sa fonction de CEO de Zorgnet-Icuro. Pourtant, en 2015, plusieurs discussions préparatoires constructives avaient eu lieu entre l'ABSyM et le Pr Dr Johan KIPS, à l'époque directeur des hôpitaux généraux de Zorgnet-Icuro, et madame Miek PEETERS, conseillère juridique dans la même institution. Tous deux ont entre-temps relevé d'autres défis. Johan KIPS est devenu CEO de l'hôpital Érasme, ULB, Bruxelles, et Miek PEETERS a saisi une opportunité en acceptant une fonction européenne à l'EFTA Surveillance Authority (ESA). Au sein de Zorgnet-Icuro, Johan KIPS était considéré comme l'architecte de la réforme pour le réseautage hospitalier⁸⁰.

Le Dr Johan KIPS a été remplacé par le Dr. Marc GEBOERS le 01.01.2016. Celui-ci a derrière lui un passé impressionnant de 10 ans de cardiologie à l'AZ Jan PORTAELS de Vilvorde; il est ensuite devenu directeur médical, d'abord à l'AZ Maria Middelaars à Sint-Niklaas, puis, depuis 2011, après la fusion de l'AZ Niklaas, il est directeur général du Franciskusziekenhuis de Heusden-Zolder; enfin depuis janvier 2014, il est directeur médical du ZNA, Antwerpen. Le Dr Marc GEBOERS adopte fidèlement la position négative de Peter DEGADT sur la cogestion par les médecins dans les discussions relatives à « *l'avant-projet de loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et d'autres établissements de soins, concernant le réseautage clinique entre les hôpitaux* » lors de réunions à huis clos au cabinet DE BLOCK. Depuis juin 2015, un groupe de travail ad hoc s'y réunit, composé de cinq représentants des syndicats médicaux (parmi lesquels le soussigné avec sa double casquette de président de l'ABSyM et de secrétaire général du GBS), cinq représentants des mutualités et cinq représentants des coupoles hospitalières⁸¹. Plus loin, je nomme ce groupe de travail ad hoc « 5-5-5 ».

En tant que conseillère juridique, Miek PEETERS a été remplacée par Tom BALTHAZAR, avocat au barreau de Gand jusqu'en 2007 et successeur pressenti de Daniël TERMONT bourgmestre sp.a de Gand. Après le scandale liégeois de Publifin⁸² qui a débordé jusqu'à Gand pour y trouver son dénouement, le candidat-bourgmestre Tom BALTHAZAR a démissionné au sp.a^{83,84,85} et s'est fait engager chez Zorgnet-

⁷⁸ Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts. Appendice 18, page101. Rapport KCE 178A, 31.05.2012

⁷⁹ « Soins de santé disruptifs ». Point 4.4. Redesign. Rapport annuel 2016 du GBS, 04.02.2017.

⁸⁰ « Waarom Johan Kips vertrekt naar Erasme Brussel ». HealthCare executive.be, 21.01.2016.

⁸¹ Cf. point 3. Financement des hôpitaux: vagues de réforme à l'horizon. Rapport annuel 2015 du GBS. Dr. M. Moens: « *Changement in statu nascendi* ».

⁸² « Alles wat u moet weten over de Publifin-affaire ». De Standaard, 09.03.2017.

⁸³ « Tom Balthazar neemt ontslag na Publifin ». Knack, 11.02.2017.

⁸⁴ « Tom Balthazar: advocaat, broer van Nic, docent, zoon van eregouverneur en 16 jaar politicus ». De Morgen, 11.02.2017.

⁸⁵ « SP.A Gent onthoofd nu opvolger van burgemeester Termont stap opzij moet zetten ». Het Nieuwsblad, 12.02.2017.

Icuro⁸⁶. C'est assez singulier si nous nous souvenons que le prédécesseur de Zorgnet-Icuro n'était autre que le très strict VVI catholique⁸⁷.

Lors d'une concertation informelle sur l'avant-projet de loi sur les réseaux hospitaliers, organisée par l'ABSyM le 16.05.2017 avec toutes les coupoles hospitalières, seul le Dr Marc GEBOERS était présent au nom de Zorgnet-Icuro, tandis que les hôpitaux francophones avaient délégué tous leurs grands pontes. La conclusion attendue et ensuite confirmée de la réunion a été « tous contre les réseaux ». Chaque coupole hospitalière avait ses arguments. L'incertitude prédominait, notamment si un réseau devait obligatoirement être constitué pour 400 000 à 500 000 habitants. Comme Peter DEGADT était/est favorable aux réseaux, il s'est fait excuser⁸⁸. Fraîchement arrivé chez son nouvel employeur, Tom BALTHAZAR était aussi excusé pour cette réunion.

Comme annoncé quelques mois auparavant⁸⁹, le 01.12.2017, Peter DEGADT a été remplacé en tant qu'administrateur délégué de Zorgnet-Icuro par Madame Margot CLOET, pédagogue de formation. Elle a été recrutée chez le ministre flamand Jo VANDEURZEN où elle était cheffe de cabinet. Nous savons que le ministre VANDEURZEN veut suivre sa voie flamande⁹⁰ et désapprouve totalement l'idée de 25 réseaux hospitaliers que la ministre fédérale DE BLOCK veut instaurer en Belgique, soit 14 en Flandre, 2 à Bruxelles et 9 en Wallonie. Reste à savoir si la CEO Margot CLOET adoptera l'attitude de son prédécesseur et défendra soudain les réseaux hospitaliers cliniques fédéraux qu'elle devait dénigrer en tant que cheffe du cabinet de VANDEURZEN. Le plus important pour les médecins est de savoir si elle prolongera la ligne DEGADT d'exclure les médecins de la direction des hôpitaux ou si au contraire elle va les impliquer. Elle sait certainement qu'il existe déjà en Flandre une série d'hôpitaux où les cliniciens siègent au conseil d'administration. Quand, lors de la réunion du « 5-5-5 » le 13.12.2017, le soussigné a rappelé ce fait après que Zorgnet-Icuro eût de nouveau rejeté la direction conjointe par la bouche de Marc GEBOERS, elle a fait comprendre que l'avant-projet de loi sur les réseaux hospitaliers n'interdisait pas la co-gestion. Aller plus loin n'est pas nécessaire selon Zorgnet-Icuro. Mais cela ne convient pas aux médecins qui ont obtenu en médico-mut des engagements concrets de la ministre DE BLOCK garantissant l'implication stratégique et opérationnelle des médecins dans la gouvernance des futurs réseaux hospitaliers^{91,92} (cf. aussi accord médico-mutualiste, point 5).

Les Mayo Clinic et Cleveland Clinic, les deux meilleures cliniques des États-Unis, sont l'une et l'autre dirigées par un médecin. En Belgique, cela n'est pas permis aux dires de l'ex-CEO de Zorgnet-Icuro, Peter DEGADT et de son porte-parole Marc GEBOERS. Pour lui, les médecins n'auraient même pas le droit de siéger avec droit de vote consultatif au Conseil d'administration du réseau hospitalier. On a considéré que l'une des causes principales du scandale du Stafford Hospital où entre 400 et 1 200 personnes sont décédées sans raison entre 2005 et 2009 du fait d'une insuffisance de soins, était l'absence de médecins au conseil d'administration⁹³.

Maggie DE BLOCK soutient la vision de cogestion par les médecins mais elle est coincée entre les exigences des médecins et le non de Zorgnet-Icuro entériné par les autres coupoles hospitalières. C'est pour cela qu'elle se rallie à la proposition de l'ABSyM à savoir qu'un consensus doit être trouvé entre le conseil médical et le conseil d'administration du réseau hospitalier, pour 16 des 18 points de l'article

⁸⁶ « Tom Balthazar gaat aan de slag bij Zorgnet-Icuro ». De Redactie, 12.05.2017.

⁸⁷ L'ancien Verbond van Verzorgingsinstellingen VVI (Syndicat des Institutions de Soins) est devenu Zorgnet Vlaanderen en 2009 et, après la fusion avec les hôpitaux publics en 2013, Zorgnet-Icuro.

⁸⁸ Entre-temps, il a été nommé président du conseil d'administration du Damiaanziekenhuis d'Ostende en du Heilig Hartziekenhuis de Lier.

⁸⁹ « Kabinetschef Vandeurzen gaat grootste zorgkoepel van Vlaanderen leiden ». De Standaard, 12.07.2017.

⁹⁰ Cf. punt 4.3.1.

⁹¹ Doc. CNMM 2017/3 du 26.01.2017.

⁹² Doc. CNMM 2017/6 annexe du 24.02.2017.

⁹³ The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry by Sir Robert Francis. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffpublicinquiry.com/>

137 de l'actuelle loi sur les hôpitaux⁹⁴. Zorgnet-Icuro continue à s'y opposer, Santhea ne vient même plus aux réunions de consensus.

Le concept d'une loi sur les réseaux hospitaliers peut toujours capoter mais cela signifierait alors qu'une déclaration gouvernementale ne signifie plus rien et que le travail énorme et les innombrables réunions consacrées au sujet n'auraient servi à rien. Le premier ministre MICHEL, sa ministre DE BLOCK et « les politiques » ne peuvent pas se le permettre. Cette loi sortira probablement aux alentours des vacances parlementaires de 2018, dans sa version brute non parachevée. Les problèmes épineux, en suspens devront être résolus par des arrêtés royaux qui seront difficiles à formuler.

L'hypothèse précitée est étayée par la lettre datée du 25.01.2018 que les ministres Maggie DE BLOCK et Jo VANDEURZEN ont conjointement adressée aux directions des hôpitaux généraux et universitaires concernant l'élaboration d'un inventaire des intentions de formation des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux en Flandre⁹⁵. Assez singulièrement, il n'existe actuellement ni base juridique fédérale, ni décret flamand sur lesquels cette circulaire pourrait s'appuyer. Nous citons: « *Via les médias et divers canaux, nous recevons des informations sur les évolutions qui auraient lieu sur le terrain dans le cadre de la formation des réseaux* ». L'effet d'annonce a donc fonctionné.

Pour le 15.02.2018 au plus tard, les hôpitaux sont invités à communiquer leurs intentions en matière de réseaux à l'adresse suivante, algemeneziekenhuizen@zorg-en-gezondheid.be. Le 26.02.2018, une Conférence Interministérielle Santé publique aura lieu et se concentrera sur le dossier des hôpitaux. La lettre indique aussi que les zones de soins de 400 000 à 500 000 habitants par réseau hospitalier clinique locorégional doivent coïncider avec les zones de première ligne flamandes de 75 000 à 125 000 habitants : la lettre dit aussi que pour les régions de soins situées dans de grandes circonscriptions comme Anvers, Gand et Bruxelles, des critères supplémentaires seront nécessaires parce que le cap des 500 000 habitants sera vite dépassé.

La teneur des déclarations d'intention devra être connue pour fin juin 2018. Entre juillet et septembre 2018, ces déclarations seront évaluées et discutées à la Conférence Interministérielle Santé publique, « *éventuellement avec une demande d'ajustement*. ». À l'automne 2018, le planning stratégique régional des soins sera développé avec ses thèmes prioritaires. Espérons qu'il se basera sur des textes de lois et décrets existants. Les ministres et collègues Alda GREOLI et Maggie DE BLOCK feront-elles circuler un texte francophone équivalent à l'initiative flamande⁹⁶? Si non, il sera non seulement question d'une « médecine à deux vitesses » mais aussi d'une « politique à deux vitesses » sous la magistrature d'un seul ministre fédéral.

4.3.2.2 Le financement des soins à faible variabilité

Le cabinet DE BLOCK a toujours dit aux médecins que le projet de loi sur les soins à faible variabilité paraîtrait en même temps que la loi sur la création des réseaux hospitaliers.

Les médecins ont toujours un gros problème avec la réglementation sur les suppléments des nouveaux honoraires forfaitaires. En effet, le projet de loi leur ajoute une restriction supplémentaire pour les prestations effectuées dans le cadre du montant prospectif global. Il reste bien entendu toujours possible de demander des suppléments d'honoraires mais la somme des prestations sur lesquelles des suppléments peuvent être demandés selon la nomenclature et la loi sur les hôpitaux, ne peut pas être supérieure à la somme des honoraires prévus dans l'honoraire forfaitaire. Cette précision est déterminante si des prestations sont effectuées qui n'entrent pas dans le cadre du montant prospectif

⁹⁴ Avant-projet de loi, version 05.12.2017: « ..., une décision est prise au sein du réseau clinique locorégional, en concertation mutuelle entre la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional et le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional. »

⁹⁵ Inventaris intentions vorming ziekenhuisnetwerken caroline.verlinde@vlaanderen.be kenmerk 18-2448/5 d.d. 25.01.2018

⁹⁶ Le 29.01.2018, date de la fin de la rédaction du présent rapport, une telle lettre de la Fédération Wallonie-Bruxelles n'existe pas encore à notre connaissance.

global ou si plus de prestations ont été effectuées que prévu dans le montant prospectif global^{97,98}. Bien sûr, concernant cette affaire-là, les médecins ont l'opinion publique et les mutualités contre eux. Les politiques se sentent donc encouragés à approuver cette monstruosité administrative supplémentaire car la facturation de l'hôpital sera encore plus complexe qu'elle ne l'est déjà.

Lors des négociations pour l'accord médico-mut, l'ABSyM a obtenu que les honoraires pour le médecin appelé en consultation chez un patient hospitalisé tombent en dehors des honoraires forfaitaires. En partie grâce aux états généraux d'anesthésie⁹⁹, soutenus par l'ABSyM, deux groupes de patientes seront créés pour l'APRDRG accouchement: l'un avec anesthésie péridurale et l'autre, sans. Précédemment, il avait été négocié que l'attribution des honoraires ne serait pas décidée par le gestionnaire ou le conseil médical, mais que l'INAMI communiquerait à chaque conseil médical et au gestionnaire hospitalier la répartition des honoraires entre les médecins intervenants dans les APRDRG.

Le projet de loi sur les soins à faible variabilité devra aussi être suivi de plusieurs A.R. complexes pour qu'il puisse entrer en vigueur.

Pour éviter de perdre la face et comme les élections communales du 14.10.2018 doivent être organisées et que des dispositions en vue des élections fédérales de 2019 doivent progressivement être prises, le gouvernement va devoir publier au Moniteur belge pendant ou peu après les vacances parlementaires de 2018, ces deux lois cadres à la fois imparfaites et nécessitant des clarifications par de futurs arrêtés royaux. Pour des raisons techniques, les soins à faible variabilité n'entreront probablement pas en vigueur le 01.09.2018, mais pour satisfaire les mutualités, peut-être le 01.01.2019 et d'après le dernier article du présent avant-projet, la loi sur les réseaux hospitaliers ne devrait entrer en vigueur que le 01.01.2020. Voilà matière à réflexion pour le premier rapport annuel de mon successeur.

4.4 Avec eHealth: vers une meilleure santé?

4.4.1 Prévention

La médecine préventive tourne à faible régime en Belgique. Sur un budget de 41 711,5 millions d'euros, notre pays consacre seulement 526,2 millions d'euros, soit 1,26 %, à la promotion et à la prévention – au sens strict du terme, à savoir la prévention primaire – en matière de soins de santé. (cf. tableau Assurinfo).

Aperçu des dépenses par secteur de soins en 2014 (en millions d'euros)

I	Secteur de soins	39 872,4	95,6 %
1.	Hôpitaux	13 415,2	32,2 %
2.	Soins infirmiers et résidentiels	6 254,6	15,0 %
3.	Soins ambulatoires	14 480,0	34,7 %
4.	Soins pharmaceutiques	5 196,4	12,5 %
5.	Promotion et prévention en matière de soins de santé	526,2	1,3 %
II	Gestion et administration	1 673,4	4,0 %
III	Secteur privé comme dispensateurs de soins	165,7	0,4 %
	TOTAL DÉPENSES	41 711,5	100,0 %

Source: Assurinfo n° 13 / Bulletin hebdomadaire du 6 avril 2017

Tableau 2

Il n'existe pas de politique belge dans ce domaine puisque la prévention a été transférée aux Communautés. L'Accord Papillon du 11.10.2011 relatif à la 6^e réforme de l'État n'a pas simplifié la répartition des compétences.

⁹⁷ Avant-projet de loi relatif aux soins à faible variabilité, article 11.

⁹⁸ Filip Dewallens: « Forfaitair honorarium laagvariabele zorg: vluchten kan niet meer! ». Healthcare Executive, 09.11.2017.

⁹⁹ Cf. point 1.4.9.

De plus, on ne sait pas au juste quelle prévention a été défédéralisée: s'agit-il de la prévention primaire, secondaire, tertiaire ou quaternaire ?¹⁰⁰ On sait déjà qu'en fonction de la forme de prévention, la médecine spécialisée est de plus en plus concernée par ce domaine. Le financement des prestations qui s'y rapportent dépend de la nomenclature, donc de l'INAMI fédéral.

De nombreuses questions peuvent encore être posées sur le transfert de la prévention aux Communautés. Le financement des consultations par les généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les cardiologues et d'autres médecins spécialistes facturés dans le contexte de la prévention primaire en première ligne est indemnisé via l'INAMI fédéral. Toutes les prestations médico-techniques éventuelles dépendent aussi de l'INAMI. Pensons simplement aux dépistages du cancer du sein, du cancer de l'utérus et du syndrome de Down ainsi qu'à une majorité de vaccins. La politique de prévention belge est perfectible. Elle ne répond pas toujours aux objectifs internationaux. Le taux de couverture de certains vaccins pour enfants se situe encore sous le seuil d'immunité recommandé, le taux de couverture pour le cancer du sein et du col de l'utérus est suboptimal et le taux de vaccination contre la grippe des plus âgés diminue même¹⁰¹.

Le Belge est plutôt rebelle en matière de prévention primaire¹⁰². Les informations communiquées au grand public ne sont en outre pas toujours univoques. Vers la mi-septembre 2017, la pyramide alimentaire a été inversée en grande pompe avec pour objectif de donner des informations de santé claires et compréhensibles pour le grand public. Pendant des jours et des jours, on a écrit, twitté sur ses avantages et ses inconvénients, alternant le vrai et le faux. En 2017, pendant le Carême, plus de 114 081 Belges ont participé aux « 40 jours sans viande ». Prochainement, une nouvelle tournée minérale va débiter. En 2017, plus de 120 000 Belges n'ont pas avalé une seule goutte d'alcool en février. Depuis le 15 janvier 2018 jusqu'à la St Valentin, le dernier cri consiste à « ne pas se plaindre pendant 30 jours ». Tâche difficile pour les médecins. Ils ne pourront pas se plaindre des changements très rapides qui touchent leur pratique professionnelle pas plus que du nombre élevé de calories des « mocktails¹⁰³ » qu'ils boiront pour se consoler. Ils ne pourront rien dire non plus sur les substituts du sucre contenus dans ces ersatz de cocktails. Et pendant ce temps, les médias informent que cette vie plus saine a peu d'impact épidémiologiquement parlant et en plus, « un enterrement coûte moins cher que des soins »¹⁰⁴ et n'est pas remboursé par l'INAMI. Trente jours sans respirer n'est pas vraiment possible et pourtant, les salles d'attente des cardiologues et des pneumologues sont remplies pour un quart, de victimes des particules fines.

Malgré son caractère grognon mais aussi bon enfant, la population belge comprend la pertinence des objectifs de santé et d'une politique plus stricte de la part des autorités: interdiction de fumer en présence d'enfants, interdiction de certains pesticides, des vaccins obligatoires plus nombreux, augmentation de la sécurité routière,... Mais répondre à une enquête¹⁰⁵ est bien entendu plus facile que changer ses habitudes.

¹⁰⁰ La prévention primaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. La prévention secondaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. On se situe ici au niveau du dépistage des maladies et de la gestion du début des traitements de la maladie. La prévention tertiaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. On se situe ici en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes. La prévention quaternaire désigne l'ensemble des activités de santé pour atténuer ou éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé, protéger un patient d'une surmédicalisation. (CM Informations 263 mars 2016).

¹⁰¹ « La performance du système de santé belge 2015 ». Rapport KCE 259A : <https://kce.fgov.be/fr/content/focus-sur-la-m%C3%A9decine-pr%C3%A9ventive>

¹⁰² « Je hebt een kalasjnikov nodig om Belg gezond te doen leven ». De Tijd, 12.12.2017.

¹⁰³ Cocktail sans alcool.

¹⁰⁴ « Nog gezonder leven? Nergens voor nodig ». Dr. Luc Bonneux. De Standaard, 06.01.2018

¹⁰⁵ « Les belges en faveur d'une politique de santé plus stricte ». Le Spécialiste 14.12.2017.

4.4.2 eHealth

L'eHealth doit nous aider au quotidien. Certains gadgets nous permettent d'enregistrer des données sur notre sommeil, la distance parcourue, le nombre de pas effectués et de marches d'escaliers franchies, le nombre de pulsations cardiaques, la consommation maximale d'oxygène (VO2max)... bref, une série infinie de paramètres qui au besoin pourraient figurer dans un dossier médical. Mais cela implique que les nombreuses erreurs de jeunesse qui sont encore légion dans le plan e-Santé¹⁰⁶ actuel, soient résolues et que le retard accumulé sur les points d'actions (il y en a 20) soit rattrapé.

Un coup d'accélérateur est bien nécessaire pour qu'existe enfin un dossier patient hospitalier électronique vraiment intégré (DPI: point d'action 2) qui puisse s'enrichir de données en provenance des systèmes hubs & metahubs¹⁰⁷, dont pourront profiter les hôpitaux généraux et universitaires (point d'action 5).

Toutes les prescriptions de médicaments auraient dû être électroniques depuis le 01.01.2018 (excepté celles des urgences). Le Comité de l'assurance du 05.12.2017 a reporté l'obligation de la prescription électronique au 1er juin 2018. Les médecins qui auront atteint l'âge de 62 ans le 1er juin 2018 seront exemptés de la prescription électronique. Dans les tableaux ci-dessous, nous constatons que sur 63 642 prescripteurs (généralistes, médecins spécialistes et dentistes confondus), 28 % ont plus de 62 ans. Il est vrai qu'ils ne prescrivent que 22% des médicaments. Les plus de 62 ans prescrivent donc en moyenne moins de médicaments que leurs jeunes collègues.

Âge du prescripteur	Nombre de boîtes		Nombre de prescripteurs		Moyenne de boîtes par prescripteur
Généralistes < 62	59 422 375		14 275		4 163
Généralistes ≥ 62	19 317 874		7 320		2 639
Total généralistes	78 740 249		21 595		3 646
Spécialistes < 62	19 835 499		24 334		815
Spécialistes ≥ 62	3 447 985		8 442		408
Total spécialistes	23 283 484		32 776		710
Dentistes < 62	909 542		7 238		126
Dentistes ≥ 62	138 776		2 033		68
Total dentistes	1 048 318		9 271		113
Total général < 62	80 167 416	77,8 %	45 847	72,0 %	1 749
Total général ≥ 62	22 904 635	22,2 %	17 795	28,0 %	1 287
Total général	103 072 051	100,0 %	63 642	100,0 %	1 620

Note CGV 2017 370 add. annexe 4

Tableau 3

Dès le 01.12.2017, les prescripteurs occasionnels de médicaments auraient dû pouvoir utiliser le logiciel PARIS¹⁰⁸ avec un certificat eHealth¹⁰⁹. À partir du 1er juin 2018, ce sera possible sans certificat. Pour les visites à domicile, les prescriptions papier restent autorisées : la prescription papier reste aussi valable en cas de crash, panne d'électricité ou autre incident. D'une manière générale, les généralistes sont à la pointe en termes d'applications d'eSanté parce les accords successifs prévoyait des incitants financiers très persuasifs. Jusqu'à présent, cela n'est pas le cas pour les médecins spécialistes. Pourtant

¹⁰⁶ <http://www.plan-esante.be/>, 20 points d'action.

¹⁰⁷ Le système « hubs & metahub », dans sa globalité, a pour objectif de réaliser l'interconnexion des systèmes régionaux et locaux d'échange d'information médicale, dénommés "hubs", afin de permettre à un prestataire de soins de retrouver et de consulter les documents médicaux électroniques disponibles au sujet d'un patient et ce indépendamment, d'une part, du lieu effectif de stockage des documents et, d'autre part, du point d'entrée du prestataire dans le système. (Source: eSanté).

¹⁰⁸ Prescription & Autorisation Requesting Information System

¹⁰⁹ PARIS n'avait pas encore été activé le 01.12.2017 et ne l'est toujours pas à la fin de la rédaction du présent rapport annuel le 28.01.2018.

un grand mécontentement règne parmi les généralistes. D'après le Dr Hilde ROELS, ancienne présidente du VAS, l'irritation causée par la non-fiabilité du système est une raison suffisante pour prendre une retraite anticipée¹¹⁰. Le Dr Thomas ORBAN, président de la SSMG¹¹¹ en a aussi plus qu'assez¹¹². Il n'admet pas que les médecins (généralistes) soient obligés d'utiliser des systèmes qui sont à ce point défectueux. Certains généralistes suggèrent de repenser l'intégralité du concept eHealth¹¹³. En tant que président de l'asbl Recip-e, le soussigné se sent étroitement concerné par cette problématique, mais lui aussi doit en subir tous les inconvénients à l'instar des autres dispensateurs de soins de santé.

L'utilisateur final accuse Recip-e, alors que parfois c'est le système eHealth qui est complètement en panne. Fin mai 2017, cela est arrivé à plusieurs reprises:

- jeudi 18.05.2017 entre 16h40 et 18h15 soit 95 minutes.
- lundi 22.05.2017 entre 09h09 et 09h18 soit 9 minutes.
- mardi 23.05.2017 entre 09h45 et 10h16 soit 31 minutes et entre 13h46 et 14h07 soit 21 minutes et entre 19h15 et 19h25 soit 10 minutes
- mercredi 30.05.2017 entre 14h50 et 15h30 soit 40 minutes.

Au total, 206 minutes de panne ou 0,46 % des 44 640 minutes du mois de mai. Par rapport au total des 10 080 minutes ouvrables en mai, cela représente une indisponibilité du système pendant 2,04 % des heures de bureau.

4.4.3 Burn-out

Dans sa note politique sur les affaires sociales¹¹⁴, la ministre DE BLOCK affirme en date du 17.10.2017 qu'elle a demandé d'analyser si le burn-out peut être considéré comme une maladie professionnelle : lorsque Monica DE CONINCK (sp.a) était ministre du travail (2011-2014), des recherches semblables avaient déjà été menées¹¹⁵. Plusieurs études révèlent que les médecins sont plus exposés au burn-out que les autres travailleurs ou le Belge moyen^{116,117}. En 2012, la Katholieke Universiteit de Leuven a mené une étude parmi les médecins et infirmiers travaillant dans les hôpitaux belges : il s'avère que 17,8 % des médecins actifs dans les hôpitaux risquent concrètement d'être en burn-out et que 5,4 % le sont effectivement; 39,9 % sont émotionnellement épuisés; 27,9 % souffrent de dépersonnalisation et 15,3 % ont un problème de diminution des compétences personnelles¹¹⁸. Le Journal du Médecin a interrogé 1 800 médecins belges: l'augmentation des charges administratives serait officiellement la première cause de burn-out avec 70,4 % de réponses en ce sens, suivie par la combinaison travail-vie privée (63,4%)¹¹⁹. Dans le milieu hospitalier, le mot « administratif » peut être remplacé par enregistrement électronique des données de santé (electronic health record EHR) comme le confirme la littérature internationale. Aux États-Unis, une heure de consultation avec un patient représente près de deux heures d'administration principalement consacrées au dossier électronique du patient¹²⁰. Très souvent, le travail administratif n'a rien à voir avec ce qui touche directement au diagnostic et au

¹¹⁰ « Waaron veel artsen nu al uitkijken naar hun pensioen ». MediSfeer, 24.01.2018

¹¹¹ Société Scientifique de Médecine Générale

¹¹² « Nous sommes pris en otage ». Le journal du médecin, 26.01.2018.

¹¹³ « Geklungel met informatica toepassingen ». Dr. Wouter Van den Abeele, Artsenkrant, 26.01.2018.

¹¹⁴ DOC 54 2708/007; Chambre belge des représentants; 17.10.2017.

¹¹⁵ « Stress is de stoflong van de 21ste eeuw ». De Tijd, 22.03.2014.

¹¹⁶ Pr Patrick Cras, département neurologie, UZ Antwerpen. 2^e journée d'étude Doctors4doctors asbl; 16.11.2017 estime l'incidence du burn-out dans la population moyenne à 0,8%.

¹¹⁷ OECD Employment Outlook 2014

¹¹⁸ « Een onderzoek naar burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen ». Dr. Sofie Vandebroek, mevr. Els Vanbelle, prof. dr. Hans De Witte, mevr. Evelien Moerenhout, dhr. Maarten Sercu, mevr. Hilde De Man, dr. Kris Vanhaecht, mevr. Eva Van Gerven, prof. dr. Walter Sermeus, prof. dr. Lode Godderis. Katholieke Universiteit Leuven (2012).

¹¹⁹ Sondage burnout : « La pression administrative est un facteur d'irritation chez le médecin ». Journal du Médecin, 20.04.2017.

¹²⁰ Sinsky, 2016.

traitement: il s'agit plutôt de la facturation et des données épidémiologiques et de performance de l'hôpital.

Nos ministres du Travail (Kris PEETERS, CD&V), des Affaires sociales et de la Santé publique (Maggie DE BLOCK, Open Vld) et le vice-premier ministre et ministre de la Coopération au développement, de l'Agenda numérique, des Télécommunications et de la Poste (Alexander DE CROO, Open Vld) sont-ils conscients de cette situation et des dangers qu'elle implique? Si oui, vont-ils en tenir compte?

L'OCDE¹²¹ n'a pas pu établir de lien entre le nombre d'heures prestées par an et l'incidence du burn-out. Avec 1 541 heures par an, le score du Belge moyen est sensiblement inférieur à la moyenne de l'OCDE de 1 766 heures/an et à celle de la Suède qui est de 1 612 heures/an, mais il est supérieur à la moyenne des Pays-Bas qui est de 1 419 heures/an¹²².

En 2017, 400 000 Belges ont reçu une allocation de l'INAMI pour indisponibilité professionnelle, ce qui représente environ 7,1 milliards d'euros. 7% d'entre eux, soit environ 28 000 personnes, étaient en burn-out. Ensuite, 15 % ou +/- 60 000 personnes étaient en dépression. Début 2018, l'Agence fédérale des Risques professionnels a lancé un projet pilote dans les secteurs les plus lourdement touchés (soins de santé, banques et assurances) où les employés font l'objet d'un suivi individualisé. Mais quid des médecins en formation qui ont un statut sui generis ? Il revient notamment au GBS de donner aux politiques son point de vue en la matière.

4.5 Double cohorte et AR 78¹²³

D'après le rapport annuel 2016 de la Commission de planification – offre médicale¹²⁴, la Belgique compte 61 899 médecins habilités à exercer leur profession dont 52 694 sont domiciliés en Belgique. Ils représentent respectivement 11,8 % des professions de santé domiciliées en Belgique et en dehors, et 10,8 % des professions de santé domiciliées en Belgique uniquement. 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, annonçait une réforme en profondeur de l'A.R. 78^{125,126}. Les participants se souviennent certainement de la marguerite dont le centre est le patient autour duquel gravitent les pétales que forment les professions de soins de santé. Les médecins étaient un de ces nombreux petits pétales.

Dans cette perspective, une loi-cadre relative à l'exercice des professions de soins de santé ainsi qu'une loi relative à la qualité des prestations ont été élaborées. Les discussions menées avec les différents acteurs concernés sur « l'avant-projet de loi relatif aux pratiques de qualité dans le domaine des soins de santé » sont actuellement en cours. Les 10,8 % de médecins devront faire face au 89,2 % de professions de soins qui rêvent (presque) toutes de pratique professionnelle autonome. Notre ministre souhaite renverser le quasi-monopole du médecin prescripteur omniscient. Pour autant que la profession médicale ne soit pas envoyée au casse-pipe !

¹²¹ L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques.

¹²² Source OECD 2017 Hours workload

¹²³ Soit l'A.R. du 10.05.2015 portant coordination de l'A.R. 78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé (M.B. 18.06.2015).

¹²⁴ *Rapport annuel 2016 de la Commission de planification – offre médicale. Suivi de la planification de l'offre médicale en Belgique*, Cellule Planification des professions de soins de santé, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2017.

¹²⁵ « Hervorming KB 78 uit de startbokken ». Artsenkrant 07.10.2016.

¹²⁶ « AR78 : lancement des festivités ». Journal du Médecin, 02.10.2016.

	Domiciliés en Belgique et en dehors	Domiciliés en Belgique
Médecins habilités à exercer leur profession	61 899	52 694
Dentistes habilités à exercer leur profession	11 066	9 650
(Stomatologues ¹²⁷)	(388)	(357)
Kinésithérapeutes	38 737	33 438
Infirmiers	198 030	186 291
Sages-femmes	11 808	10 969
Aides-soignants	124 111	118 761
Pharmaciens	20 696	19 618
Paramédicaux	58 729	56 433
Assistant pharmaceutico-techniques	11 505	11 355
Diététiciens	5 195	5 027
Ergothérapeutes	10 350	9 996
Audiciens	1 658	1 588
Audiologues	1 055	1 033
Orthoptistes	146	125
Logopèdes	15 065	13 876
Technologues imagerie médicale	2 602	2 416
Technologues laboratoires médicaux	10 548	10 452
NOMBRE TOTAL PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ	524 471	487 289

Source : Statistiques annuelles 2016 des professionnels des soins de santé en Belgique

Tableau 4

(http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2016_fr_0.pdf)

Les chiffres du SPF Santé publique ci-dessus (Tableau 4) diffèrent des chiffres de l'INAMI parce que, en ce qui concerne les médecins, l'INAMI ne tient compte que des médecins qui attestent au moins 2 prestations par an. Depuis des années, mes rapports annuels suivent de très près les derniers chiffres disponibles, parce que j'utilise les statistiques au 1er février de l'année issues du groupe de direction de l'accréditation de l'INAMI.

¹²⁷ En Belgique, la stomatologie est considérée comme une spécialité médicale, alors que dans les données européennes les stomatologues sont considérés comme des dentistes. Dans le tableau présenté, les stomatologues sont, selon la législation belge, repris parmi les médecins spécialistes. Ils sont donc indiqués entre parenthèse dans le tableau, mais ne sont pas additionnés dans le total pour éviter d'être comptabilisés deux fois.

Comparaison du nombre de médecins 01.02.2017 - 01.02.2018

		2018	2017	Différence 2017-2018
1	Généralistes en formation 005-006	1 339	1 192	+12,33
2	Oncologie médicale	287	266	+7,89
3	Médecins spécialistes en formation (MSF)	5 201	4 918	+5,75
4	Médecine aiguë et médecine d'urgence	979	926	+5,72
5	Neurochirurgie	242	231	+4,76
6	Rhumatologie	258	247	+4,45
7	Anesthésie	2 310	2 226	+3,77
8	Gériatrie	326	315	+3,49
9	Stomatologie	360	349	+3,15
10	Neurologie	620	602	+2,99
11	TOTAL SPÉCIALISTES AGRÉES + MSF	31 588	30 753	+2,72
12	Urologie	475	463	+2,59
13	TOTAL MÉDECINS	51 285	50 034	+2,50
14	Médecine phys. et physiothérapie	559	546	+2,38
15	Pneumologie	597	584	+2,23
16	Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1 838	1 799	+2,17
17	Médecins 000 & 009	1 982	1 940	+2,16
18	TOTAL NON-SPÉCIALISTES	19 697	19 281	+2,16
19	Psychiatrie	2.095	2 051	+2,15
20	TOTAL SPÉCIALISTES AGRÉES	26 387	25 835	+2,14
21	Orthopédie	1.158	1.135	+2,03
22	Gastro-entérologie	758	743	+2,02
23	O.R.L.	733	719	+1,95
24	Ophtalmologie	1.216	1.193	+1,93
25	Radiologie	1.820	1.786	+1,90
26	Dermatovénérologie	818	803	+1,87
27	Gynécologie-obstétrique	1.649	1.619	+1,85
28	Médecine nucléaire	337	331	+1,81
29	Radiothérapie	231	227	+1,76
30	Médecine interne. +diabét.-endocrin.	1.704	1.675	+1,73
31	Généralistes agréés 003-004-007-008	14 967	14 716	+1,71
32	Chirurgie	1 609	1 584	+1,58
33	Cardiologie	1 210	1 193	+1,42
34	Chirurgie plastique	301	297	+1,35
35	Anatomie pathologique	364	364	0
36	Biologie clinique	626	629	-0,48
37	Médecine générale 001-002	1 409	1 433	-1,67
38	Pharmaciens biologistes	657	671	-2,09
39	Autres spécialités	60	62	-3,23
40	Neuropsychiatrie	190	199	-4,52

Source: Groupe de direction de l'accréditation INAMI 19.01.2018 et rapport annuel 2016 du GBS (04.02.2017)

Tableau 5

Si nous comparons les chiffres INAMI du 01.02.2018 à ceux du 01.02.2017 (cf. tableau 5), on constate que l'augmentation la plus forte en pourcentage est de + 12,33 % pour les généralistes en formation contre la lente augmentation de 1,71 % pour les généralistes agréés. L'augmentation des médecins spécialistes en formation est de 5,75 % contre une augmentation plus lente de 2,14 % pour les spécialistes agréés. La population globale de médecins actifs augmente de 2,50 % et passe de 50 034 à 51 285. Parmi les 12 groupes qui enregistrent les plus fortes augmentations, on retrouve les oncologues médicaux (+ 7,89 %) et les urgentistes (+ 5,72 %). Il s'agit de spécialités relativement jeunes. Les rhumatologues qui attendaient en vain du sang neuf depuis des années, progressent aujourd'hui avec

11 nouveaux collègues agréés (+ 4,45 %). Les neuropsychiatres n'ont pas de nouveau collègue depuis que le titre professionnel a été scindé en deux titres distincts, neurologie¹²⁸ et psychiatrie¹²⁹.

On notera l'augmentation continue du nombre de médecins 000-¹³⁰ et 009¹³¹. Ceux-ci ne déploient guère d'activités cliniques qui relèvent de la nomenclature des prestations de santé remboursées dans le cadre de l'INAMI. Entre 2013 et 2018¹³², leur nombre est passé de 1 478 à 1 982 soit + 34,1 % ou en moyenne + 6,1 % par an. Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des généralistes suppose qu'il s'agit de médecins étrangers qui, dans le cadre d'une collaboration médico-scientifique avec des pays non-membres de l'Union européenne, « peuvent suivre en Belgique une formation clinique limitée dans certaines aspects de la médecine »¹³³. Ce sont surtout certaines universités francophones qui utilisent cette méthode: elle concerne les dénommés « fellows » ou « médecins visiteurs ». Dans l'avant-projet de loi relatif à une pratique médicale de qualité, la ministre DE BLOCK prévoit un test de connaissances de la langue de la région dans laquelle le médecin veut s'installer, comme elle l'a laissé entendre dans une interview¹³⁴. Le visa est obligatoirement accompagné d'un portfolio et d'une carte d'identité professionnelle électroniques.

2018 sera l'année de la double cohorte. En tant que conseiller des questions médicales et chef de projet de la réforme de la législation et de l'exercice des professions de soins de santé au cabinet de la ministre DE BLOCK, le Pr Dr Koen VANDEWOUDE a proposé au Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes en date du 12.10.2017 son « Livre vert »¹³⁵ sur le financement et la programmation des stages pour les médecins dans le cadre de la double cohorte 2018-2024. La proposition a été jugée trop prématurée et pour diverses raisons elle a été froidement accueillie, principalement du côté des membres généralistes au Conseil supérieur. Afin de maîtriser la double cohorte, l'obligation des généralistes en formation de suivre 6 mois de stage hospitalier a entre autres été levée pour la période allant de 2018 à 2024 inclus¹³⁶. La commission d'agrément flamande a fait savoir qu'elle n'acceptait pas cette décision. De plus, tant aux généralistes en formation¹³⁷ qu'aux spécialistes en formation¹³⁸, l'option d'une formation à temps partiel est offerte, avec un taux d'activité minimal de 50 %. Accepter une formation à mi-temps, sans limitation du nombre d'années autorisée pendant le cycle, a semblé inacceptable aux membres du Conseil supérieur. Ces deux nouveautés suscitent donc beaucoup d'oppositions. Pourtant, ces points du « Livre vert » ont été repris intégralement dans les arrêtés ministériels du 06.10.2017 parce qu'ils avaient déjà été évoqués au Conseil supérieur le 22.02.2017. Le Conseil supérieur doit seulement rendre un avis. Le ministre n'est pas obligé de suivre ce point de vue, qu'il diverge ou pas. Il revient à chaque commission d'agrément d'estimer si le plan de stage introduit par le généraliste ou le spécialiste en formation remplit les exigences de la formation spécifique. Par exemple, suivre une formation à mi-temps pendant 12 ans en chirurgie ou en gynécologie n'est sans

¹²⁸ A.M. du 29.07.1987 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins-spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la neurologie et de la psychiatrie. Abrogé concernant la psychiatrie par l'A.M. du 03.01.2002.

¹²⁹ A.M. du 03.01.2002 fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte et des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile (M.B. 21.02.2002).

¹³⁰ Médecins inscrits après 31.12.2004.

¹³¹ Médecins inscrits après 01.01.1995 et 31.12.2004.

¹³² Cf. tableaux sur l'accréditation, rapport annuels du GBS de 2013 à 2016.

¹³³ Articles 145 et 146 de l'A.R. du 10.05.2015 portant coordination de l'A.R. du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé (M.B. 18.06.2015).

¹³⁴ « Niemand weet alles, dat is het begin van alle wijsheid ». Artsenkrant, 15.12.2017. "Personne ne sait tout, c'est le début de la sagesse". Journal du Médecin, 15.12.2017.

¹³⁵ Livre vert pour le financement et la programmation des stages pour les médecins. Double cohorte 2018-2024. vers une solution intégrée pour la double cohorte, la capacité en stages ainsi que le financement et le contrôle de la qualité des stages proposés aux médecins. Octobre 2017.

¹³⁶ Article 2 et 3 de l'A.M. du 06.10.2017 modifiant l'arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (M.B. 31.10.2017)

¹³⁷ Articles de l'A.M. du 06.10.2017 modifiant l'arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (M.B. 31.10.2017)

¹³⁸ Article 4 de l'A.M. du 06.10.2017 modifiant l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (M.B. 31.10.2017).

doute pas vraiment opportun. De plus, cela n'est pas non plus intéressant pour les médecins spécialistes en formation concernés : une formation à mi-temps signifie un demi-salaire et des années perdues dans la constitution d'un plan pension, avec à la clé un montant de pension encore plus faible qu'aujourd'hui. Par contre, le Conseil supérieur n'a pas émis d'objections pour une formation à temps partiel ou à mi-temps pendant un nombre limité d'années. Les médecins en formation en sont même demandeurs.

Le « Livre vert » donne des idées concrètes pour le financement de la double cohorte. On propose de créer une structure interadministrative impliquant le Service Public Fédéral de la Santé publique et l'Institut National de l'Assurance Maladie Invalidité pour régler le financement. Aujourd'hui, des moyens financiers sont déjà disponibles, ils sont issus de la partie B7A du budget des moyens financiers destinés aux hôpitaux universitaires (par assistant et par maître de stage). Il existe aussi des honoraires pour l'aide opératoire et depuis l'accord médico-mutualiste du 22.12.2015 pour les années 2016 et 2017¹³⁹, 10 millions d'euros ont été budgétisés pour les maîtres de stage des hôpitaux non universitaires. Ces montants doivent être complétés par des moyens issus de l'INAMI. Le « Livre vert » le justifie parce qu'une bonne formation des médecins, conforme aux standards de qualité, est garante de la stabilité financière du système de l'assurance maladie obligatoire. Le « Livre vert » propose de distribuer des vouchers aux médecins en formation. Après avoir évalué leur maître de stage, ils peuvent lui remettre ces vouchers. Le maître de stage peut ensuite les encaisser. Les hôpitaux s'opposent énergiquement à ce système parce qu'il impliquerait un préfinancement. Pour les maîtres de stage agréés, cela signifierait une prolongation de l'actuel système de rémunération des médecins en formation, étant entendu qu'ils récupèreraient a posteriori le salaire payé.

La structure interadministrative pour la formation des médecins spécialistes doit rigoureusement collaborer avec la Commission de planification et le Conseil supérieur. Cette structure ne prendra pas la même forme que celle des généralistes où l'asbl Sui et l'asbl CCFFMG¹⁴⁰ supervisent ou sous-traitent le suivi des stages, les services de garde et l'administration salariale qui va de pair. Ces deux organisations sont quasi totalement aux mains des universités. Le GBS et l'ABSyM refusent de tomber dans le même piège. Les spécialistes souhaitent rester étroitement impliqués dans la formation. Pour les années 2016 et 2017, le montant de 10 millions d'euros doit être réparti en fonction des conventions conclues à la commission nationale médico-mutualiste mais pas encore publiées.

Il est question de 1 510,57 euros d'indemnité par mois d'accompagnement de stage effectif par maître de stage pour les années de référence 2016 et 2017¹⁴¹. Pour les années suivantes, à partir de 2018, on basculera vers le nouveau système. La double cohorte fera aussi augmenter temporairement le nombre de maître de stage.

4.6 Numerus Clausus

Le 08.09.2017 fut un moment historique puisque les francophones ont organisé leur premier examen d'entrée en médecine et dentisterie. La presse francophone avait prêté toutes sortes de scénarios catastrophe cette semaine-là. En trois éditions, le journal Le Soir a dépeint la ruine de la médecine générale au sud de la frontière linguistique¹⁴². Le journal prévoyait que cet examen d'entrée mettrait en compétition 4 500 candidats. Ce chiffre a été relayé par la presse médicale¹⁴³. Sur les 4 080 candidats inscrits, 3 473 se sont présentés au palais 5 du Heysel le 08.09.2017¹⁴⁴. Si on inclut les 57 non-résidents,

¹³⁹ Point 4.2.10. de l'accord médico-mutualiste conclu le 22.12.2015 pour les années 2016-2017. Ce point est repris dans les accords du 27.03.2017 et du 18.12.2017.

¹⁴⁰ Centre de coordination francophone pour la formation de médecins généralistes.

¹⁴¹ Note CNMM 2017/60 10.07.2017 Attribution et répartition du budget de 10 millions d'euros pour les maîtres de stage des médecins spécialistes en formation en milieu non universitaire.

¹⁴² « Moitié moins de généralistes dans vingt ans ». Le Soir, 04.09.2017.

¹⁴³ "Rampscenarij's voor de Franstalige huisartsgeneeskunde". Artsenkrant, 08.09.2017. « Scénarios-catastrophes pour la médecine générale ». Le Journal du Médecin, 08.09.2017.

¹⁴⁴ « Toubib or not toubib ». L'Echo, 09.09.2017.

641 candidats ont réussi l'examen, soit 18,46 %. Ce sont 34 candidats de plus que les 607 fixés pour la partie francophone du pays par l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale pour l'année 2023 (cf. tableau 6 ci-dessous).

Nombre maximum médecins spécialistes en formation attestés

	Belgique	Flandre	Communauté française
2008-2011	757	454	303
2012	890	534	356
2013	975	585	390
2014	1 025	615	410
2015-2017	1 230	738	492
2018	2 460	1 476	984
2019-2021	1 230	738	492
2023	1 445	838	607

Source : A.R. du 12.06.2008, modifié par les A.R. des 07.05.2010, 01.09.2012, 30.08.2015, 22.06.2017 et 31.07.2017 Tableau 6

Ce faible taux de réussite a suscité des commentaires. La ministre Maggie DE BLOCK a estimé que l'examen avait été efficace. Les organisations d'étudiants ont estimé quant à elles que cet examen prouve surtout que l'enseignement secondaire wallon n'est pas à niveau et qu'il faut donc avoir des parents riches pour pouvoir aller dans une école secondaire renommée ou suivre des cours préparatoires¹⁴⁵.

Les médias francophones parlent pratiquement tous les jours des protestations et des recours contre l'examen d'entrée. Le 20.10.2017, le cdH, Défi, le PS et Ecolo ont déposé une motion en conflit d'intérêt au Parlement bruxellois francophone, contre un projet de loi qui fixera dans le futur le quota par loi. La Commission de planification calculera le nombre de médecins dont la Belgique a besoin et la Cour des Comptes déterminera une clé de répartition pour fixer les quotas des deux Communautés¹⁴⁶. Un des arguments du cdH est que la Commission de planification n'a pas utilisé une méthodologie scientifique et que la ministre fédérale Maggie DE BLOCK se laisse influencer par la NV-A en matière d'offre médicale, au préjudice des soins de santé des francophones¹⁴⁷. Sa collègue, la députée Catherine FONCK voit tout sur le mode communautaire. Elle accuse les Flamands de faire du mal aux francophones pour le plaisir de leur faire mal¹⁴⁸. La motion en conflit d'intérêt déposée par la Cocof¹⁴⁹ aura pour seul effet celui de ralentir la mise en pratique de la loi.

Entre-temps, après avoir organisé un examen d'entrée pendant 20 ans, la Flandre a décidé de le remplacer par un concours d'entrée comparable à celui qui a toujours existé en France. Seuls les 1 102 meilleurs pourront entamer leurs études de médecine. La Flandre organisera des examens séparés pour les médecins et pour les dentistes et ce, une seule fois par an. Le numerus clausus deviendra un numerus fixus¹⁵⁰. La première édition de ce concours d'entrée aura lieu le 03.07.2018 pour les médecins et le 04.07.2018 pour les dentistes. Il ne peut y avoir qu'une seule session dans le cadre du numerus fixus¹⁵¹. On note qu'aujourd'hui la Communauté Française a décidé d'organiser deux sessions pour l'examen d'entrée de 2018 : la première le 06.07.2018 et la seconde le 05.09.2018¹⁵².

¹⁴⁵ « Le faible taux de réussite en médecine attise des polémiques ». La Libre Belgique, 18.09.2017.

¹⁴⁶ "Franstaligen zetten nieuwe wetgeving RIZIV-nummers on hold". Artsenkrant, 10.10.2017.

¹⁴⁷ « Le CDH dépose une motion en conflit d'intérêts. Quotas INAMI ». Le Soir, 23.09.2017.

¹⁴⁸ « Faire mal aux francophones pour le plaisir de leur faire mal ». Le Soir, 07.10.2017.

¹⁴⁹ La Commission communautaire française reprend les compétences communautaires qui, dans la Région de Bruxelles-capital, reviennent à la Communauté française: culture, enseignement, santé publique et bien-être social.

¹⁵⁰ "Enkel beste studenten mogen nog beginnen aan opleiding arts en tandarts". Het Laatste Nieuws. 07.10.2017.

¹⁵¹ "Vergelijkend toegangsexamen toegankelijk en fair". Artsenkrant 12.01.2018.

¹⁵² « Examen d'entrée en médecine: les étudiants auront deux chances ». La Libre Belgique, 24.01.2018.

Les autorités fédérales n'ont pas leur mot à dire sur la répartition du nombre global de médecins mais elles communiquent les chiffres de la Commission de planification à titre d'information en complément dans l'A.R. du 23.07.2017¹⁵³

	Comm. Fl.	Comm. Fr.	Tot.
Médecine générale	362	266	628
Psychiatrie (3 titres)	36	27	63
Médecine aigüe et d'urgence	43	38	81
Gériatrie	25	15	40
Rhumatologie	11	9	20
Biologie clinique	12	8	20
Anatomie pathologique	9	6	15
Ophtalmologie	22	14	36
Otorhinolaryngologie	12	8	20
Dermatovénérologie	9	9	18
Médecine interne	45	35	80
Cardiologie	12	8	20
Gastro-entérologie	15	8	23
Pneumologie	10	6	16
Médecine physique et réhabilitation	11	7	18
Oncologie	7	7	14
Anesthésie-réanimation	50	35	85
Médecine plastique	5	3	8
Neurochirurgie	4	3	7
Stomatologie	6	3	9
Médecine orthopédique	15	10	25
Urologie	10	5	15
Médecine nucléaire	6	5	11
Neuropsychiatrie et Neurologie	24	15	39
Gynécologie-obstétrique	19	15	34
Pédiatrie	20	15	35
Radiothérapie-oncologie	3	2	5
Radiodiagnostic	15	10	25
Chirurgie	20	15	35
QUOTA FÉDÉRAL	838	607	1445

Source: A.R. 31.07.2017

Tableau 7

Il importe que le Moniteur belge communique l'opinion des membres de la Commission, à savoir: "... que le contingentement de l'accès aux titres professionnels en Belgique ne peut continuer à exister que si dans le même temps, une réglementation est élaborée pour contenir l'afflux de médecins formés à l'étranger." Sinon, tout le travail accompli n'aura servi à rien.

4.7 Euthanasie

Dans son septième rapport aux Chambres législatives¹⁵⁴, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie a examiné les documents d'enregistrement des euthanasies pratiquées entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2015. Les chiffres de la période 2016-2017 ne sont pas encore disponibles.

¹⁵³ A.R. du 31.07.2017 modifiant l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. 10.08.2017; Ed. 1).

¹⁵⁴ <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-rapport-euthanasie-2016>

En 2014, 1 928 déclarations ont été reçues et en 2015, 2 022. +/- 80 % de ces déclarations provenaient de Flandre (cf. tableau 8).

Nombre d'euthanasie pratiquées en Belgique

Année	Nombre total	Flandrands	Francophones	% Francophones
2002	24	17	7	29,2
2003	235	199	36	15,3
2004	349	304	45	12,9
2005	393	332	61	15,5
2006	429	340	89	20,7
2007	495	412	83	16,8
2008	704	578	126	17,9
2009	822	656	166	20,2
2010	953	809	144	15,1
2011	1 133	918	215	19,0
2012	1 432	1 156	276	19,3
2013	1 807	1 454	353	19,5
2014	1 928	1 523	405	21,0
2015	2 022	1 629	393	19,4
Total	12 726	10 327	2 399	18,9

Source: rapports de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, entre autres « Septième rapport aux chambres législatives, années 2014-2015 » Tableau 8

62,9 % des patients euthanasiés étaient âgés de plus de 70 ans. Aucune euthanasie n'a été pratiquée pour des patients âgés de moins de 18 ans. Les hommes et les femmes sont également représentés et le plus souvent, l'euthanasie a été pratiquée à domicile.

Dans 67,7 % des cas (2 675 personnes), l'une ou l'autre forme de cancer était à la base de la demande d'euthanasie. Le décès des patients était généralement prévisible à brève échéance. La polyopathie est la deuxième cause de demande avec un taux de 9,7 % des cas (685 personnes). Les demandes sur la base de troubles mentaux et comportementaux arrivent en 5^e place et représentent 3 % des cas (124 personnes). Pour ces deux derniers groupes, le décès n'était pas prévu à brève échéance.

Citons un extrait du rapport qui a été approuvé à l'unanimité le 09.08.2016 : « *La Commission confirme ses avis antérieurs selon lesquels l'application de la loi n'a pas donné lieu à des difficultés majeures ou à des abus qui nécessiteraient des initiatives législatives.* »

Cependant, en 2017, ce sont les patients psychiatriques qui ont retenu l'attention alors qu'en 2016, c'étaient surtout les cas de polyopathie. À l'époque, de grosses inquiétudes surgissent induites par des affirmations sur les conditions de vie pénibles dans certaines maisons de repos : tels furent les propos du président des Mutualités Chrétiennes (MC), Luc VAN GORP qui a lié l'euthanasie à la qualité de vie¹⁵⁵.

Aujourd'hui, cela fait 15 ans que la loi relative à l'euthanasie est entrée en vigueur en Belgique¹⁵⁶. Elle n'a encore jamais été réévaluée. Si on le questionne à ce sujet¹⁵⁷, le Pr Dr Wim DISTELMANS¹⁵⁸, président de la Commission d'euthanasie et aussi président du Leif, forum d'information très orienté vers la fin de vie¹⁵⁹, fait immédiatement la grimace. Fin 2017, un des membres de la commission d'euthanasie a démissionné parce qu'il était en désaccord avec la décision de ne pas envoyer un dossier au Procureur du Roi concernant l'euthanasie pratiquée sur une femme atteinte de démence. Il estimait que le dossier

¹⁵⁵ "Vroeger was doodgaan gratis". De Standaard, 26.08.2016.

¹⁵⁶ Loi du 28.05.2002 relative à l'euthanasie (M.B.. 22.06.2002).

¹⁵⁷ "Eerst de wet evalueren zoals ze nu wordt toegepast". Kamerlid Els Van Hoof in de Kamer. De Standaard, 16.11.2016.

¹⁵⁸ "Zindelijke vragen graag". De Standaard, 18.11.2016 en: "Formulier invullen volstaat niet". De Standaard, 17.01.2017.

¹⁵⁹ Levensende informatie forum.

ne remplissait pas les conditions fondamentales de la loi. Il n'a pas été soutenu par une majorité de 2/3 des votants : le dossier n'a donc pas été transmis à la Cour de Justice et a été classé sans suite^{160,161}.

Le lobby de l'euthanasie l'emporte sur ce groupe de la population qui considère que l'autonomie absolue est subordonnée à la valeur de la vie et de l'environnement social. L'euthanasie est un sujet qui s'est banalisé dans l'opinion publique. Mais pas pour les médecins qui la pratiquent en toute conscience en respectant la déontologie de leur profession. Il se peut que ce débat n'existe plus dans les prochaines années. En ce début d'année 2018, nous avons lu dans les médias, entre vœux de bonne santé et souhaits de bonne année, que la possibilité d'achat groupé d'une pilule du suicide¹⁶² est pour bientôt : il s'agirait donc d'une sorte de ristourne en cas d'euthanasie comme l'a affirmé un autre journal sans vraiment connaître le sujet¹⁶³. Cette sorte de self-service du suicide mettra-t-il un terme aux débats sur l'opposition croissante contre l'euthanasie dans des cas de souffrance psychique et de démence^{164,165}, de sédation palliative¹⁶⁶, de fatigue de vivre¹⁶⁷ ou pour mettre un terme à une polyopathie ? Et cela fera-t-il cesser la guéguerre entre les Frères de la charité et le Vatican sur l'autorisation d'euthanasie dans leurs hôpitaux psychiatriques¹⁶⁸? Cela pourrait même être bénéfique pour la formation des médecins: le distributeur de la « pilule miracle » pourrait convenir avec les doyens des facultés de médecine du lieu et du moment du suicide de quelqu'un.

Sous la plume du Prof Luc DELIENS, sociologue médical à la VUB, la Koninklijke Academie voor Geneeskunde de Belgique (KAGB) a suggéré qu'avant d'être agréés, les médecins devraient assister à la mort de quelqu'un¹⁶⁹.

Trêve de mauvaise plaisanterie : conscients que de tels articles paraissent dans les médias surtout en période creuse (août-fin septembre – début janvier), les médecins et les éthiciens doivent être les premiers à savoir quelle direction prendre. Les éthiciens sont toujours en retard sur les évolutions très rapides des sciences. Bientôt, les médecins connaîtront le génome des fœtus avant leur naissance de même que celui de leurs parents. Les psychiatres seront-ils les seuls à être encore utiles pour soutenir les parents devenus hystériques, dépressifs ou psychotiques à la suite de l'annonce des dysfonctionnements physiques ou psychiques dont leur progéniture ou eux-mêmes seront atteints dans le futur ? Ou bien, après avoir distingué les bons profils génétiques des mauvais via un système d'analyse de biologie moléculaire totalement automatisé et une application internet¹⁷⁰, les généticiens cliniques se chargeront-ils du devoir d'information qui pesait sur les épaules des gynécologues? Les éthiciens et les médecins résisteront-ils à la pression de l'environnement social et des assureurs qui veulent réaliser les économies énormes qui d'après certains, sont à portée de main en début et en fin de vie ?

Nous pourrions présenter ces questions au président de la Chambre actuel Siegfried BRACKE. En 1999, il était encore une star du journalisme à la VRT. À l'époque, le GBS et l'ABSyM s'étaient prononcés contre l'imminente loi relative à l'euthanasie. Il n'avait qu'une question à poser au soussigné pour son interview éclair : « *Est-il vrai que les médecins s'opposent à la loi relative à l'euthanasie parce qu'il n'est plus possible d'envoyer des factures à un défunt ?* »¹⁷¹ Depuis lors, celui qui avait posé cette question triviale est devenu le premier citoyen du pays. Le débat politique sur la restriction, l'élargissement ou autre, de la loi sur l'euthanasie ne risque pas d'être plus serein.

¹⁶⁰ « Un cas d'arrêt actif de vie secoue la commission de contrôle de l'euthanasie ». La Libre Belgique, 05.01.2018.

¹⁶¹ « Clash et démission au sein de la Commission fédérale de contrôle de l'euthanasie ». Journal du Médecin, 12.01.2018.

¹⁶² "Groepsaankoop voor zelfdodingspil". De Morgen, 02.01.2018.

¹⁶³ "Nu ook groepsaankoop voor ... euthanasie". Het Laatste Nieuws, 02.01.2018.

¹⁶⁴ "In de geep van de euthanasielobby". De Standaard, 27.12.2017.

¹⁶⁵ "Verzet tegen euthanasie bij psychisch lijden neemt toe". De Morgen, 09.01.2018.

¹⁶⁶ "Palliatieve sedatie moet uit de schemerzone". De Morgen, 30.12.2017.

¹⁶⁷ "Euthanasie bij levensmoeheid komt er. Gegarandeerd". Prof. Etienne Vermeersch in De Morgen, 19.08.2017.

¹⁶⁸ "Vaticaan kapittelt Belgische Broeders van Liefde". De Tijd, 09.08.2017.

¹⁶⁹ "Wie arts wil worden, moet een mens zien sterven". De Standaard, 04.10.2017.

¹⁷⁰ "Web platform vs in-person genetic counselor for return of carrier results from exome sequencing". Barbara B. Biesecker; Katie L. Lewis, et al. . Jama, January 22, 2018.

¹⁷¹ « Aujourdhui, des économies sans fin et demain, Soyent Green ? ». Rapport annuel 2005 du GBS, 04.02.2006, pag. 14-16.

4.8 Protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale: d'une mauvaise surprise à l'autre...

4.8.1 Petit retour en juin 2014

En 2014, le rapport annuel du GBS¹⁷² parlait déjà du protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale qui avait été conclu et publié après de longues négociations en 2014¹⁷³.

C'est un accord très vaste : il prévoit une extension du nombre d'appareils IRM (12 de plus) et d'appareils PET (12 de plus également, avec une capacité supplémentaire pour les appareils universitaires utilisés dans le cadre des recherches scientifiques). L'accord comprend aussi des engagements en vertu desquels l'installation et l'exploitation d'appareils non agréés deviennent impossibles compte tenu d'un registre national de « l'appareillage médical lourd », d'une politique de contrôle stricte et de la mise en place d'un moratoire sur les nouveaux appareils.

En 2015, M. VANDEURZEN, le ministre flamand compétent à l'époque, donnait son accord pour l'agrément de 7 appareils IRM supplémentaires en Flandre malgré les objections des associations hospitalières qui avaient été mises hors-jeu. Les procédures juridiques qu'elles ont lancées contre ces agréments étaient toujours en cours en 2017.

En 2016, le cadastre de l'appareillage médical lourd a permis de découvrir que sur le territoire belge, pas moins de 17 appareils IRM étaient opérationnels sans disposer des autorisations nécessaires.

Au lieu de voir le parc IRM s'élargir avec 12 appareils supplémentaires, on assiste à la réduction de la capacité IRM avec 5 appareils désactivés : en effet, ce sont 12 nouveaux appareils « blancs » de plus pour 17 appareils « noirs » de moins ! Le corollaire de cette situation est que les chiffres de l'INAMI n'indiquent pas de glissement des examens CT vers les examens IRM. On reproche aux radiologues de ne pas avoir tenu parole car malgré « l'extension » du parc des caméras IRM, l'INAMI ne constate aucune diminution du nombre d'examens CT... . Pour cela, il faut réaliser un véritable élargissement de cette capacité qui contrebalance la réduction effectivement opérée : c'est ainsi qu'un protocole d'accord bis a vu le jour.

4.8.2 En 2017

Pour conclure ce protocole d'accord bis relatif à l'imagerie médicale, il a fallu venir à bout de plusieurs obstacles. L'un des plus importants était d'ordre financier : comment faire plus avec le même budget (si pas moins)? Face à ce défi extrêmement complexe, toutes les parties impliquées ont réfléchi à des solutions dans la plus grande discrétion. Un certain nombre de pistes ont été dégagées informellement.

Vers le milieu des vacances d'été, on a clairement compris que l'INAMI et le SPF Santé publique prenaient très au sérieux le cadastre de l'appareillage lourd et la politique de contrôle qui va de pair. Le 20.07.2017, à la veille de la fête nationale, certains hôpitaux ont découvert une surprise de taille dans leur boîte aux lettres.

L'INAMI avait notamment rédigé un certain nombre de procès-verbaux concernant les appareils non agréés. Il exigeait que les hôpitaux utilisant un appareil IRM non agréé remboursent un total de 13,4 millions d'euros. En effet, le cadastre de l'appareillage médical lourd avait contraint tous les hôpitaux de communiquer aux instances compétentes le nombre d'appareils IRM dont ils disposaient et ce, pour le 01.06.2016. L'INAMI a alors pu comptabiliser le nombre d'appareils non agréés sans la moindre difficulté, ce qu'il n'avait pu faire avant cette date, faute de preuves. Le remboursement réclamé à

¹⁷² « Le feu passe au bleu pour le changement ». Rapport annuel 2014 du GBS, Dr. M. Moens pages. 29 et suivantes.

¹⁷³ Protocolakkoord inzake de medische beeldvorming van 28.02.2014, getekend door 8 ministers (BS 20.06.2014; Ed. 4)

chaque hôpital s'est basé sur le rapport entre le nombre total d'appareils et le nombre d'appareils non agréés installés dans l'hôpital, reporté sur l'ensemble des honoraires des prestations facturées entre le 07.01.2015 et 2017. La date du 07.01.2015 avait été choisie par l'INAMI parce que c'était, en termes de rétroactivité, la date la plus éloignée qui soit légalement acceptable.

Dire que cette mesure n'a pas été applaudie par les intéressés est un euphémisme. C'est surtout la manière de procéder qui a été source de mécontentement. Le protocole d'accord avait été conclu pour remédier prospectivement à une situation qui s'était envenimée avec le temps. L'une des premières conséquences de cette décision a mené à l'effet inverse, à savoir l'utilisation rétrospective de l'accord pour sanctionner le secteur. Assurément parce que les hôpitaux concernés avaient mis les appareils incriminés hors service dès l'entrée en vigueur du protocole d'accord. Une réclamation de remboursement après le 01.06.2016 eut été plus logique et aurait mieux respecté l'esprit du protocole d'accord. À titre de comparaison, il y a quelques années, dans le cadre d'une transaction concernant les appareils PET non agréés, le remboursement d'un montant nettement inférieur avait été réclamé.

Comme je l'ai déjà signalé dans mon rapport annuel précédent, en 2016, une économie de 47,8 millions d'euros a été imposée au budget de l'imagerie médicale. Cette économie a été mise en œuvre en 2017 avec une non-indexation de 1,66 %, des prélèvements supplémentaires sur l'index restant de 0,83 %, des économies sur le duplex des membres, sur les échographies de l'abdomen et du cœur, une intervention sur le scanner des rochers et enfin, une économie considérable sur les scanners de simulation en radiothérapie.

4.8.3 Et en 2018?

Pour connaître les chiffres définitifs des dépenses de 2017, il faudra attendre juin 2018. Les chiffres que l'on connaît déjà n'annoncent pas une explosion de coûts. Tant le nombre d'examens que les dépenses des IRM augmentent plus vite que ceux des CT, mais toutes ces augmentations sont linéaires et sont inférieures à la hausse générale des dépenses médicales.

Le climat n'est pas particulièrement favorable à la poursuite des négociations sur l'élargissement du parc des appareils IRM. Nous constatons également que le nombre d'examens effectués continue à augmenter parce que certains appareils tournent au-delà des heures ouvrables, en soirée et pendant les weekends. Dès lors, il reste très difficile d'évaluer le besoin réel d'appareils IRM dans le futur, à l'échelle d'une semaine de travail normale.

Le conseil technique médical s'est réuni plusieurs fois en 2017 pour trouver une solution au sous-financement criant de la radiologie interventionnelle. Ce dossier est très complexe et implique plusieurs disciplines : les radiologues interventionnels, les neurologues, les cardiologues, les neurochirurgiens, les chirurgiens cardiaques. L'indemnisation des dispositifs médicaux tient aussi une place importante dans ce dossier. En ce début d'année 2018, il semble qu'une solution soit en cours d'élaboration.

Au sein du SPF Santé publique, la plateforme de concertation BELMIP¹⁷⁴ tourne à plein régime. Le déploiement de l'iGuide, l'outil d'aide active à la décision inspiré des recommandations de la European Society of Radiology, se poursuit. Au cours de 2018, un certain nombre d'hôpitaux entreront dans une phase pilote pour qu'en 2019, l'iGuide s'implante dans toute la Belgique.

¹⁷⁴ Belgian Medical Imaging Platform

5 Accord médico-mutualiste

5.1 Déroulement imprévu de l'accord du 22.12.2015 pour les années 2016-2017

Le 05.01.2017 et le 12.01.2017, le Kartel et l'ABSyM ont l'un et l'autre envoyé une lettre recommandée à Jo DE COCK, président de la commission nationale médico-mutualiste, pour lui notifier la dissolution de plein droit de l'accord du 22.12.2015 pour les années 2016 et 2017. L'économie que le gouvernement a imposée unilatéralement aux médecins avec le saut partiel de l'index se trouve à la base de cette dissolution. Parce que cette mesure a été décidée sans concertation, sur la base de l'article 16 de la loi-programme du 29.12.2016, le point 13.1.2.1 de l'accord a été invoqué¹⁷⁵. Au terme de nombreux palabres juridiques, l'accord a été dissout de plein droit.

La ministre DE BLOCK a compris la gravité de la situation. L'après-midi du vendredi 24.02.2017 à 17h, elle est venue avec son chef de cabinet, le Dr Bert WINNEN, pour persuader les membres de la médico-mut de remettre l'accord sur les rails, moyennant une série de concessions et de promesses¹⁷⁶. Dans le cadre des accords qu'elle a proposés à la médico-mut, mentionnons entre autres:

- L'implication du conseil des ministres lors de l'approbation d'un accord, y compris les accords financiers qu'il contient;
- L'adaptation de la procédure de vote au Comité de l'assurance;
- Un cadre plus stable pour les postes de garde des généralistes;
- Des mesures transitoires (pour les médecins plus âgés) dans le plan d'eSanté;
- Une recherche commune d'une structure de gouvernance des réseaux hospitaliers fiable.

L'ABSyM a pris acte de l'invitation à poursuivre la concertation mais elle a argumenté que cela n'était possible que dans le cadre d'un nouvel accord. Ainsi soit-il. Le 27.03.2017, en vertu de la promesse formelle de la ministre de réaliser les engagements de la convention cadre, un nouvel accord a été conclu pour la période du 27.03.2017 au 31.12.2017 inclus. Les dispositions de l'accord du 22.12.2015 qui n'ont pas été modifiées par le nouvel accord restent en vigueur jusqu'au 31.12.2017. Les points de l'accord du 22.12.2015 qui ont déjà été réalisés ne sont pas repris mais restent d'application. Le statut social pour l'année 2017 entière est acquis aux médecins qui ont adhéré partiellement ou totalement à l'accord du 22.12.2015 et au nouvel accord valable jusqu'à la fin de 2017.

5.2 Adhésion à l'accord du 27.03.2017

C'est en 2017 que pour la première fois, il a fallu communiquer un refus ou une adhésion partielle à l'accord médico-mutualiste exclusivement par voie électronique via l'application MyRiziv. Le module a fonctionné correctement mais certains collègues ont connu des difficultés d'ordre informatique si bien qu'ils n'ont pu notifier à temps leur refus ou leur adhésion partielle.

L'accord du 27.03.2017 a été publié au Moniteur belge le 12.04.2017. Légalement, les médecins avaient donc le temps de communiquer leur refus ou leur adhésion partielle jusqu'au 12.05.2017 inclus. En raison des problèmes techniques précités et pour donner à tous les médecins la possibilité de communiquer leur refus ou leur adhésion partielle, la période de notification a été prolongée jusqu'au 31.05.2017. La question qui se pose est de savoir si les médecins qui ont réagi pendant la période du 13.05.2017 au 31.05.2017 inclus ont bien été repris dans les chiffres de déconventionnement publiés.

¹⁷⁵ L'Accord est résolu de plein droit 30 jours après qu'une des situations suivantes se présente et conformément aux conditions du point 13.1.2.4.:

13.1.2.1. La publication au Moniteur belge de mesures d'économie fixées unilatéralement par le gouvernement par rapport au cadre budgétaire actuel excepté les économies et les mesures de correction mentionnées dans l'Accord.

13.1.2.4. Une organisation représentative qui souhaite invoquer la résolution de plein droit sur la base des situations précitées le notifie à la CNMM dans un délai de 15 jours après la constatation d'une des situations précitées.

¹⁷⁶ Doc CNMM 2017-06 annexe du 24.02.2017

Le site internet de l'INAMI indique clairement: « Conformément à la loi, nous publions les chiffres enregistrés le 12 mai 2017, soit 30 jours après la publication de l'Accord au Moniteur belge. »¹⁷⁷

Nous avons repris ces chiffres officiels dans notre tableau récapitulatif annuel (cf. tableau 9). Assez étonnamment, les chiffres de déconventionnement sont anormalement bas. Par exemple:

- Chirurgie plastique: « seulement » 48,47 % de déconventionnement le 12.05.2017, soit le taux de déconventionnement le plus faible et significativement inférieur à la moyenne de 61,08 % des 25 dernières années (58,98 % le 02.06.2017; cf. infra);
- Dermatologie: 59,75 % le 12.05.2017, soit le taux de déconventionnement le plus faible et significativement inférieur la moyenne de 64,46 % des 25 dernières années (68,54% le 02.06.2017);
- Taux de déconventionnement global: 14,00 % le 12.05.2017, soit le taux de déconventionnement le plus faible et significativement inférieur à la moyenne de 16,54% des 25 dernières années (15,93 % le 02.06.2017).

¹⁷⁷ Cf. site internet de l'INAMI: Nombre et pourcentages d'adhésion et de refus à l'accord médico-mutualiste 2017

EVOLUTION DES DECONVENTIONNEMENTS en % PAR DISCIPLINE 1993-2017

	02.06.2017*	12.05.2017**	22.12.2015	22.12.2014	23.01.2013	21.12.2011	13.12.2010	17.12.2008	20.12.2007	20.12.2005	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995
1 Méd. Spécialistes en formation (MSF)	0,30	0,24	0,21	0,24	0,46	0,26	0,39	0,27	0,32	0,08	0,43	0,22	0,27	0,62	0,48	0,63
2 Gériatrie	1,25	1,25	1,30	1,69	2,54	2,75	2,56									
3 Médecine aiguë et méd. d'urgence	1,48	1,28	1,66	2,15	2,46	2,53	2,74									
4 Biologie clinique	3,53	3,04	3,05	3,15	3,35	2,87	3,19	2,56	2,27	2,68	2,12	2,58	0,87	1,31	1,60	2,04
5 Oncologie	3,37	3,36	3,57	3,70	4,46	4,48	3,11									
6 Médecine interne + diabét.-endocrino	3,78	3,24	4,54	4,96	6,10	5,64	5,71	7,48	6,31	6,92	8,17	9,98	10,09	7,73	7,12	7,99
7 Radiothérapie	7,08	5,75	5,45	5,16	5,69	5,56	3,81	4,57	3,74	3,89	5,70	5,30	2,88	3,79	3,91	4,24
8 Médecine nucléaire	6,40	4,85	5,74	5,45	5,72	6,46	6,71	4,39	3,79	4,36	4,09	5,45	3,33	4,50	3,48	4,35
9 Pneumologie	7,08	6,03	7,22	7,16	7,72	7,65	6,87	6,68	5,91	5,16	6,34	7,21	5,92	5,08	5,69	7,43
10 Anatomie pathologique	9,07	7,44	7,74	6,71	7,06	6,82	6,33	6,62	3,81	4,85	4,30	4,76	4,72	3,75	5,02	6,51
11 Anesthésiologie	8,21	7,06	8,45	11,87	12,06	12,41	12,10	12,55	13,60	15,27	14,45	15,63	13,86	14,85	15,28	15,27
12 Neuropsychiatrie	12,57	10,99	9,80	10,19	13,18	13,93	14,91	14,59	12,50	12,85	16,77	16,85	16,15	17,01	16,02	16,03
13 Neurologie	11,59	9,78	11,02	10,25	11,62	12,82	9,94	7,74	4,42	4,81	6,73	7,57	5,30	4,10	4,27	3,33
14 Généralistes	10,80	9,74	11,46	11,41	12,13	12,11	12,32	13,01	12,49	13,59	15,91	15,78	11,85	14,62	13,88	15,68
15 Psychiatrie	11,99	9,88	11,80	11,15	12,17	11,78	12,18	13,58	11,92	13,20	9,62	9,87	12,08	17,25	12,95	15,02
16 Autres spécialités	13,33	11,67	12,31	13,04	9,57	9,80	7,89									
17 Pédiatrie + neurologie péd.	12,89	10,89	12,36	11,85	12,00	11,00	10,62	11,21	9,96	9,70	11,70	13,02	12,39	14,36	13,22	14,93
18 Gastro-entérologie	18,97	16,10	17,18	18,18	18,22	16,74	17,55	16,61	14,50	14,83	14,88	16,54	13,62	15,32	13,54	11,19
19 Chirurgie	18,25	15,36	19,66	19,56	20,51	22,02	21,46	19,78	16,46	18,28	18,65	18,67	16,37	17,18	16,18	16,50
20 Cardiologie	23,75	21,56	20,21	20,28	20,92	20,82	20,23	21,25	19,24	21,00	23,09	29,58	35,58	11,50	9,90	11,11
21 Rhumatologie	21,54	18,29	20,99	23,21	22,31	26,05	24,15	24,60	16,93	19,53	19,20	18,33	18,34	18,47	17,81	20,77
22 Neurochirurgie	26,72	22,94	26,70	26,24	28,85	26,37	25,39	24,35	20,74	22,03	20,78	23,45	20,16	22,22	25,22	22,41
23 Méd. physique et Physiothérapie	30,63	24,54	29,53	28,25	26,69	26,28	24,41	25,10	20,73	20,25	21,95	23,33	20,62	18,09	18,64	18,04
24 O.R.L.	31,71	26,25	30,53	30,60	31,38	32,40	31,09	29,68	27,12	27,84	26,87	27,51	26,17	28,94	27,90	26,94
25 Radiologie	32,84	30,64	31,41	31,14	32,77	34,73	35,42	32,96	29,40	30,95	25,58	32,90	10,64	10,53	10,07	11,41
26 Urologie	31,96	28,85	31,98	33,41	31,59	33,01	32,08	32,31	28,13	27,08	26,63	26,00	23,78	25,08	25,57	23,65
27 Stomatologie	39,71	34,29	40,63	41,18	39,76	40,73	40,79	39,74	37,70	35,08	39,40	35,97	36,39	33,78	32,20	37,14
28 Orthopédie	42,40	37,72	40,71	40,45	39,44	38,31	36,47	34,91	25,53	26,40	26,02	26,29	23,31	24,25	22,61	21,57
29 Gynécologie-obstétrique	48,85	41,45	49,24	49,58	51,25	51,73	50,70	50,31	40,46	41,60	43,12	43,36	42,22	44,93	40,37	43,69
30 Ophtalmologie	59,18	53,79	57,68	57,94	58,59	56,95	54,65	53,23	49,39	52,84	52,97	51,78	51,48	55,10	54,27	49,94
31 Chirurgie plastique	58,98	48,47	58,33	59,29	61,89	61,60	61,20	63,11	59,05	64,25	64,47	64,21	64,33	62,50	58,86	56,64
32 Dermatologie-vénérologie	68,54	59,75	69,01	67,96	70,00	68,87	66,35	63,87	59,72	61,57	62,87	62,64	59,45	65,40	63,09	61,54
Total: spécialistes + MSF	19,15	16,66	18,88	19,22	20,04	20,25	19,96	20,19	17,62	18,43	18,23	19,59	17,32	17,30	16,53	16,77
TOTAL GENERAL	15,93	14,00	16,00	16,17	16,90	17,10	16,87	17,22	15,48	16,36	17,19	17,91	15,02	16,08	15,30	16,27

Sources: *Chiffres au 02.06.2017 communiqués à la CNMM du 12.06.2017/ **Chiffres officiels INAMI au 12.05.2017 cf. site internet INAMI

Tableau 9

Le jeudi 15 juin 2017 à 17h53, les membres de la médico-mut ont reçu un mail de Monsieur Kris VAN DE VELDE, secrétaire de la médico-mut, comprenant un état des lieux au 02.06.2017 communiqué pendant la réunion de la médico-mut du 12.06.2017.

22 jours plus tard, le taux de déconventionnement global est brusquement passé de 14,00 % à 15,93 % (+ 13,8 %). Par exemple, le taux des généralistes passe de 9,74 % à 10,80 % (+ 10,9 %) ; celui des gynécologues passe de 41,45 % à 48,85 % (+ 17,9 %) et celui des chirurgiens plastiques passe même de 48,47 % à 58,98 % (+ 21,7 %). Comme nous l'écrivions déjà l'an dernier, le nombre de médecins enregistrés comme actifs à l'INAMI fluctue d'un jour à l'autre mais ces différences importantes doivent être imputées aux problèmes d'enregistrement rencontrés par plusieurs médecins. Espérons que pour les élections médicales qui auront lieu en juin 2018, aucun incident majeur ne se produise.

Comparaison déconventionnement par spécialité 12.05.2017 versus 02.06.2017

		02.06.17	12.05.17	Δ in %			02.06.17	12.05.17	Δ in %
1	Médecine nucléaire	6.40	4.85	32	18	Anesthésiologie	8.21	7.06	16,3
2	MSF	0.30	0.24	25	19	Biologie clinique	3.53	3.04	16,1
3	Méd. phy. et physioth.	30.63	24.54	24,8	20	Stomatologie	39.71	34.29	15,8
4	Radiothérapie	7.08	5.75	23,1	21	Méd. aiguë et d'urgence	1.48	1.28	15,6
5	Anatomie pathologique	9.07	7.44	21,9	22	Dermatovénérologie	68.54	59.75	14,7
6	Chirurgie plastique	58.98	48.47	21,7	23	Neuropsychiatrie	12.57	10.99	14,4
7	Psychiatrie	11.99	9.88	21,4	24	Autres spécialités	13.33	11.67	14,2
8	O.R.L.	31.71	26.25	20,8	25	Orthopédie	42.40	37.72	12,4
9	Chirurgie	18.25	15.36	18,8	26	Médecins généraux	10.80	9.74	10,9
10	Neurologie	11.59	9.78	18,5	27	Urologie	31.96	28.85	10,8
11	Pédiatrie + neurologie péd.	12.89	10.89	18,4	28	Cardiologie	23.75	21.56	10,2
12	Gynécologie obstétrique	48.85	41.45	17,9	29	Ophthalmologie	59.18	53.79	10
13	Gastro-entérologie	18.97	16.10	17,8	30	Radiologie	32.84	30.64	7,2
14	Rhumatologie	21.54	18.29	17,8	31	Oncologie	3.37	3.36	0,3
15	Pneumologie	7.08	6.03	17,4	32	Gériatrie	1.25	1.25	0
16	Méd. Int. + diab.-endocr.	3.78	3.24	16,7		Total spécialistes + MSF	19,15	16,66	+14,9
17	Neurochirurgie	26.72	22.94	16,5		TOTAL GENERAL	15,93	14,00	+13,8

Tableau 10

Quels que soient les chiffres qui reflètent fidèlement la situation actuelle, le top cinq des médecins déconventionnés reste inchangé avec les orthopédistes, les gynécologues, les ophtalmologues, les chirurgiens plastiques et, toujours en tête, les dermatologues, la discipline la plus déconventionnée.

5.3 Budget pour l'accord 2018-2019

Après les tensions de 2016 avec en point d'orgue la dissolution de l'accord de plein droit en janvier 2017, le président Jo DE COCK a intensifié la concertation. En 2017, la médico-mut a organisé 13 réunions formelles en soirée à 20h (les 25.01, 24.02, 24.03, 22.05, 26.06, 10.07, 28.08, 02.10, 16.10, 13.11, 20.11, 27.11 et 18.12.2017) et 6 réunions informelles (les 23.01, 03.05, 12.06, 03.07, 11.09 et 01.12.2017) à diverses heures de la journée. N'oublions pas la réunion prévue le 11.12.2017 qui, en raison de routes enneigées impraticables, a été annulée à 17h45 par e-mail et par téléphone.

Autre réunion importante, celle du 04.09.2017 qui a réuni les différentes mutualités et les syndicats médicaux aux Mutualités chrétiennes (MC) situées au 579 Chaussée de Haecht à 1031 Schaerbeek. Des engagements ont été pris pour demander conjointement un budget 2018 avec le maintien de la norme de croissance de 1,5 % et l'octroi intégral de l'index de 1,68 %. Cet accord a tenu bon au Comité de l'assurance (cf. infra).

L'ABSyM a plaidé pour un octroi linéaire de l'index intégral : d'autres étaient en effet en faveur d'une non-indexation d'une série de prestations afin de, soit valoriser exclusivement les généralistes, soit créer de nouvelles prestations mais pas dans les disciplines médico-techniques.

Le budget des soins de santé 2018 se monte à 25,45 milliards d'euros. La part des médecins est de 8,44 milliards d'euros. En 2018, les médecins doivent économiser 35,8 millions d'euros, soit 29,8 millions pour compenser les montants réservés de l'accord 2017 et 6 millions d'économies supplémentaires imposées par les autorités.

Sont compris dans ce budget de 8,44 milliards d'euros, un index de 1,68 % ou 149,627 millions et la norme de croissance de 1,5 %. L'octroi de l'index et de la norme de croissance résulte des discussions préparatoires avec les mutualités le 04.09.2017. La proposition du comité d'assurance pour le budget global des soins de santé comprend une économie de 24 millions d'euros dont 6 millions devront être supportés par les médecins, à trouver dans un budget global de 8,44 milliards d'euros, ce qui représente 0,07 % de ce budget. En principe, aucune économie supplémentaire ne devait être imposée à ceux qui ont respecté leur budget, comme c'est le cas des médecins, mais il a semblé aux délégués de l'ABSyM au Comité de l'assurance qu'il aurait été assez mesquin de s'opposer à l'introduction d'une économie de 0,07 % de son budget. Ces 6 millions d'euros d'économies doivent être ajoutés aux 29,86 millions d'euros du montant réservé qui résulte des accords conclus dans le cadre de l'accord médico-mutualiste pour l'année 2017. Il est question d'une longue liste de prestations entrées en vigueur au cours de 2017 mais qui n'ont pas été en application pendant toute l'année. Pour aboutir à un nouvel accord, il faut proposer des mesures qui permettent de réaliser l'économie de 35,86 millions d'euros. Si on veut introduire des nouveautés dans la nomenclature, il faudra économiser l'équivalent de la nouvelle dépense.

Avant la réunion informelle le soir du lundi 04.12.2017, le président Jo DE COCK a dégagé trois variantes¹⁷⁸:

Variante 1: l'économie de 35,86 millions d'euros est soustraite du montant de l'index total des médecins et le solde de l'index est réparti linéairement. Il reste alors un index de 1,2773 %. À cet égard, l'actuariat de l'INAMI devait encore introduire une petite adaptation parce que quelques sous-parties du budget des médecins sont indexées par A.R. (par ex., les honoraires pour la permanence des pédiatres en journée, l'honoraire forfaitaire de la biologie clinique par prescription,...) et ces honoraires doivent donc certainement recevoir l'index de 1,68 %.

Variante 2: touche un peu à l'index. Les montants de l'index et des économies restent respectivement 149,627 millions d'euros et 35,86 millions d'euros. Parce que, selon le président Jo DE COCK, tous les montants réservés de 2017 n'ont pas été utilisés, il restait 6,126 millions d'euros en 2018. Bien sûr, cette somme sera alors épargnée en 2019. Le président a donc trouvé 119,893 millions d'euros sur une base annuelle. Dans cette variante, l'indexation est sélective : tous les honoraires médicaux, sauf ceux qui sont indexés par A.R., reçoivent un index de 1,5 %, excepté :

- Le DMG qui est maintenu à 30 € et à 55 € pour les patients chroniques ;
- Les examens génétiques (article 33) en raison d'une augmentation spectaculaire ;
- Les prestations techniques urgentes ;
- Les primes intégrées pour les généralistes ;
- Certaines prestations spécifiques pour les médecins non-accrédités ;
- Ne sont pas indexés: la biologie clinique, l'honoraire forfaitaire ambulatoire par prescription et en radiologie, les honoraires pour les CT.

Grâce à tout ceci, on réalise une économie qui permet éventuellement d'indexer de 1,68 % les consultations tant des généralistes que des spécialistes.

¹⁷⁸ Cf. DOC NCAZ CNMM 2017/110

Variante 3: cette variante accorde seulement un index de 1% à certains médecins, notamment pour les prestations spécifiques des médecins accrédités, et impose des économies ponctuelles supplémentaires à la biologie clinique et à la radiologie. L'objectif de cette troisième variante est d'augmenter l'honoraire forfaitaire pour l'accréditation de 613 € à 1 000 €. Le soir du lundi 04.12.2017, lors de la réunion informelle de la CNMM, cette variante a reçu l'approbation de l'ASGB et de l'AADM, mais pas de l'ABSyM. Ce soir-là, l'attitude des mutualités était neutre et elles ne se sont prononcées sur aucune des trois variantes proposées. Les MC ont toutefois déploré qu'aucune des variantes ne propose d'économiser des moyens financiers qui puissent être réinvestis dans de nouvelles initiatives.

Deux semaines plus tard, la variante 2 quasi inchangée l'emportait sur les autres. (cf. tableaux 11 et 12).

Objectif 2018	en 000 EUR
Objectif partiel médecins 2018	8 440 574
Objectif budgétaire global 2018	25 449 587
	33,17%

Objectif 2019

Chiffres montants minimaux médecins:	en 000 EUR
Objectif budgétaire global 2018	25 449 587
Norme de croissance réelle 1,5%	381 744
Calcul norme 2019 (index 2019 non compris et montants supplémentaires accordés en dehors de la norme de croissance légale non compris)	25 831 331
Part minimale médecins	33,17%
Montant médecins avec part 33,17% (index 2019 non compris)	8 568 252

Hypothèse Index 2019 (*)	1,09%
---------------------------------	-------

(*) Hypothèse index honoraire 1 janvier 2019: évaluation bureau du plan 04/09/2017

Tableau 11

Tableau accord CNMM

11-12-2017

En 000 EUR	Application	2018	2019
MOYENS DISPONIBLES			
Masse d'index 2018		149 627	149 627
Économie 2018		-35 862	-35 862
Montant réservé 2018		6 126	
Total		119 891	113 765
DESTINATION DES MOYENS			
a) Indexation sélective			
Honoraires médicaux: masse d'index 1,50%	01-01-18	133 598	133 598
1,68% index (surcoût par rapport à 1,50% index)			
A.R. avec clause index	01-01-18	989	989
Consultations généralistes (honoraires supplémentaires urgence non compris)	01-01-18	1 567	1 567
Consultations spécialistes	01-01-18	1 455	1 455
Pas d'index au lieu de 1,50%:			
DMG / DMG malade chronique (30 euros / 55 euros)	01-01-18	-3 388	-3 388
Examens génétiques (article 33)	01-01-18	-900	-900
Prestations techniques urgentes (article 26)	01-01-18	-1 773	-1 773
Prime intégrée médecine générale	01-01-18	-560	-560
Prestations spécifiques pour médecins non accrédités	01-01-18	-2 909	-2 909
Index 1,25% au lieu de 1,50%			
Biologie clinique (sauf prescript. forfaits, prest. non accréditées)	01-01-18	-2 472	-2 472
Imagerie médicale (sauf prestations non accréditées.)	01-01-18	-3 571	-3 571
b) Mesures efficacité des soins			
Vitamine B12 et acide folique	01-06-18	-1 469	-2 518
CT colonne vertébrale	01-01-18	-2 648	-2 648
c) Autres mesures			
Introduct. COM colonne vertébrale (= 7 000 X 185 euros)	01-10-18	324	1 295
Nouvel honoraire trombectomie (= 1 300 X 1 558,46 euros)	01-10-18	557	2 026
Revalorisation consultation spécialiste accrédité médecine interne (prestation 102550 => 45,00 euros)	01-04-18	1 091	1 454
OCT	01-01-19		2 000
d) Compensation 2019			
Compensation prélèvement montants réservés	01-01-19		-9 880
Total		119 891	113 765

Tableau 12

Il est important de noter que pour la première fois dans un accord médico-mutualiste, un engagement financier a été pris aussi pour la deuxième année¹⁷⁹. En 2019, la part du budget des honoraires médicaux dans la totalité des dépenses de l'INAMI pour les soins de santé, sera maintenue au niveau de 2018, à savoir 33,17 %.

¹⁷⁹ Cf. point 2.2. de l'accord médico-mutualiste du 19.12.2017

Au siècle dernier dans les années 80, la part des honoraires médicaux dans le budget total des soins de santé s'élevait à +/- 41 %. Quand le soussigné est devenu membre du Comité de l'assurance de l'INAMI le 02.04.1993, la part des médecins se montait à 36 %. Ce pourcentage a fluctué au fil des ans avec un plongeon absolu en 2015 :

- 1995: médecins 3 347 113 596 € sur un total de 9 971 738 673 € soit 33,56 %
- 2005: médecins 5 349 935 997 € sur un total de 17 088 873 300 € soit 31,31 %
- 2015: médecins 7 719 050 615 € sur un total de 26 384 187 364 € soit 26,26 %.
- 2016: médecins 7 853 957 557 € sur un total de 26 940 391 340 € soit 29,15 %
- 2017: médecins 8 146 205 000 € sur un total de 24 674 703 000 € soit 33,01 %
- 2018: médecins 8 440 574 000 € sur un total de 25 449 588 000 € soit 33,17 %
- 2019: sauf autre proposition Comité de l'assurance, au moins 33,17 %

5.4 Les hôpitaux en visite

Dans le cadre des suppléments d'honoraires, le président Jo DE COCK a invité les gestionnaires hospitaliers à une réunion le 16.10.2017. Il n'a clairement pas apprécié l'arrogance de certains.

L'Agence intermutualiste a réalisé une étude sur les suppléments d'honoraires qui a déjà été présentée à la médico-mut le 22.05.2017¹⁸⁰. Dans cette étude, il est exclusivement question de patients en hospitalisation classique et de patients séjournant en hôpital de jour. Les suppléments pour les patients ambulatoires n'ont donc pas été traités. L'étude montre que le montant des suppléments d'honoraires est substantiel : 532 millions d'euros, dont 440 millions pour les hospitalisations classiques et 92 millions pour les hospitalisations de jour.

Pour les hôpitaux, les retenues sur ces suppléments sont une importante source de revenus.

Les gestionnaires d'hôpitaux n'ont rien dit sur l'utilisation de ces moyens financiers. Ils ont été invités une deuxième fois à la réunion du 13.11.2017, mais quelques heures avant la réunion, ils ont fait savoir au président Jo DE COCK qu'ils ne viendraient pas, estimant qu'ils n'étaient pas traités d'égal à égal.

D'autres éléments de l'accord sont directement liés aux hôpitaux :

- Les soins à faible variabilité : en comparaison avec le projet de loi initial, beaucoup d'améliorations ont déjà pu être apportées. Mais pendant toute la période de négociations de la médico-mut, l'article 11 du projet de loi sur les soins à faible variabilité conservait la capacité de réduire substantiellement les suppléments d'honoraires. Cette mesure juridique suspendue au-dessus de la tête des médecins n'a pas trouvé de solution dans le cadre des discussions sur l'accord. En guise de mesure de sécurité, une clause de dénonciation a été négociée. L'ABSyM (et donc le soussigné) a fermement défendu le point de vue des anesthésistes en médico-mut ce qui a eu pour conséquence que l'APRDRG accouchement a été scindé en deux groupes de patientes¹⁸¹. L'ABSyM a aussi plaidé pour que les consultations au chevet du patient ne soient pas non plus reprises dans l'honoraire forfaitaire.

- La gestion des réseaux hospitaliers.

Dans l'avant-projet de loi paru à l'été 2017, les médecins étaient impliqués dans la gestion et l'exploitation de l'hôpital, sur les plans stratégique et opérationnel. Le 05.12.2017, une réunion en comité restreint a eu lieu au cabinet DE BLOCK sous la direction du chef de cabinet Bert WINNEN : l'ASGB, Zorgnet-Icuro, l'ABSyM (Dr J. DE TOEUF et le soussigné), GIBBIS et les collaborateurs du cabinet étaient présents. Pendant cette réunion, une nouvelle version de l'avant-projet de loi a été présentée. Celle-ci stipulait que le conseil médical ne disposerait même plus d'au moins un siège avec droit de vote consultatif au conseil d'administration du réseau hospitalier clinique locorégional, mais que le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional pourrait co-décider sur pratiquement tous les points

¹⁸⁰ DOC NCAZ 2017/34 en 34add. d.d. 22.05.2017

¹⁸¹ Cf point 4.3.2.2.

de l'article 137¹⁸² en concertation avec le conseil d'administration du réseau hospitalier clinique locorégional. Si ce modèle consensuel ne devait pas réussir, on se reporterait alors au mécanisme d'arbitrage existant.

Comme on l'a vu au point 4.3.2.1., les gestionnaires hospitaliers ne veulent absolument pas que le conseil médical participe à la direction du réseau hospitalier clinique locorégional. Zorgnet-Icuro reste opposé à l'élargissement du nombre de sujets sur lesquels le conseil médical devra dans le futur marquer son accord avec le conseil d'administration¹⁸³. Ces discussions se déroulent hors médico-mut mais elles ont joué un rôle en arrière-plan de la conclusion finale d'un accord.

Dans le cadre de la concertation en médico-mut, les membres ont pris connaissance du point de vue du collège intermutualiste national sur le financement forfaitaire des interventions standard à l'hôpital (soins à faible variabilité).

Les mutualités sont bien entendu favorables à la forfaitisation. Pour d'autres raisons que celles des médecins, elles ne sont pas d'accord avec l'article 11 du projet de loi parce que sur la base de cet article, les suppléments restent possibles. Et même, elles voient dans la formulation de l'article 11 exactement le contraire de ce que le soussigné y lit, à savoir une importante augmentation des suppléments du fait que leur facturation peut facilement être automatisée et systématisée. Les mutualités souhaitent donc une limitation absolue de la possibilité de demander des suppléments pour les APR-DGR des soins à faible variabilité. Elles sont aussi conscientes du danger réel que les patients atteints de polyopathologies soient exclus.

Les mutualités invoquent aussi la question de la lourdeur administrative tant pour elles que pour les hôpitaux alors qu'il n'y a pas de moyens financiers supplémentaires prévus. Les hôpitaux, les mutualités mais aussi l'INAMI et le SPF Santé publique devront former du personnel. Tout cela coûte de l'argent qui n'est pas disponible, puisque tout le monde doit économiser. Pour les médecins, ces frais administratifs supplémentaires posent d'ailleurs problème car ils sont reportés sur les honoraires médicaux par le biais de prélèvements plus élevés.

Les mutualités estiment que l'absence de période de carence est un autre point sensible. D'après elles, les médecins hospitaliers essayeront d'exécuter le plus d'exams possible avant l'admission à l'hôpital alors que ceux-ci sont compris dans l'honoraire forfaitaire global lors du lancement du système. Les organismes assureurs estiment donc que les médecins recevront un double paiement. Ils ne disposent d'aucune solution pour éviter cette situation. De plus, la date de lancement du 1er septembre 2018 n'est pas un délai réaliste pour les mutualités pour des raisons d'organisation, opinion partagée par les médecins.

Enfin, d'autres discussions sont nécessaires pour savoir qui détiendra les commandes d'un tel système. Les diagnostics notifiés doivent en effet être fiables. Et les mutuelles ne manquent pas d'y mettre leur grain de sel : selon elles, les données diagnostiques doivent être communiquées aux médecins-conseil qui doivent être habilités à contrôler l'exactitude des diagnostics transmis. Les mutualités ne sont pas satisfaites du contrôle a posteriori prévu par le projet de loi. Elles estiment que ces contrôles effectués tardivement sont trop superficiels. Le GBS et l'ABSyM se sont toujours opposés à la communication directe des diagnostics aux mutualités. Ce risque est inhérent au système des soins à faible variabilité. Les médecins ne peuvent pas tolérer que les mutuelles, d'une manière quasi occulte mais pas innocente, voient leur rêve longtemps caressé devenir réalité par le biais de cette loi.

¹⁸² À l'exception des 16e (cadre infirmier et paramédical) et 18e (plaintes)

¹⁸³ Dans l'actuelle loi des hôpitaux, l'avis du conseil médical sur les alinéas 1, 2, 4, 7, 11 et 17 de l'article 137, est pondéré.

5.5 La nuit porte conseil

Après l'annulation de la réunion du 11.12.2017, la pression a monté : il ne restait en effet plus que quelques jours avant la date limite du 18.12.2017. Personne n'avait envie de reprendre encore une fois les discussions, le mercredi 20.12.2017, dernière date possible avant les vacances de Noël, pour en finir avec les adaptations et la publication des honoraires médicaux pour 2018.

Pendant quatre heures, le président DE COCK et ses collaborateurs ont noté toutes les propositions, les contre-propositions, les nuances, les modérations, les durcissements, les objectifs y compris les moyens pour les atteindre. Ils se sont retirés à 00h00 pour élaborer une nouvelle version du texte de base fortement amendé. L'informatisation des soins de santé a été un point important. Le texte de l'accord est truffé de termes tels que HUB, Sumehr 's, LOINC, eFac, eAttest, MyCarenet, Recip-e ... un jargon auquel de nombreux médecins – en particulier les médecins spécialistes – ne se sont pas encore familiarisés. On estime qu'à nouveau, +/- 80 % des médecins approuveront tout de même l'accord pour 2018-2019 (cf. point 5.2.). De nombreuses questions complexes ont été confiées à des groupes de travail, avec parfois des dates butoirs irréalistes pour trouver des solutions. L'accord 2018-2019 a été bricolé de toutes pièces : c'est un puzzle pour adultes où l'expertise de chaque spécialiste est requise pour assembler toutes les pièces. Le Dr Ri DE RIDDER est l'un de ces experts chevronnés, littéralement le bras droit du président DE COCK pendant les réunions en médico-mut, et également l'encyclopédie vivante du Service des Soins Médicaux à l'INAMI. Malheureusement il ne participera pas à tous ces chantiers de la médico-mut parce qu'il prend sa retraite le 16.04.2018¹⁸⁴.

Comme toujours, Luc VAN GORP a mis les pieds dans le plat, lui qui, au début de sa carrière comme représentant des MC, avait eu l'audace d'affirmer qu'il vaudrait mieux supprimer tous les suppléments¹⁸⁵. Cette fois, il est gravement sorti de son rôle lorsqu'il a vivement protesté contre la correction des suppléments d'honoraires dans des situations particulières¹⁸⁶. Il s'est soudain vaguement souvenu que les gestionnaires des MC dans les hôpitaux, plus précisément universitaires, lui avaient expliqué que les suppléments sont nécessaires pour maintenir les soins hospitaliers à niveau (cf. 5.4). Les intérêts de ses confrères universitaires, ses membres, lui ont brusquement semblé plus importants que ceux des patients. Son raisonnement était simple: les cas particuliers comme les transplantations, le traitement du cancer chez les enfants, les maladies rares, les polytraumatismes,... sont souvent confiés aux hôpitaux universitaires et alors que c'est justement là que les suppléments seraient limités à 5 000 euros. Il ne pouvait pas infliger cela à Jean HERMESSE, gestionnaire MC à l'hôpital St-Luc de Woluwe-St-Lambert et à l'hôpital Mont-Godinne de l'UCL à Yvoir, et également secrétaire-général des MC. Ainsi le texte a été très chrétiennement édulcoré pour devenir : « ... Dans ces cas, les suppléments d'honoraires par séjour ne *devraient en principe pas* être supérieurs à 5 000 euros. »

La responsabilisation (financière) des médecins prescripteurs a été fortement atténuée à la demande d'AADM. En revanche, leur demande soutenue par le Kartel, d'une réforme radicale de l'accréditation qui serait transformée en un système de développement professionnel performant doit recevoir une réponse pour le 30.09.2018 moyennant concertation avec le SPF. Pour le SPF, l'accréditation est obligatoire. On ne voit absolument pas comment vont s'accorder les deux visions d'accréditation, libre à l'INAMI et obligatoire au SPF Santé publique (pour recevoir ou conserver le visa permettant d'exercer la profession). En 1993, l'ABSyM avait été l'initiatrice de la création de l'accréditation sur une base volontaire. La Belgique était un des premiers pays d'Europe à introduire l'accréditation. Dans le système de financement actuel, l'INAMI dépense +/- 311 millions d'euros pour +/- 28 000 médecins accrédités, soit en moyenne +/- 11 100 euros par médecin accrédité¹⁸⁷. Mais en raison des différences individuelles

¹⁸⁴ Institut national d'assurance maladie-invalidité. - Personnel. - Prolongement de la fonction de management de directeur général au Service des soins de santé Par arrêté ministériel. (M.B. 04.10.2017; Ed. 1)

¹⁸⁵ Knack 31.08.2016, p. 65: 'Hij (Luc Van Gorp) stelt ook voor om deconventionering te verbieden. "Artsen en specialisten die een beroep willen doen op een terugbetaling door het RIZIV en dus een RIZIV-nummer krijgen, zouden moeten worden verplicht om zich te houden aan de afgesproken tarieven."

¹⁸⁶ Point 4.3.2. de l'accord du 19.12.2017

¹⁸⁷ DOC NCAZ 2017/123 d.d. 27.11.2017

considérables (entre 2 500 € et 31 000 €) et de l'obsolescence de la manière de travailler, les autorités veulent changer le système drastiquement.

Le Kartel a proposé de forfaitiser davantage et d'augmenter le montant forfaitaire de 613 à 1 000 euros par an. Comme le budget des médecins, y compris l'accréditation, est fermé, le supplément d'accréditation par acte devrait alors diminuer. Cette proposition (variante 3, cf. point 5.3.) ne l'a pas emporté sur les autres. Elle est maintenant traitée par un groupe de travail. Le soussigné se sent rajeunir de vingt-cinq ans parce que la question de savoir si l'accréditation est du ressort de l'INAMI ou du SPF Santé publique faisait déjà rage en 1993, au lancement du système. L'ABSyM, voulait que l'accréditation soit gérée par l'INAMI et soit un choix libre pour augmenter la qualité, tandis que le Kartel voulait que l'accréditation soit rendue obligatoire au SPF Santé publique.

Aux environs de deux heures du matin, la nouvelle version du projet d'accord a été distribuée dans les deux langues nationales aux membres de la médico-mut qui attendaient. Le point 4.1.3.3. concernant la psychiatrie en crise en raison de la diminution des lits psychiatriques chroniques (avec perte importante des honoraires de surveillance) a encore été adapté par l'ABSyM, en dernière minute, et à 03h00, l'accord 2018-2019 pouvait être signé par les présidents des syndicats médicaux et des mutualités.

5.6 Accréditation

Fin 2017, les représentants des mutualités au groupe de direction de l'accréditation avaient signalé avoir l'impression que le taux d'accréditation diminuait. Ce phénomène n'a été que passager. Le renouvellement des accréditations suit en effet le rythme des nouvelles cohortes de médecins fraîchement agréés qui arrivent sur le marché. Cela a lieu tous les trois ans parce que la période d'accréditation couvre 3 ans. Après vérification sur des périodes plus longues, il semble que les taux fluctuent peu. En début 2014, on a pu établir que le taux moyen de médecins accrédités entre 1990 et 2014 était de 55,11 %; en début 2018, ce taux moyen pour la période des 21 ans écoulés entre 1997 et 2018 était de 55,09 %¹⁸⁸. Les chiffres n'ont quasiment pas changé. Le taux de 2017 (54,51 %) était bien entendu de 0,58 % inférieur à la moyenne des 21 dernières années mais cette diminution peut être considérée comme un phénomène cyclique (cf. tableau 13).

Taux d'accréditation au 1er février

(% médecins accrédités par rapport à tous les médecins enregistrés à l'INAMI)

Année	%	Année	%
1997	55,60	2009	55,01
1998	54,60	2010	55,51
1999	58,48	2011	55,68
2000	55,15	2012	54,07
2001	55,67	2013	54,41
2002	55,92	2014	55,32
2003	54,01	2015	53,24
2004	54,19	2016	55,08
2005	55,31	2017	55,22
2006	54,08	2018	54,51
2007	54,94	Moyenne	55,09
2008	55,89		

Tableau 13

Le tableau comparatif ci-après reprenant les taux d'accréditation par spécialité, montre qu'il n'y a pas beaucoup de changement par rapport à l'année précédente ni dans le groupe de tête ni dans le groupe du bas.

¹⁸⁸ « Le feu passe au bleu pour le changement ». Rapport annuel 2014 du GBS. Dr. M. Moens, 07.02.2015.

Comparaison du nombre de médecins accrédités 01.02.2017 – 01.02.2018

2018		Nombre de médecins actifs		Nombre de médecins accrédités		% gde médecins accrédités		% différence 2017-2018
		01.02.2018	01.02.2017	01.02.2018	01.02.2017	01.02.2018	01.02.2017	
	Médecins 000 & 009	1 982	1 940	0	0	0	0	0
	Généralistes 001-002	1 409	1 433	1	0	0,07	0	0
	Généralistes agréés 003-004-007-008	14 967	14 716	10 678	10 589	71,34	71,96	-0,62
	Généralistes en formation 005-006	1 339	1 192	0	0	0	0	0
	TOTAL	19 697	19 281	10 679	10 589	54,22	54,92	-0,70
	Médecins spécialistes en formation (MSF)	5 201	4 918	2	4	0,04	0,08	-0,04
1	Gériatrie	326	315	269	261	82,52	82,86	-0,34
2	Pneumologie	597	584	483	473	80,90	80,99	-0,09
3	Oncologie	287	266	229	214	79,79	80,45	-0,66
4	Gastro-entérologie	758	743	583	573	76,91	77,12	-0,21
5	Rhumatologie	258	247	198	192	76,74	77,73	-0,99
6	Neurologie	620	602	474	462	76,45	76,74	-0,29
7	Ophtalmologie	1 216	1 193	916	922	75,33	77,28	-1,95
8	Dermatovénérologie	818	803	605	603	73,96	75,09	-1,13
9	O.R.L.	733	719	537	532	73,26	73,99	-0,73
10	Radiologie	1 820	1 786	1 332	1 310	73,19	73,35	-0,16
11	Médecine physique et physiothérapie	559	546	405	402	72,45	73,63	-1,18
12	Cardiologie	1 210	1 193	874	860	72,23	72,09	+0,14
13	Anatomie pathologique	364	364	256	256	70,33	70,33	0
14	Radiothérapie	231	227	161	158	69,70	69,60	+0,10
15	Psychiatrie	2 095	2 051	1 421	1 392	67,83	67,87	-0,04
16	Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1 838	1 799	1 217	1 189	66,21	66,09	+0,12
17	Médecine nucléaire	337	331	223	219	66,17	66,16	+0,01
18	Gynécologie-obstétrique	1 649	1 619	1 071	1 062	64,95	65,60	-0,65
19	Urologie	475	463	308	306	64,84	66,09	-1,25
20	Médecine aiguë et d'urgence	979	926	621	582	63,43	62,85	+0,58
21	Anesthésie	2 310	2 226	1 462	1 435	63,29	64,47	-1,18
22	Biologie clinique	626	629	378	390	60,38	62,00	-1,62
23	Orthopédie	1 158	1 135	692	685	59,76	60,35	-0,59
24	Médecine interne et et diabét.-endocrin.	1 704	1 675	1 008	966	59,15	57,67	+1,48
25	Pharmaciens biologistes	657	671	381	396	57,99	59,02	-1,03
26	Neurochirurgie	242	231	119	116	49,17	50,22	-1,05
27	Chirurgie	1 609	1 584	763	772	47,42	48,74	-1,32
28	Stomatologie	360	349	146	154	40,56	44,13	-3,57
29	Chirurgie plastique	301	297	101	100	33,55	33,67	-0,12
30	Neuropsychiatrie	190	199	35	40	18,42	20,10	-1,68
31	Autres spécialités	60	62	9	12	15,00	19,35	-4,35
	TOTAL SPÉCIALISTES	26 387	25 835	17 277	17 034	65,48	65,93	-0,45
	TOTAL SPÉCIALISTES + MSF	31 588	30 753	17 279	17 038	54,70	55,40	-0,70
	TOTAL	51 285	50 034	27 958	27 627	54,51	55,22	-0,71

Source: Groupe de direction de l'accréditation 19.01.2018 et rapport annuel 2016 du GBS (04.02.2017)

Tableau 14

6 Procédures juridiques

Si les moyens financiers que le GBS doit consacrer aux actions en justice étaient inversement proportionnels à la situation économique générale, nous affirmerions sans hésiter que des années difficiles attendent encore les médecins. La source de ces dépenses est alimentée par les affaires juridiques tant européennes que fédérales et communautaires.

6.1 Jugements

6.1.1 TVA sur les interventions esthétiques¹⁸⁹

Le 28.09.2017, la Cour constitutionnelle a rendu un arrêt¹⁹⁰ sur la loi relative à la TVA sur les traitements esthétiques. Les recours introduits par toutes les parties requérantes¹⁹¹ ont été traités simultanément.

La Cour a déclaré fondées quatre des cinq branches de l'unique moyen développé par Maître Tom DE GENDT qui défend les intérêts de la société royale belge de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.

En tenant compte des demandes des autres parties requérantes sur le même sujet, la Cour a décidé de poser une question préjudicielle à la Cour de Justice européenne. La question préjudicielle est un mécanisme auquel les juges nationaux recourent pour demander à la Cour de Justice comment le règlement européen doit être interprété. La Cour veut vérifier que la loi belge est conforme à la réglementation européenne.

La procédure est actuellement suspendue dans l'attente de la réponse de la Cour européenne. La Cour constitutionnelle doit tenir compte de l'arrêt que la Cour européenne rendra sur les questions posées. Il faudra compter un délai de deux ans avant que celle-ci ne formule une réponse.

À ce stade, les parties requérantes ont remporté une belle victoire mais pas la guerre. La loi n'a pas été abrogée et reste provisoirement d'application. Par la suite, il est probable que l'État belge adapte autant que possible les dispositions légales eu égard aux arguments que la Cour européenne aura jugés fondés. En effet, la Cour constitutionnelle a demandé à la Cour européenne s'il appartient à la Cour constitutionnelle de maintenir temporairement les effets des dispositions à annuler, de même que les effets des dispositions qui, le cas échéant, doivent être entièrement ou partiellement abrogées, si la réponse aux questions préjudicielles implique que celles-ci entrent en conflit avec le droit de l'Union européenne. C'est seulement de cette manière que le législateur sera en mesure de rendre ces dispositions conformes au droit européen.

Si les médecins ne se contentent pas d'une simple victoire de principe pour le futur et s'ils insistent pour récupérer des montants de TVA du passé, il était nécessaire que les médecins se défendent aussi devant la Cour européenne. Le 22.01.2018, maître Tom DE GENDT a déposé à la Cour européenne un mémoire complémentaire comprenant un exposé concis des arguments développés.

¹⁸⁹ Cf. exposé détaillé des rétroactes: rapport annuel 2015 du GBS, Dr Marc Moens « Changement in statu nascendi » point 8.3.3 p. 60 et rapport annuel 2016 du GBS Dr. Marc Moens « Soins disruptifs » point 8.3.1. p.67.

¹⁹⁰ Arrêt n° 106/2017 du 28.09.2017 (M.B. 24.01.2018)

¹⁹¹ Syndicat belge de chiropraxie et consorts, Union belge des Osthéopathes et consorts, Association belge de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique (abrégée ABCPRE) et consorts, et la Belgian Society for Private Clinics et consorts.

6.2 Actions intentées par le GBS ou ses unions professionnelles

6.2.1 Génétique clinique¹⁹²

Le dossier portant les critères d'agrément du titre professionnel en génétique clinique a été soumis à l'avis de la réunion plénière du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes le 05.02.2015. Le 01.06.2017, les critères d'agrément pour l'acquisition du titre professionnel particulier en génétique clinique sont parus au Moniteur belge et le titre a été repris dans la liste des titres professionnels agréés¹⁹³. Compte tenu du rythme de parution scandaleusement lent des critères d'agrément actualisés soumis à l'examen du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes, on peut sans conteste considérer que cette publication a été traitée en un clin d'œil. La pression exercée par l'Europe n'y est sans doute pas étrangère. La Belgique était en effet un des seuls pays européens où ce titre n'était pas encore reconnu.

Cela fait longtemps que les 50 médecins actifs dans les huit centres de génétique humaine (CGH) sont demandeurs d'une reconnaissance officielle du titre professionnel de médecin spécialiste en génétique clinique. Jusqu'à présent, ces médecins ont accès aux articles 33 et 33bis¹⁹⁴ de la nomenclature des prestations de santé, tout simplement parce qu'ils travaillent dans un CGH¹⁹⁵. Depuis le 01.08.1988, ils peuvent se considérer indirectement comme une sorte d'équivalent au « généticien clinique »¹⁹⁶. Au moment de la préparation du dossier au Conseil supérieur en 2016, un total de 50 médecins étaient actifs dans les 8 CGH : 24 pédiatres, 8 internistes, 5 biologistes cliniques, 2 anatomo-pathologistes, 2 internistes-hématologues, 2 généralistes agréés après le 31.12.2004, 2 généralistes agréés entre le 01.01.1995 et le 31.12.2014, 1 généraliste agréé avant le 01.01.1995¹⁹⁷, 1 biologiste clinique titulaire de l'agrément isotopes, 1 rhumatologue, 1 psychiatre et enfin 1 gynécologue.

L'A.R. divise la formation en génétique clinique en 2 parties : d'abord, 2 ans de formation de base dans une des quatre disciplines suivantes: médecine interne, neurologie, pédiatrie ou gynécologie-obstétrique ; ensuite, 4 ans de formation en génétique clinique.

Les médecins qui sont déjà agréés dans une des 4 disciplines cliniques peuvent directement entamer leurs 4 ans de formation en génétique clinique. Toutes les autres disciplines ne peuvent débiter cette formation spécifique qu'au terme d'une formation complémentaire de 2 ans dans un lieu de stage agréé pour une « spécialité clinique ». Cela signifie donc que les cardiologues, les pneumologues, les rhumatologues etc. qui veulent suivre cette formation, doivent d'abord suivre encore deux ans de formation dans une spécialité clinique comme la médecine interne. Cette situation est absurde. Ce constat vaut aussi pour les biologistes cliniques qui auraient déjà suivi une année de stage en médecine interne pendant leur formation.

À la demande du GBS, l'union professionnelle des biologistes cliniques a introduit un recours en annulation, conjointement déposé par un médecin biologiste clinique et un cardiologue.

Certains médecins actifs en tant que généticiens cliniques dans un centre de génétique humaine, travaillent aussi dans le cadre de leur discipline de base. Ces médecins craignaient de devoir faire un

¹⁹² A.M. du 23.05.2017 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage en génétique clinique (M.B. 31.05.2017)

¹⁹³ A.R. du 25.11.1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire. (M.B. 14.03.1992)

¹⁹⁴ Article 33: examens génétiques et article 33bis: tests de biologie moléculaire sur du matériel génétique humain.

¹⁹⁵ Article 33 §2 de la nomenclature des prestations de santé: « Conformément aux dispositions légales en la matière, ces prestations sont effectuées dans des laboratoires faisant partie d'un centre agréé de génétique humaine et sont réservées aux médecins autorisés à les pratiquer par le Ministre ayant la Santé Publique dans ses attributions. »

¹⁹⁶ L'article 33 de la nomenclature a été créé par l'A.R. du 22.07.1988 (en vigueur le 01.08.1988) : Art. 33. § 1. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin visé au § 2:.... »

¹⁹⁷ La définition de ces médecins dépend du fait de détenir ou pas de droits acquis en tant que généraliste, d'après la nomenclature des prestations de santé article 1, §12, 3°, ou d'être seulement titulaire du diplôme de médecin (médecins en « 000 ») d'après l'article 1, §12, 4° de la nomenclature.

choix déchirant entre par exemple la pédiatrie (près de la moitié du groupe cible) et la génétique clinique. En effet, pendant ces 35 dernières années, il a été impossible de cumuler deux titres de niveau 2. Cependant, dans le cadre de la réglementation européenne, cela est désormais explicitement possible, sous certaines conditions quant aux dispenses et à la durée minimale nécessaire pour obtenir une qualification. Lors de la transposition de la Directive 2013/55/EU, l'article 3/1¹⁹⁸ traitant cet aspect a été repris dans l'A.R. du 23.04.2014 fixant les critères d'agrément « transversaux » des différentes spécialités.

Actuellement, dans toute la Belgique, +/- 50 médecins peuvent prétendre au titre professionnel de spécialiste en génétique clinique parce qu'ils travaillent dans un CGH. Attendu que, d'après l'A.M., être professionnellement actif dans un CGH n'est pas une condition d'agrément, il existe peut-être d'autres médecins qui peuvent prétendre à ce titre professionnel : par exemple, des collègues oncologues ou ceux qui ont quitté leur CGH provisoirement ou définitivement pour changer d'orientation, ou encore ceux qui ont atteint l'âge de la retraite ou de l'éméritat mais qui se verraient volontiers attribuer le titre professionnel officiel qui leur a fait défaut pendant toute leur carrière. Pensons par exemple au Pr Dr Anne DE PAEPE, ancienne rectrice de l'Université de Gand, qui après une période intermédiaire de quatre ans de rectorat, est retournée à son laboratoire d'exams et diagnostics au CGH de Gand, ou encore au Pr Émérite Dr Inge LIEBAERS, ancienne directrice du centre de Médecine génétique de l'UZ Brussel.

À la suite de l'introduction du recours en annulation au Conseil d'État, Mme Fanny VANDAMME, le soussigné et le Pr Dr Koen DEVRIENDT (généticien clinique, CGH, KU Leuven) ont été invités par le Pr Koenraad VANDEWOUDE pour une concertation au cabinet de la ministre Maggie DE BLOCK, le 22.06.2017. Après cette rencontre, une demande d'avis supplémentaire a été introduite au Conseil supérieur du 12.10.2017 afin de rectifier certains points. Cet avis a fait l'objet d'autres discussions lors d'une deuxième réunion de concertation le 19.01.2018.

Pendant la réunion du 22.06.2017, il a été convenu qu'un groupe de travail spécial serait créé pour examiner le fonctionnement des CGH en tant qu'entités distinctes et pour formuler des propositions pour leur actualisation. En effet, les autorités n'ont jamais souhaité que les CGH acquièrent une position de monopole dans le domaine des prestations de laboratoire de biologie moléculaire également effectuées par les CGE.

Les demandes d'agrément qui devaient être introduites au plus tard le 30.06.2017 dans le cadre des mesures transitoires, ont déjà été traitées par la commission d'agrément en Communauté flamande sous la présidence du Pr Koen DEVRIENDT. Les demandes ont été évaluées de manière très restrictive. Indépendamment de tous les autres éléments qui peuvent être invoqués pour prouver que l'on est généralement réputé généticien clinique, seuls les médecins qui ont été actifs dans un CGH sans interruption pendant ces cinq dernières années ont reçu un avis positif de la commission d'agrément, à une exception près. Sur la base de cet argument, deux des candidats que les unions professionnelles avaient proposés pour siéger à la commission d'agrément ont reçu un avis négatif. Le GBS a conseillé à ces médecins d'intenter une action si cet avis négatif devait être suivi par le directeur de l'Agentschap Zorg en Gezondheid et si le ministre VANDEURZEN devait aussi y adhérer. Être actif dans un CGH n'est en effet pas une condition d'agrément reprise dans l'A.M. du 23 mai 2017. Le GBS a exposé son point de vue dans la lettre qu'il a adressée au ministre Jo VANDEURZEN le 28 novembre 2017.

Du côté francophone, aucune commission d'agrément n'a encore été mise en place. L'arrêté du gouvernement de la Communauté française fixant la procédure d'agrément des médecins spécialistes

¹⁹⁸ À condition que le candidat spécialiste soit déjà agréé avant d'avoir obtenu un titre de spécialisation des niveaux 2 ou 3, il peut bénéficier d'une ou plusieurs dispenses pour la formation théorique et/ou pratique de sa spécialisation courante si cette partie de la formation a déjà été suivie dans le cadre d'une autre formation spécialisée. L'attribution d'une ou plusieurs dispenses partielles est basée sur une analyse au cas par cas. L'intégralité de(s) la dispense(s) partielle(s) n'excède pas la moitié de la durée minimale des formations médicales spécialisées concernées.

Cette disposition ne s'applique pas au candidats-médecins en formation pour le titre professionnel particulier de généraliste.

et des généralistes a été publié au Moniteur Belge le 29.01.2018. Actuellement, ce sont toujours les commissions d'agrément créées sous les auspices de la législation fédérale qui traitent les dossiers d'agrément.

Le 11.01.2018, la Vereniging van Artsen van de Genetische Centra vzw a demandé de devenir membre du GBS. Pour des raisons strictement juridiques, cette demande ne peut recevoir une suite positive pour l'instant. En effet, il s'agit d'une asbl limitée à un petit nombre de médecins de chaque centre génétique.

6.2.2 Procédure d'agrément pour les médecins spécialistes et généralistes en formation en Communauté flamande

L'arrêté du 24.02.2017 du gouvernement flamand relatif à l'agrément des médecins spécialistes et des généralistes a été publié au Moniteur belge le 06.04.2017.¹⁹⁹ Lors de l'élaboration de cet arrêté, des lacunes au niveau de la formulation relative à la composition des commissions d'agrément avaient été relevées, ce qui compromettait la garantie de la parité entre les bancs professionnel et universitaire. Pourtant, le projet de texte a été publié tel quel dans son intégralité. L'histoire a voulu qu'une fois de plus, cela soit inadmissible aux yeux du GBS.

Le GBS a introduit un recours en annulation tout comme en 2014, lorsqu'il avait intenté une action contre l'A.R. du 24.10.2013^{200,201}, parce qu'il n'était pas garanti que la composition paritaire entre les deux bancs soit parfaite au niveau des commissions d'agrément appelées à rendre un avis concernant l'attribution d'un titre de niveau 3.

Le 12.09.2017, lors de la concertation structurelle entre Jo VANDEURZEN et les organisations médicales, ce recours en annulation au Conseil d'Etat a été un des sujets à l'ordre du jour. Pendant la séance, le ministre Jo VANDEURZEN a donné son approbation pour que deux points du texte soient adaptés. Il était d'accord pour que l'on précise que la parité de la composition des commissions d'agrément soit garantie: en effet, cet objectif a toujours été visé par le gouvernement flamand même si le texte ne le laisse pas transparaître explicitement. Il sera également précisé que les médecins déjà agréés et les médecins qui ont déjà entamé leur formation ne devront pas satisfaire aux nouveaux critères d'agrément lorsque ceux-ci auront été actualisés.

Le comité directeur a accédé à la demande de Jo VANDEURZEN que le recours en annulation soit retiré dès la publication d'un acte modificatif, à condition que l'on n'exige pas des médecins spécialistes déjà en formation au moment de l'entrée en vigueur de cet arrêté, d'autre attestation que celle d'avoir réussi avec fruit une formation théorique spécifique au cours des deux premières années de formation. Cette précision est fondamentale car certains médecins en formation ont interrompu leur formation au master complémentaire (MaNaMa) au terme des deux années de formation obligatoires au niveau fédéral. Cette exigence flamande liée au financement de l'enseignement universitaire flamand n'est pas reprise dans les critères d'agrément fédéraux énumérés dans l'arrêté ministériel²⁰².

L'arrêté contesté stipule que le médecin spécialiste en formation qui demande son agrément, peut présenter, soit son diplôme de master de médecine spécialisée dans la spécialité correspondante ou son diplôme de master en médecine générale, soit tout autre attestation prouvant qu'il satisfait aux critères d'agrément généraux relatifs à la formation théorique dont il est question aux articles 3 et 19 de l'arrêté ministériel du 23.04.2017 ou à l'article 4 de l'arrêté ministériel du 01.03.2010 fixant les critères d'agrément des généralistes.

¹⁹⁹ Pour les rétroactes, voir point 2.1.2.1. du rapport annuel 2016, 04.02.2017 : « Soins disruptifs ».

²⁰⁰ A.R. du 24.10.2013 modifiant l'A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. 12.12.2013).

²⁰¹ Pour plus d'informations, voir le point 6.1.3. du rapport annuel 2013, 08.02.2014: « Et encore une année passée au « bashing » des médecins ».

²⁰² A.M. du 23.04.2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (M.B. 13.09.2016).

Quelques médecins en formation qui s'étaient joints au recours en annulation introduit par le GBS ont entre-temps été agréés sur la base d'un certificat établi par leur maître de stage coordinateur, attestant qu'ils ont suivi une formation équivalente au MaNaMa. Cette « insubordination » de la part de ce maître de stage coordinateur universitaire n'a pas été du goût des autorités universitaires qui l'ont déjà rappelé à l'ordre.

7 Conclusion

Tous les jours de l'année, les médecins hospitaliers et les gestionnaires d'hôpitaux ont surfé sur le site du Moniteur belge, à l'affût de la réalisation du « Plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux²⁰³ » de Maggie DE BLOCK : au total, ils auront parcouru 117 002 pages en 2017. Deux ans et demi après sa première présentation, le train des réformes est toujours à quai. Ce chantier est-il trop ambitieux ou trop empreint de complexités à la belge pour pouvoir se concrétiser ? La 6^e réforme de l'État en est-elle responsable ? La ministre DE BLOCK souhaite développer des réseaux qui incluent les hôpitaux et les soins prodigués en dehors de l'hôpital, à savoir les soins transmuraux. La Flandre pourrait, certes y souscrire mais selon les règles prescrites par le ministre compétent Jo VANDEURZEN. La Belgique francophone, par contre, n'y croit pas. Les réactions sont donc tièdes à froides. Le clivage entre le Nord et le Sud s'approfondit. Lorsqu'elle a présenté son Plan, la ministre DE BLOCK a cité l'exemple du Danemark où la refonte du système hospitalier a pris 20 ans. En sera-t-il de même en Belgique? Ou (pire ?) la réforme n'aboutirait-elle pas ?

Sous la pression de l'Europe et du vice-premier ministre Alexandre DE CROO²⁰⁴, et en totale collaboration avec la ministre DE BLOCK, les 20 plans d'action de l'e-Santé doivent intégrer les technologies de l'information. L'enthousiasme ne suffira pas pour que les délais serrés soient respectés. Il y a trop peu de monde et trop peu de moyens pour réaliser toutes ces belles idées. Le moindre incident, si futile soit-il, suffirait pour que tout le système s'enlise en mécontentements et burnouts. Des Etats-Unis nous vient la rage irrépressible de tout enregistrer et de tout vérifier électroniquement, comme si le digital était gage de qualité, à tel point que les prestataires de soins n'ont plus le temps de surveiller ni physiquement, ni psychologiquement les co-pilotes des soins (c'est en effet ainsi que les patients sont définis par Maggie DE BLOCK). C'est notamment pour ces raisons que le Danemark, pays d'inspiration de notre Ministre, a abandonné la course à l'accréditation hospitalière. Mieux valait rétablir l'équilibre entre soins et administration.

En vue de la réforme prévue de l'A.R. de mai 2015 portant coordination de l'A.R. 78²⁰⁵ de 1967, tous les dispensateurs de soins de santé sont sur le pont pour exiger l'autonomie de leur profession. Nombreux sont ceux qui remettent en question la place du médecin dans le système des soins de santé. En particulier la place du spécialiste qui risque d'être dégradée et assimilée à celle d'un exécutant médicotéchnique agissant sur prescription. Mais tout le monde est d'accord sur le chapitre de la responsabilité : celle-ci doit dans tous les cas incomber au médecin. Les médecins veulent évidemment continuer à prendre leurs responsabilités et à garantir la qualité des soins et leur accessibilité, mais à condition qu'on leur accorde la place adéquate au sein des nouvelles chaînes de soins.

Avec ce vingt-huitième rapport annuel, je mets un terme à une fonction que j'ai eu la chance de pouvoir exercer avec grand plaisir. Les nuages de poussière qui flottent encore au-dessus des chantiers entamés par la ministre DE BLOCK sont loin de se dissiper. Telle est la conséquence du changement que nous

²⁰³ « Maggie De Block lance la réforme du financement des hôpitaux ». Plan d'approche pour la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. 28.04.2015.

²⁰⁴ Le vice-premier ministre est aussi ministre de la collaboration au développement, de l'agenda digital, des télécommunications et de la poste

²⁰⁵ Arrêté royal du 10.05.2015 portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (BS 18.06.2015)

avons demandé au début de 2015²⁰⁶. En attendant, on notera que depuis le rapport de 2015, le terme « artsen » remplace le terme « geneesheren » en néerlandais, non seulement dans nos statuts mais aussi dans la législation. Voilà au moins un chantier que Maggie DE BLOCK et le soussigné ont pu mener à bien.

Le 08.02.2014, je clôturais le rapport du GBS²⁰⁷ en annonçant qu'il était temps de songer à un successeur. Qui cherche trouve. Tout à l'heure, mon successeur sera élu à l'assemblée générale. Je continuerai à suivre assidûment l'organisation des soins de santé car cette matière reste passionnante et intéresse tous les citoyens de ce pays. Elle me touche depuis plus de 43 ans.

Il me reste à présent à remercier mes collaborateurs du GBS et les nombreux collègues qui m'ont accompagné pendant les 28 années que j'ai passées à la fonction de Secrétaire général. Ils connaissent mon adresse e-mail et mes numéros de téléphone et GSM.

Dr Marc Moens, 03.02.2018.

Le contenu de la rédaction a été clôturé le 30.01.2018.

Ont travaillé à la rédaction de ce rapport : Yo Baeten, Bart Dehaes, Jean-Luc Demeere, Raf Denayer, Michel Lievens, Bernard Maillet et Fanny Vandamme.

²⁰⁶ « Le feu passe au bleu pour le changement ». Rapport annuel 2014 du GBS. Dr. Marc Moens, 07.02.2015

²⁰⁷ « Et encore une année passée au « bashing » des médecins ». Rapport annuel 2013 du GBS. Dr. Marc Moens, 08.02.2014.