

RAPPORT ANNUEL 2016 DU GBS

Dr Marc Moens

Secrétaire général

# **Soins de santé disruptifs**

Bruxelles

04.02.2017



## Table des matières

1. Rapport d'activités.....	5
1.1 Réunions internes.....	5
1.2 Décès.....	5
1.3 Publications.....	6
1.4 Symposiums organisés par le GBS et par ses unions professionnelles.....	6
1.4.1. Introduction.....	6
1.4.2. Symposium annuel 20.02.2016 – « Les enjeux d'une collaboration multidisciplinaire ». ....	7
1.4.3. Radioprotection et relations avec l'AFCN.....	7
1.4.4 Bien se préparer à la pension.....	10
1.4.5 Symposium de l'association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie et réanimation (APSAR).....	10
1.4.6 Symposium de l'union professionnelle belge des médecins spécialistes en soins intensifs du 16.02.2016.....	11
1.4.7 Symposium de l'Union professionnelle des médecins spécialistes en Médecine interne 12.03.2016..	11
1.4.8 Symposium de l'union professionnelle des médecins belges spécialistes en pneumologie du 21.06.2016.....	11
1.5 Website.....	12
2. Représentation du GBS.....	12
2.1 Représentation en Belgique.....	12
2.1.1 Activités de l'Association des Médecins Spécialistes Francophones (AMSFr).....	12
2.1.2. Activités de l'Artsenvereniging Vlaamse Specialisten (AVS).....	14
2.1.3 MedicaNorm.....	17
2.1.4 MDEON.....	18
2.1.5 Représentation par le Prof. Fr. HELLER: secteur des médicaments.....	19
2.1.6. Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes.....	20
2.2 Représentation internationale – UEMS – CMPE – FEMS – AEMH.....	21
2.2.1 Union Européenne des Médecins Spécialistes – European Union of Medical Specialists (UEMS).....	21
2.2.2 Council for European Specialty Medical Assessment (CESMA).....	23
2.2.3 European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME 2.0).....	24
2.2.4 Fédération Européenne des Médecins Salariés – European Federation of Salaried Doctors (FEMS)....	25
2.2.5 Comité permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors (CPME)....	25
2.2.6 European Forum of Medical Associations (EFMA) et World Medical Association (WMA). ....	26
3. Financement des hôpitaux.....	26
3.1 Rapport KCE 277 et note de la ministre concernant les réseaux hospitaliers cliniques.....	26
3.2 Perspectives économiques du financement des hôpitaux :.....	28
3.2.1 Prévisions économiques.....	28
3.2.2 Vers une accélération de la croissance économique ?.....	29
3.2.3 Encore plus d'économies ?.....	30

3.2.4 Les hôpitaux dans le rouge .....	31
3.2.5 La valorisation économique des soins à faible variabilité : le contexte de l'étude et les premiers résultats .....	33
3.2.6 Groupes de pathologies selon les similarités de séjour hospitalier .....	34
3.2.7 La détermination des APR-DRG est politique .....	35
3.2.8. À l'épreuve: collaboration difficile formation de cluster orthopédie.....	35
4. Politique .....	37
4.1. Introduction .....	37
4.2. La quête perpétuelle de finances .....	38
4.3. Une ministre populaire ne doit pas prendre de décisions populaires .....	41
4.4. Redesign .....	42
4.5 Protocole d'accord Imagerie Médicale: la saga continue,... toujours et encore.....	43
4.5.1 Rétroactes.....	43
4.5.2 En 2016 .....	44
5. Cadastre des médecins .....	47
6. Numéris clausus – Double cohorte .....	49
7. Accord médecins – mutuelles.....	51
7.1. Suivi de l'accord du 22.12.2015 pour les années 2016-2017.....	51
7.2. La médicomut « en chantier » .....	54
7.2.1. Respect du timing et de l'exécution de l'accord .....	54
7.2.2. L'indexation automatique et les actes intellectuels.....	55
7.2.3. Chantiers spéciaux .....	55
7.2.4. Le modèle de concertation.....	58
7.3. La dissolution de plein droit .....	59
7.3.1. Exécution du point 13.1.2. de l'accord .....	59
7.3.2. Raisons sous-jacentes: combler le puits sans fond des caisses de l'état .....	60
7.4 Accréditation .....	61
8. Procédures juridiques .....	65
8.1. Introduction .....	65
8.2. Jugements .....	65
8.2.1. Programme de soins en pédiatrie, .....	65
8.2.2 Pratiques non conventionnelles.....	66
8.3 Affaires en cours et à venir.....	67
8.3.1 TVA sur les interventions et traitements esthétiques.....	67
8.4 Radiothérapie.....	68
9 En bref : les unions professionnelles .....	69
9.1 BeCEP – Médecine d'urgence. ....	69
9.2. Pneumologie .....	70
10 Conclusion.....	71

# 1. Rapport d'activités

## 1.1 Réunions internes

En 2016, le comité exécutif s'est réuni à 18 reprises. Les réunions qui jusqu'à il y a quelques années avaient traditionnellement lieu le lundi à midi, se tiennent maintenant alternativement soit le lundi à midi, soit le mardi ou jeudi en soirée en fonction des agendas des membres du comité. De cette manière tous les membres ont la possibilité de participer activement aux réunions. Bien que le Dr Johan BOCKAERT et le Prof. Fr. HELLER, d'un point de vue statutaire strict, ne font plus partie du comité exécutif, ils participent encore activement aux réunions. Le Prof. Jacques GRUWEZ qui officiellement n'exerce plus de mandat au sein du comité directeur, continue à réagir avec enthousiasme aux points de l'ordre du jour, par e-mail ou par téléphone. Tous les points de l'ordre du jour ayant trait de près ou de loin à la formation des candidats spécialistes, continuent à le passionner. Aujourd'hui, c'est par e-mail qu'il communique sans complaisance sur ces dossiers.

Le comité directeur s'est réuni à 6 reprises<sup>1</sup> les jeudis soir au Best Western Hotel à Grand-Bigard, lieu de prédilection situé le long de l'autoroute E-40, direction Ostende. Les travaux de démolition de l'hôtel initialement prévus en janvier 2016 ont été provisoirement reportés à fin juin 2017. Une fois qu'ils auront débuté, un autre lieu facile d'accès sera recherché, mais cette fois de l'autre côté de Bruxelles. Les membres du comité directeur pouvant profiter des joies du ring bruxellois ne doivent pas toujours être les mêmes.

Après une première rencontre avec le Dr Jean-Luc DEMEERE le 11.03.2016, les professeurs Magali PIRSON et Pol LECLERCQ de l'École de Santé Publique (ULB) ont exposé leur projet au comité exécutif du 19 avril 2016. Vu l'intérêt manifesté par les membres du comité exécutif pour ce projet, ils ont été invités à refaire leur exposé lors de la réunion du comité directeur du 12 mai 2016. Le comité directeur du GBS a alors décidé de participer activement au projet. Tout au long de sa mise en œuvre, le comité exécutif a été tenu informé de l'évolution du dossier par l'équipe PIRSON – LECLERCQ<sup>2</sup>.

## 1.2 Décès

Le 4 mars 2016, le GBS a dû faire ses adieux au Dr Jacques MERCKEN qui a été président du GBS pendant 13 ans, de février 1987 à février 2000. Au cours de cette période, il était parvenu à fédérer la défense professionnelle de toutes les spécialités. La défense des intérêts des médecins axée sur l'amélioration des soins des patients était au cœur de ses préoccupations de président. C'était un diplomate né et un rassembleur. Avec son collègue Louis BECKERS, à l'époque président de l'ABSyM, ils avaient réussi l'exploit de faire collaborer les deux organisations. Le gentlemen's agreement qu'ils avaient conclu a été formalisé en février 2016 et signé par le Dr Jean-Luc DEMEERE, président du GBS, et le Dr Jacques DE TOEUF, à l'époque président de l'ABSyM. Le Prof. Jacques GRUWEZ, compagnon de route du Dr Jacques MERCKEN, a prononcé une oraison funèbre lors des funérailles.<sup>3</sup> Les médecins perdent un fervent défenseur de la noblesse de la profession médicale.

Quelques semaines plus tard, le 30 mars 2016, on apprenait le décès du Dr Louis BECKERS membre pendant des décennies du GBS et de l'union professionnelle médicale belge de chirurgie orthopédique

---

<sup>1</sup> 21.01.2016 – 10.03.2016 – 12.05.2016 – 07.07.2016 – 22.09.2016 – 24.11.2016.

<sup>2</sup> Voir aussi point 3.2.4.

<sup>3</sup> Cette oraison funèbre a été publiée dans le Médecin Spécialiste n°3 d'avril 2016.

et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il s'était surtout illustré comme cofondateur et membre de la direction de l'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM) que le soussigné avait introduit au comité directeur de l'ABSyM.

### 1.3 Publications

En 2016, le Médecin Spécialiste, le bulletin pour les membres des unions professionnelles affiliées au GBS, est paru à 6 reprises. Ce bulletin est envoyé tant par courrier postal que par e-mail. Il va sans dire que l'envoi du bulletin en version papier – tâche intégralement assumée sur place par les services du GBS – requiert une préparation plus intensive que l'envoi électronique du bulletin au moyen de l'application *MailChimp* utilisée par le secrétariat du GBS.

Le GBS saisit toutes les occasions pour encourager le plus possible de membres à communiquer leur adresse e-mail. Ce mode de communication n'a que des avantages. Les membres reçoivent toutes les actualités en temps réel. De plus, cela contribue à réduire l'empreinte écologique du GBS.

L'an dernier, le secrétariat du GBS a envoyé un total de pas moins de 400 e-mails différents. Ce nombre est élevé car il englobe les e-mails envoyés aux membres de 29 unions professionnelles. Il est aussi gonflé par l'envoi massif des courriers relatifs au seuil d'activité pour bénéficier du statut social de l'INAMI. Ce mailing a nécessité 64 textes différents, à savoir un courrier distinct pour chaque spécialité car le seuil d'activité diffère d'une spécialité à l'autre, le tout rédigé en néerlandais et en français. Comme quoi, communiquer en ligne avec les membres peut aussi prendre du temps. Notons que cette corvée aurait pu être bien plus chronophage si tous ces envois avaient dû être réalisés par voie postale.

Plus souvent qu'en 2015, le secrétariat du GBS a envoyé aux membres des unions professionnelles des mailings qui n'étaient pas aux couleurs du GBS. Dans ces cas, l'en-tête de l'union membre concernée figure en haut du courrier mais ces mails ne sont pas publiés dans un numéro de l'e-spécialiste sur le site du GBS. Ces courriers « non publics » concernent souvent des appels à candidature ou des invitations à des réunions, mais ils peuvent aussi contenir des avis sur des sujets spécifiques que le comité directeur de l'union professionnelle en question souhaite réserver à ses seuls membres.

65 numéros publics de l'e-spécialiste ont été édités en ligne, soit 7 de plus qu'en 2015. Les unions professionnelles sollicitent également le secrétariat pour envoyer des communiqués de presse ciblés et efficaces.

### 1.4 Symposiums organisés par le GBS et par ses unions professionnelles

#### 1.4.1. Introduction

Chaque année, le GBS et les unions professionnelles, avec la collaboration du GBS, organisent des symposiums ou des séances d'information. Ce sont des occasions idéales pour informer les membres des sujets brûlants qui intéressent de près la profession. Les discussions qui succèdent aux interventions des orateurs apportent des éléments utiles que les membres du comité directeur peuvent utiliser dans leurs discussions avec les pouvoirs publics. Vu les sujets sélectionnés pour les symposiums, il n'est pas rare que certains collaborateurs au cabinet de la Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales ou de l'administration interviennent comme orateur. La presse donne souvent un compte rendu de ces assemblées. L'année dernière, avec la collaboration du GBS, des symposiums ont été organisés par les unions professionnelles des anesthésistes, des intensivistes, des internistes, des radiologues et des pneumologues.

#### 1.4.2. Symposium annuel 20.02.2016 – « Les enjeux d’une collaboration multidisciplinaire ».

Quelque 200 participants ont assisté au symposium qui a reçu des échos très favorables dans la presse médicale. Tant le Journal du Médecin que Le Spécialiste ont dépêché une équipe de tournage sur place. Pendant la pause, les Drs J.-L. DEMEERE, M. MOENS et Br. VAN HERENDAEL ont été interviewés. Plusieurs articles ont été publiés dans l’édition électronique de ces journaux.

Le symposium a aussi attiré l’attention du cabinet qui a apprécié que ce point de l’agenda politique de la ministre Maggie DE BLOCK soit examiné à la loupe. Une note de Maggie DE BLOCK adressée à la conférence interministérielle insiste sur plus d’efficacité dans les soins de santé et sur la diminution des dépenses grâce à une collaboration interdisciplinaire accrue. Au cours de notre symposium, le Prof. Dr Koenraad VANDEWOUDE, collaborateur du cabinet, a soulevé un coin du voile sur la vision du futur du cabinet. Le projet intégral de la réforme de l’AR 78<sup>4</sup> a été exposé au cours d’un kick-off meeting, organisée par Maggie DE BLOCK le 28 septembre 2016 dans un auditoire archicombles du Passage 44 à Bruxelles. La ministre Maggie De BLOCK et ses collaborateurs au cabinet Koenraad VANDEWOUDE et Tom GOFFIN ont donné une esquisse de l’organisation et de la collaboration entre les différentes professions des soins de santé.

Cette collaboration multidisciplinaire suscite de nombreuses questions sur le terrain. Comment sera-t-elle organisée? Une des questions ouvertes concerne l’influence de cette collaboration multidisciplinaire sur la formation du médecin. Comment le candidat spécialiste sera-t-il formé à cette collaboration multidisciplinaire? Il incombe au Conseil supérieur de formuler une réponse à cette question et de faire les propositions utiles. Quel est le rôle du non-médecin dans les soins de santé et dans l’exercice de la médecine. Dans un rapport circonstancié<sup>5</sup>, le GBS a réagi à la note conceptuelle de Maggie DE BLOCK sur la réforme des professions de soins de santé.

#### 1.4.3. Radioprotection et relations avec l’AFCN<sup>6</sup>

Depuis 2011, le GBS organise pratiquement chaque année un symposium de radioprotection. En 2015, le dernier symposium de radioprotection en date avait été organisé pour les connexistes et les radiologues. Le GBS n’a toutefois pas complètement délaissé le thème de la radioprotection lors de ses congrès. Le 12 mars 2016, un symposium de radioprotection a été organisé spécialement à l’intention des nucléaristes et des radiothérapeutes. Après une session commune, modérée par le Directeur Santé et Environnement de l’AFCN, le Dr P. VAN DER DONCKT, dont les thèmes abordés intéressaient les deux disciplines, des sessions parallèles ont été organisées pour chacune des deux disciplines. Ces sessions ont été modérées par le Dr Bart DEHAES pour la médecine nucléaire, et par le Dr Marc BROSENS pour la radiothérapie.

135 nucléaristes et 52 radiothérapeutes ont participé au symposium. Le nombre de participants n’est pas comparable à celui des sessions organisées pour les connexistes et les radiologues, qui elles rassemblent en moyenne quelque 450 médecins. Le nombre plus restreint de médecins agréés dans ces deux disciplines ne permettait pas d’espérer atteindre pareil niveau. Ce fut toutefois l’occasion de nouer des contacts avec un public complètement différent, au profil et aux attentes aussi très différents. Une enquête de satisfaction a été envoyée à l’issue du symposium. Les réponses reçues ont permis de tirer des leçons utiles. Le temps imparti respectivement aux sessions communes et aux sessions parallèles sera inversé dans le futur. L’intérêt des participants se porte manifestement plus sur les thèmes abordés au cours des sessions parallèles. Alors qu’aux symposiums du GBS organisés dans le cadre de l’Éthique

---

<sup>4</sup> [www.ar78.be](http://www.ar78.be)

<sup>5</sup> La note du GBS a été publiée dans le Médecin Spécialiste n°1 de janvier 2017

<sup>6</sup> Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN)

et de l'Économie, tous les orateurs parlent dans leur propre langue, les participants ont dans ce cas-ci accordé leur préférence à l'anglais pour les thèmes plus scientifiques. Ces deux suggestions seront prises en compte par le GBS pour l'organisation d'une prochaine session de radioprotection pour les nucléaristes et les radiothérapeutes, planifiée en 2018.

L'obligation, tant au début de la session qu'à la fin, de signer la liste de présence est perçue par de nombreux participants comme de l'excès de zèle et même comme une tracasserie. Pour être sûr à 100% que la session soit reconnue par l'AFCN dans le cadre de la radioprotection, le GBS organise ces symposiums en étroite collaboration avec l'agence. Le programme leur est soumis au préalable pour approbation. Un orateur de l'AFCN est toujours invité pour aborder le cadre juridique. Les sessions sont systématiquement modérées par un représentant de l'AFCN. Le personnel du GBS présent ne reçoit les listes de présence qui doivent être signées à la fin de la session, qu'après la fin de l'intervention du dernier orateur. Comme tous les participants se retrouvent à vouloir signer ces listes en même temps, cela prend plus de temps.

L'organisation de symposiums autour du thème de la radioprotection répond à un besoin réel sur le terrain. Depuis déjà 1963, tous les médecins qui utilisent les rayonnements ionisants doivent disposer d'une autorisation d'utilisation des rayons ionisants à des fins médicales. Dans l'AR 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, cette exigence a été davantage explicitée. La formation en radioprotection comprend 40 heures de formation théorique et 35 heures de formation pratique. Ce cours est dispensé par toutes les universités belges. Le permis d'utilisation des rayonnements ionisants est valable pour une période de 10 ans. En 2011, les premiers permis délivrés sont arrivés à échéance et les médecins ont dû démontrer qu'ils avaient suivi une formation continue pour maintenir leurs connaissances à niveau<sup>7</sup>. Pour les médecins pour qui l'utilisation de rayonnements ionisants est inhérente à leur discipline, cette formation continue n'est pas vraiment une contrainte supplémentaire. La plupart des congrès organisés par leurs disciplines abordent ce thème d'une manière ou d'une autre. En revanche pour les connexistes, la possibilité de telles sessions de formation continue était pratiquement inexistante. C'est pourquoi le GBS organise depuis 2011 des sessions de formation continue spécifiquement destinées aux connexistes. Vu le nombre vraiment considérable tant de connexistes que de radiologues, devant prouver qu'ils suivent une formation continue, l'AFCN a adopté une attitude souple et pragmatique pendant les premières années. Il leur suffisait d'être en mesure de prouver qu'au cours des 10 dernières années, ils avaient suivi 4 heures de formation continue pour obtenir une prolongation de l'autorisation.

En février 2016, l'AFCN a adressé à tous les médecins connus des pouvoirs publics pour utiliser des rayonnements ionisants, une circulaire dans laquelle les critères de formation continue sont nettement plus stricts.

- Pour les autorisations arrivées à échéance en 2016, l'approche pragmatique prévaut encore.
- Pour les autorisations arrivant à échéance en 2017, une mesure transitoire s'applique. Le médecin doit pouvoir prouver qu'il a suivi 6 h de formation continue au cours de la durée de validité de son autorisation.
- Pour les autorisations arrivant à échéance à partir de 2018, le médecin doit pouvoir prouver qu'à partir de 2016, il a suivi en moyenne 6 h de formation continue tous les 3 ans avec de préférence une répartition maximale de 2 h de formation continue par an. Cette même règle vaut pour les autorisations accordées pour une durée indéterminée.

---

<sup>7</sup> Art. 53.1 de l'AR du 20.07.2001 (MB 30.08.2001 ; Ed. 1)



Le renforcement unilatéral des critères de formation continue a provoqué beaucoup de remous parmi les connexistes, principalement parce que la circulaire stipulait que cette nouvelle réglementation avait été prise en concertation avec le secteur. Dans les mois précédant la mise en place de cette mesure, l'AFCN s'était souvent concertée avec les radiologues mais les connexistes n'avaient pas été impliqués dans ces discussions. L'AFCN avait auparavant négocié avec les représentants des spécialistes en médecine nucléaire et en radiothérapie. Pour ces disciplines aussi, les critères de formation continue ont été fortement revus à la hausse. Les nucléaristes et les radiothérapeutes doivent en effet prouver 3h de formation continue par an. Les nucléaristes qui utilisent l'imagerie hybride doivent en plus prouver une heure supplémentaire de formation.

Le 10 mai 2016, une large délégation de connexistes du GBS a été reçue par l'AFCN. Outre les représentants de l'AFCN, le Dr N. DE SWAEF du service d'évaluation et de contrôle médical (SECM), cellule stratégique de l'imagerie médicale de l'INAMI, était lui aussi présent à cette réunion.

Tout le monde a convenu que tous les médecins qui utilisent des rayonnements ionisants doivent avoir suivi la formation de base en radioprotection. En application de l'art. 17 §11 de la nomenclature des prestations de santé, l'INAMI a établi une liste de tous les médecins dont le profil INAMI indique qu'ils utilisent des rayonnements ionisants. Il est surprenant que 50% des médecins de cette liste ne disposent pas d'une autorisation de l'AFCN. Les médecins sans autorisation se retrouvent dans toutes les disciplines et toutes les catégories d'âge, même certains médecins récemment agréés. Pour certains médecins, il s'agit sans doute d'une négligence administrative. En effet, pour obtenir l'autorisation, il ne suffit pas d'avoir suivi la formation, il faut aussi avoir remis à l'AFCN une copie de l'attestation certifiant que la formation a été suivie. Certains parmi les médecins non autorisés n'effectuent que très peu de prestations de ce type. Il leur suffit très probablement de référer dans ces cas exceptionnels le patient à un collègue.

En 2016, en collaboration avec l'INAMI, l'AFCN a lancé une campagne sur la formation de base de radioprotection pour les médecins sans autorisation. Comme les techniques utilisées par les cardiologues nécessitent de fortes doses de rayonnements ionisants et comme en outre ils représentent une source de dépenses importante pour l'INAMI, ils ont été placés en tête de liste. Aux mois de juin/juillet 2016, chaque cardiologue ne disposant pas d'une autorisation a été contacté par lettre et invité à suivre le cours de base de radioprotection pendant l'année académique 2016-2017. À partir de septembre 2017, l'AFCN et l'INAMI effectueront des contrôles ciblés chez les cardiologues. Les cardiologues sans autorisation permis ne pourront plus attester des prestations impliquant l'utilisation de rayonnements ionisants. Le cas échéant, ils devront aller jusqu'à rembourser les prestations indûment attestées aux yeux du SECM. En concertation avec l'AFCN, les universités ont augmenté leur capacité de formation en radioprotection de 200 places supplémentaires par an. C'est bien trop peu pour former tous les médecins sans autorisations. Chaque année, l'AFCN, en concertation avec l'INAMI, ciblera les médecins d'une autre spécialité et offrira à ces médecins la possibilité de régulariser leur situation.

Les discussions avec l'AFCN le 10 mai 2016 n'ont pas donné le résultat escompté. L'AFCN a campé sur sa position et a décidé de maintenir l'exigence de 2h/an ou 6h/3 ans de formation continue.

En 2017, le GBS organisera de nouveau une session générale de radioprotection pour les connexistes. Quelques mois plus tard, cette session sera également disponible via un module d'e-learning. Les premiers contacts ont déjà été établis avec l'AFCN pour prendre des dispositions concrètes concernant les exigences techniques de ce projet d'e-learning.

L'union professionnelle d'orthopédie a transmis à l'AFCN les résultats anonymisés d'une enquête menée parmi ses membres sur la présence et l'utilisation de moyens de protection personnels des

médecins – en l’occurrence les orthopédistes – en milieu hospitalier. Cette enquête révèle que dans la plupart des cas, les dosimètres et tabliers plombés sont en suffisance à disposition et que leur qualité est satisfaisante. C’était bien moins le cas en ce qui concerne le matériel de protection de la thyroïde ; quant aux lunettes avec protections latérales, elles sont pratiquement indisponibles. De même, les gants de protection ne sont que sporadiquement disponibles. Il est contradictoire d’exiger des médecins d’entretenir chaque année leur niveau de connaissances en radioprotection alors que les hôpitaux ne sont pas tenus de mettre à disposition le matériel de protection nécessaire. Peut-être est-ce parce que c’est trop cher. L’AFCN a annoncé que ces vérifications seraient plus strictes lors des contrôles dans les hôpitaux

#### 1.4.4 Bien se préparer à la pension

La dernière fois que le GBS avait organisé un symposium autour du thème des pensions, c’était le 25 mai 2013. Il était temps de renouveler l’expérience. Le 22 octobre 2016, un symposium sur ce thème a donc eu lieu dans la salle Jacques Brel du Passage 44. La salle était archicomble, les inscriptions ayant dû être clôturées quelques jours avant le congrès. Bien qu’1 CP seulement n’ait été attribué dans le contexte de l’accréditation INAMI, tout le monde a écouté passionnément les conférences de tous les orateurs, dont entre autres l’exposé captivant de M. Bart DEVOS, secrétaire du groupe de direction de l’accréditation, sur la réglementation INAMI en fin de carrière médicale.

Maître Wim DECLOEDT, également présent au symposium de 2013 sur les pensions, a entamé son allocution avec un hommage au Prof. Émérite Roger. BLANPAIN, père du droit du travail belge décédé quelques jours auparavant, le 12 octobre 2016. Le Prof. BLANPAIN avait rehaussé de sa présence l’édition de 2013 comme orateur sur le thème « Le nouveau règlement des pensions est-il discriminant? ». Dans le prolongement de cette problématique, Maître Wim DECLOEDT a traité du thème « Travailler au-delà de 65 ans. Quels sont vos droits ? Que devient votre contrat hospitalier ? ».

Dr. Jean VANDERICK, radiothérapeute et chef de clinique du CHU Liège, a traité abondamment de ce qu’un médecin peut attendre de sa pension légale. Pour étoffer ce sujet, M. Alain VAN WICHELEN de BlueGround, a essayé de formuler quelques réponses concrètes à la question de savoir si la fin de carrière entraîne la fin de la société du médecin. Pour clôturer, le tandem formé par André VAN VARENBERG et David VERSCHATSE de Concordia, notre courtier en assurance, a donné un aperçu des assurances qui peuvent rester utiles au terme de la carrière médicale.

Après les exposés des orateurs, une séance fleuve de questions-réponses s’est ouverte. La réunion a connu un succès tel que le président, le Dr Jean-Luc DEMEERE a annoncé en fin de séance l’organisation d’un 2<sup>e</sup> symposium sur ce thème avant les vacances de 2017. À cette occasion, y seraient approfondis certains sujets qui, faute de temps, n’avaient pu être abordés que superficiellement.

#### 1.4.5 Symposium de l’association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie et réanimation (APSAR)

Le symposium annuel de l’APSAR intitulé l’an dernier «*The anaesthetist and anaesthesia in a rapidly evolving healthcare landscape*» s’est déroulé le 30 janvier 2016 au Passage 44 et a remporté un franc succès comme les années précédentes. La redéfinition de la profession a été au cœur des discussions et les Drs Jan MULIER et Erika SLOCK ont présenté les résultats d’une enquête s’appliquant tant à la Belgique qu’aux communautés flamande et francophone. Plus de mille anesthésistes ont répondu à cette enquête. L’anesthésiste est devenu le médecin de la médecine périopératoire et de la médecine critique. Une majorité d’anesthésistes défendent leur rôle et leur présence aux soins intensifs. Et une

majorité estime aussi que l'anesthésiste est le médecin de la phase périopératoire et qu'il a la formation pour assumer cette fonction.

#### 1.4.6 Symposium de l'union professionnelle belge des médecins spécialistes en soins intensifs du 16.02.2016

L'union professionnelle des médecins spécialistes en soins intensifs n'est peut-être pas l'union professionnelle qui compte le plus de membres au sein du GBS mais nombreux sont les présidents d'autres unions qui seraient très satisfaits de compter un nombre aussi élevé de membres qui chaque année participent spontanément et activement à l'assemblée générale.

Outre les points purement administratifs qui doivent être traités à l'occasion d'une telle réunion, l'union professionnelle a pris l'habitude d'y associer une session d'information pour laquelle des points en éthique et économie peuvent être obtenus. Chaque année, un certain nombre d'orateurs sont invités pour présenter un dossier qui a spécifiquement attiré l'attention. En 2016, les orateurs ont traité en particulier de l'accréditation des hôpitaux. Ce thème a été analysé par un expert néerlandophone et un expert francophone de sorte que les sensibilités communautaires ont pu y être abordées.

#### 1.4.7 Symposium de l'Union professionnelle des médecins spécialistes en Médecine interne 12.03.2016

Le 12 mars 2016, l'Union Professionnelle de Médecine Interne a organisé à l'hôtel Radisson de Bruxelles un symposium consacré à l'avenir de la Médecine Interne Générale en Belgique. Cette réunion modérée par le Prof F. Heller (Président Honoraire de l'Union Professionnelle de Médecine Interne) a mis en exergue le rôle majeur que cette spécialité doit jouer dans la gestion globale du patient tant à l'hôpital qu'en ambulatoire. Ce rôle est reconnu par les patients et les responsables des hôpitaux non seulement en Belgique mais également en Europe et aux Etats Unis. Divers aspects ont été développés : incidence financière dans le nouveau cadre du financement des hôpitaux (Dr Jean-Luc DEMEERE, Président du GBS), l'apport de la Médecine Interne Générale dans un hôpital universitaire (Professeur Willy PEETERMANS UZ Leuven) et dans un hôpital non-universitaire (Dr Geneviève DERUE (CH Jolimont-Lobbes et Tubize-Nivelles). La discussion générale a été animée par le Dr Johan BOCKAERT (Président de l'Union Professionnelle de Médecine Interne). L'assemblée a exprimé la nécessité d'intervenir au niveau politique pour concrétiser le rôle de l'Interniste général dans l'organisation des Soins de Santé en Belgique et assurer un financement correct de cette activité.

#### 1.4.8 Symposium de l'union professionnelle des médecins belges spécialistes en pneumologie du 21.06.2016

À l'instar des médecins intensivistes, depuis quelques années, l'union professionnelle des pneumologues organise aussi une séance d'information à l'occasion de l'assemblée générale. Le Dr Jan LAMONT a donné une ébauche de la situation des négociations (ou plus exactement, du manque de dialogue) avec l'INAMI dans le cadre de la convention nCPAP. Ce sujet fera encore l'actualité pendant des mois (voir point 9.2).

Le soussigné a esquissé le cadre dans lequel cette nouvelle offensive budgétaire draconienne sur la pneumologie a été lancée par les médecins des mutualistes du Collège des médecins-directeurs de l'INAMI.

## 1.5 Website

Le site du GBS a été lancé en 2014. En plus des rapports annuels, et des archives de tous nos bulletins, les visiteurs y trouveront des informations régulièrement mises à jour par l'équipe du GBS spécifiquement formée pour actualiser les annonces de congrès, les modifications de la nomenclature, les tarifs, ainsi que toutes les autres informations importantes pour l'exercice de la médecine spécialisée. Le secrétariat du GBS a également mis en place des formulaires d'inscription en ligne aux différents symposiums organisés par le GBS. S'inscrire en ligne à un symposium permet d'une part d'économiser des frais de courrier, d'encre et de papier, d'autre part de faciliter le travail de gestion des inscriptions du secrétariat. Trois ans, le temps est venu de progressivement adapter le site sans que la qualité des informations fournies ait à en souffrir. Dans l'année à venir, le GBS mettra en place des outils pour une meilleure interaction avec les visiteurs de notre site, et plus particulièrement pour les membres du GBS.

Le secrétariat qui gère de manière autonome le site internet dispose de statistiques de visites et d'activités sur le site.

Au cours de l'année 2016, sur base des tendances fournies par Google Analytics, le site du GBS a été visité par 21 404 visiteurs distincts, soit une légère augmentation de 8,34% par rapport à l'année 2015 (19.756 visiteurs). Ils ont visionné 78 535 pages du site, soit une diminution de 22,22%. Cela signifie que la fréquentation du site Internet du GBS a encore une belle croissance par rapport à l'année précédente mais que l'intérêt pour le contenu du site a diminué. Le fait que les pages soient « anciennes » crée leur obsolescence puisqu'elles ne sont plus référencées<sup>8</sup>.

En ce qui concerne l'envoi de communications, qu'il s'agisse des e-spécialistes, des bulletins ou d'autres communications à l'intention de tous les membres ou des membres d'une union professionnelle en particulier, le GBS a envoyé 150 439 messages électroniques. Ces e-mails sont lus en moyenne par 38,3 % des destinataires. D'après une étude globale, les messages en provenance d'associations professionnelles sont lus en moyenne par 38,02 % de leurs destinataires, cela confirme la forte pertinence des informations envoyées par email par le GBS à ses membres.

## 2. Représentation du GBS

### 2.1 Représentation en Belgique

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

L'AMSFr ne s'est réunie qu'à 2 reprises depuis la dernière assemblée générale de février 2016 du GBS.

À la suite de la démission du Prof. Francis HELLER, la première réunion du comité directeur qui a suivi l'assemblée générale du GBS, a élu le 10 mars 2016 au poste de président de l'AMSFr, le Dr Baudouin MANSVELT.

---

<sup>8</sup> Il n'existe pas d'étude scientifique sur le vieillissement des sites internet mais la plupart sont le plus souvent mis à jour et sur la base des informations dont on dispose, la durée de vie d'une version de site oscille entre 2 et 3 ans. Les statistiques de visite n'amènent pas à conclure que le site doit être actualisé.

L'association s'est, au premier semestre, essentiellement penchée sur le problème de la planification médicale. Le sujet était d'autant plus brûlant que l'AMSFr était invitée le 17.05.2016 à participer à une réunion « préliminaire » sur le sujet, organisée par la Fédération Wallonie-Bruxelles au siège du Président de ladite Fédération, le ministre Rudy DEMOTTE. En plus de la profession, y étaient aussi conviés des associations de médecins généralistes, les syndicats médicaux et le collège des doyens des facultés.

Les deux réunions du comité exécutif ont eu pour objet la préparation de cette réunion. Pour établir une proposition de planification qui corresponde aux réalités du terrain, l'AMSFr a lancé un appel aux unions professionnelles pour qu'elles transmettent au secrétariat du GBS leurs réflexions sur le cadastre (imparfait) de leur spécialité et surtout leur évaluation sur les besoins en spécialistes, compte tenu de la pyramide des âges et du nombre de candidats spécialistes actuellement en formation. De nombreuses spécialités ont répondu plus ou moins précisément aux questions posées, ce qui pour certaines était une réelle gageure. Le comité exécutif de l'AMSFr a ainsi élaboré une grille synthétique des besoins, qui devrait aider la Communauté française à décider de chiffres réalistes pour le sous-contingentement des spécialités médicales au cours des prochaines années.

A côté de ces calculs prospectifs, une note plus générale sur la question du sous-contingentement a été rédigée par le même comité. Cette note fait état d'un certain nombre d'éléments objectifs à prendre en compte :

- La densité générale des médecins en Belgique se situe dans la moyenne européenne. La répartition régionale des médecins n'est pas en défaveur de Bruxelles ni de la Wallonie. Par contre, la répartition selon l'âge leur est moins favorable.
- Un médecin équivalent temps-plein (ETP) entrant dans la vie professionnelle n'a plus (la volonté d'avoir) la même capacité de travail que celle d'un ETP médecin plus âgé. La féminisation de la profession médicale n'en est pas la seule raison.
- Un nombre non négligeable de candidats spécialistes arrêtent volontairement leur formation avant son terme.
- Certaines spécialités, surtout celles qui ont peu de prestations medicotechniques, ne sont pas suffisamment honorées. La nomenclature de leurs prestations devrait être revalorisée afin d'exercer un pouvoir attractif suffisant auprès des jeunes médecins.
- La réforme du financement des hôpitaux (réduction des hospitalisations et de leur durée) et la volonté de redistribution des tâches entre les différents prestataires de soins va entraîner un réajustement des besoins en médecins. A moyen terme, certaines spécialités risquent la pléthore, d'autres la pénurie, contrairement à ce que pourrait prédire le cadastre actuel.

La réunion au cabinet du ministre-président est restée très générale. Elle a permis de pointer quelques problèmes ou souhaits qui ont été successivement évoqués par les différents participants, comme le financement des années de formation des candidats spécialistes, l'information sur les débouchés en spécialités médicales à transmettre dans des délais raisonnables aux étudiants en médecine, les critères légaux permettant de ralentir le recrutement croissant de médecins étrangers qui prennent les places de médecins belges, la pénibilité des gardes dans certaines spécialités, le besoin accru de formation de médecins généralistes dans le cadre de la volonté fédérale de privilégier les soins à domicile plutôt qu'à l'hôpital, l'accueil à la formation en médecine générale et en médecine spécialisée de la double cohorte des diplômés en médecine en 2018.... Parmi ces différents points, le président de l'AMSFr a insisté sur la nécessité de créer de plus sévères conditions d'octroi de la pratique de la médecine en Belgique aux médecins étrangers, ceci afin de privilégier l'engagement dans nos hôpitaux de médecins belges dont

on a l'assurance d'une formation de haute qualité dans nos universités et d'une connaissance adéquate de notre système de santé.

L'ensemble des problèmes soulevés a convaincu le ministre de la nécessité de mettre en place dans les meilleurs délais une « task force » composée de membres des différents groupes représentés. Depuis la réunion de 2016, aucun compte rendu de la réunion n'a encore été soumis à l'approbation des participants et aucune nouvelle réunion n'a été programmée depuis lors. Pourtant le ministre avait insisté sur l'urgence d'offrir une réponse satisfaisante à l'ensemble des problèmes évoqués. En décembre 2016, le président du collège des doyens de médecine a envoyé un mail de rappel au ministre, sans réponse un mois plus tard.

Tout au long de l'année 2016, l'AMSFr s'est investie par le biais de ses représentants au sein des instances du GBS central (comité directeur et comité exécutif) dans les différents dossiers qui concernent la pratique médicale des spécialistes dans un environnement dont les contours sont sensiblement redessinés sous la houlette de la très active ministre fédérale de la Santé publique, Maggie DE BLOCK.

En 2017, l'aile francophone du GBS continuera certainement à suivre le dossier du sous-contingentement des spécialités médicales en communauté française. Elle devra aussi très probablement se pencher sur le statut du médecin hospitalier qui, dans le contexte de la réforme du financement des hôpitaux, sera inévitablement redéfini quant à sa rétribution, son activité médicale, ses responsabilités hospitalières et sa relation avec le gestionnaire et les autres prestataires de soins.

## 2.1.2. Activités de l'Artsenvereniging Vlaamse Specialisten<sup>9</sup> (AVS)

### 2.1.2.1. Procédure d'agrément des candidats spécialistes en formation

L'agrément des médecins spécialistes est une compétence des communautés depuis l'entrée en vigueur de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Dans une première phase, la procédure fédérale d'agrément existante a continué à être appliquée intégralement en Communauté flamande. Dans le même temps, l'Agentschap Zorg en Gezondheid de la Communauté flamande a organisé des réunions pendant les mois de mai et de juin 2016 afin d'élaborer une procédure d'agrément flamande spécifique pour les médecins spécialistes et les médecins généralistes. Certains représentants du GBS, également présidents de la commission d'agrément de leur spécialité<sup>10</sup> ont activement participé à ces réunions préparatoires. En outre, les organisations de médecins ont eu à plusieurs reprises l'occasion de formuler par écrit des commentaires sur les textes présentés. Le GBS a activement recouru à cette possibilité<sup>11</sup>.

Le texte qui a finalement été soumis à l'avis du Conseil d'État tient compte de certaines remarques du GBS. D'autres remarques sont passées à la trappe, notamment le fait qu'une lecture strictement juridique de la disposition relative à la composition de la commission d'agrément pourrait rompre la parité entre les bancs universitaire et professionnel, ce que ne recherchaient ni l'administration ni les bancs universitaires ou professionnels. La remarque du GBS concernant un dépassement de compétence possible par la Communauté flamande n'a pas non plus été prise en compte. L'arrêté stipule en effet que lors de sa demande d'agrément, le candidat spécialiste doit présenter le diplôme de master de médecine spécialisée correspondant à sa spécialité ou le master en médecine générale. C'est une exigence supplémentaire des pouvoirs publics flamands qui ne figure pas dans l'arrêté

---

<sup>9</sup> L'AVS est l'aile flamande du GBS.

<sup>10</sup> Dr M. Brosens (radiothérapie), Dr D. Devriendt (chirurgie), Dr P. Linden (médecine physique et réhabilitation), Dr J.-L. Rummens (biologie clinique) en Dr J. Van Wiemeersch (gynécologie)

<sup>11</sup> Lettres du GBS d.d. 12.07.2016 et 19.09.2016.

ministériel relatif aux critères d'agrément des médecins spécialistes<sup>12</sup> ou des médecins généralistes<sup>13</sup>. Le projet d'arrêté flamand a été transmis au Conseil d'État pour avis. Lorsque cet arrêté sera publié au Moniteur belge, le GBS analysera le texte et décidera des éventuelles démarches à entreprendre.

Le 14.12.2016, le GBS-AVS a adressé une lettre à tous les doyens flamands de médecine et au ministre flamand de la Santé publique Jo VANDEURZEN, concernant les rumeurs qui ont circulé au sujet d'une décision unilatérale des facultés flamandes de médecine pour que l'année de formation commence le 1<sup>er</sup> octobre au lieu du 1<sup>er</sup> août comme cela a toujours été le cas jusqu'à présent. À ce sujet, aucune concertation n'a eu lieu, ni avec les maîtres de stage non universitaires, ni au sein des commissions d'agrément. Pourtant, à l'occasion d'une visite sur le « MaNaMa » (master après master), la NVAO<sup>14</sup> a de nouveau insisté sur l'importance de la collaboration entre les maîtres de stage et les services non universitaires et universitaires. D'après la réponse du ministre Jo VANDEURZEN, il n'y aurait pas eu de concertation entre les universités et son cabinet.

Le 03.01.2017, le Prof Dr Paul HERIJGERS, doyen de la faculté de médecine KU Leuven depuis le 01.08.2016, a confirmé par écrit que cette mesure a été prise au nom de tous les doyens flamands. Il a donné plusieurs arguments en faveur de cette décision. Le déplacement de la date du début de formation au 1<sup>er</sup> octobre pour toutes les universités poserait moins de problèmes aux maîtres de stage non universitaires qui forment des candidats spécialistes issus de différentes universités. La nouvelle date de début de formation ne vaut pour l'instant que pour les étudiants qui termineront leur cycle de 6 années d'études en 2018, de telle sorte que l'accueil dans les services de stage des nouveaux candidats spécialistes (voir point 6) se répartira sur deux dates différentes en cette année de double cohorte. Cela devrait en outre donner plus de temps à la commission d'agrément pour traiter le double de dossiers.

Ce dernier argument n'est cependant pas pertinent. Les commissions d'agrément approuvent la plupart des plans de stage pendant la période de septembre/octobre. Les carnets de stage de l'année de formation précédente sont remis à la commission d'agrément à partir d'octobre, mais surtout à partir de novembre. C'est alors que les commissions d'agrément consacrent l'essentiel de leurs activités au contrôle et à l'approbation des carnets de stage. Avec la nouvelle date de début de formation, l'approbation des plans de stage et l'approbation des carnets de stage aux mois d'octobre/novembre se chevaucheront.

A cause de la double cohorte, il y aura plus de candidats à la recherche d'un lieu de stage. Il est peu probable que le nombre de places disponibles dans les services de stage non universitaires puisse subitement doubler. Il y a d'une part des obstacles financiers à former plus de candidats spécialistes, et d'autre part le risque que le doublement du nombre de candidats spécialistes nuise à la qualité de la formation. Le service de stage doit pouvoir offrir suffisamment de prestations médicales pour que les candidats spécialistes acquièrent l'expérience pratique requise.

#### 2.1.2.2. Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB)

La Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) est une institution de la Communauté flamande. Elle émet des avis d'experts aux autorités flamandes et fédérales et favorise la recherche scientifique en décernant des prix. En 2016, la KAGB a organisé plusieurs réunions thématiques sur la formation des médecins.

---

<sup>12</sup> Cf. article 3 et 19 de 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 (MB 27.05.2014; Ed. 1).

<sup>13</sup> Cf. article 4 de l'Arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes. (MB 04.03.2010; Ed. 1).

<sup>14</sup> NVAO: Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie

Le 20 septembre 2016, le soussigné et Mme Fanny VANDAMME ont participé au symposium « *Voorstelling van adviezen over stages en knelpuntspecialismen in geneeskunde en tandheelkunde* » (« Proposition d'avis sur les stages et spécialités en difficulté en médecine et art dentaire »).

Les organisateurs ont mis l'accent sur la nécessité de la formation continue à vie pour les médecins et sur le modèle théorique du « teach the teacher ». Le système dévoilé par les orateurs universitaires invités faisait penser assez précisément à un système de recertification.

Le principe de formation continue pour les maîtres de stage est inscrit dans un arrêté ministériel<sup>15</sup> qui a été ajouté à l'arrêté ministériel de base du 23 avril 2014. Ce nouvel AM stipule que le maître de stage suit chaque année une formation incluant une formation à l'évaluation des candidats<sup>16</sup>. Cette formation peut être organisée par des associations scientifiques, des unions professionnelles et/ou des institutions universitaires. Le comité directeur du GBS a décidé lors de sa réunion du 24 novembre 2016 d'organiser une telle session de formation à l'intention des maîtres de stage néerlandophones et francophones.

L'organisation de stages à l'étranger est une des pistes étudiées pour absorber la double cohorte de candidats spécialistes à partir de l'année académique 2018-2019. La KAGB a organisé sa réunion du 26.11.2016 sur le thème du « *Statuut van artsen-specialisten in opleiding en klinische en wetenschappelijke academische stafleden van de universitaire ziekenhuizen bij buitenlandse verblijven* ». (« Statut des médecins spécialistes en formation et du personnel académique clinique et scientifique des hôpitaux universitaires en séjour à l'étranger »). D'un point de vue purement humain et scientifique, ces stages à l'étranger sont sans nul doute une expérience enrichissante pour les candidats spécialistes. Lors de son intervention, Maître Stefaan CALLENS a toutefois fait référence à un certain nombre de pièges juridiques qui peuvent surgir pour les candidats spécialistes et pour lesquels il n'existe jusqu'à présent pas de réponse concluante. Mme Fanny VANDAMME a aussi assisté à cette réunion.

### 2.1.2.3. BVU

La BVU (la Belgische Vereniging voor Urologie) a tenu une après-midi d'étude dans la salle «De Schelp» du Parlement flamand le 28.10.2016, sur le sujet « *De rol van wetenschappelijke verenigingen in het Vlaams kwaliteitsbeleid* » («Rôle des sociétés scientifiques dans la politique de qualité flamande »).

L'expérience internationale nous apprend que la qualité est mesurable et qu'il existe une différence significative entre la pensée et les actes. Améliorer la qualité est l'objectif ultime. On améliore la qualité en partageant les connaissances et à condition d'enregistrer les données des patients. Dans le réseau hospitalier flamand de la KU Leuven, différents projets cliniques sont en cours sur : les douleurs lombaires, NefroCare et l'enregistrement prospectif des carcinomes superficiels de la vessie. Les projets ont été lancés à la demande des médecins qui les dirigent et les stimulent. Le rôle des unions professionnelles consiste à déterminer les populations cibles et les interventions clés, à traduire les guidelines internationales dans le contexte local, à étayer ces guidelines et à développer des stratégies de mise en œuvre. « Cela se fera avec les médecins ou cela ne se fera pas. »

Les organisations de patients revendiquent des informations sur la qualité. Les médecins dépensent les moyens de la collectivité : ils doivent par conséquent en rendre compte publiquement. En général, les patients ne disposent pas des bonnes informations pour distinguer « ce qu'on peut faire » et de « ce qu'on doit faire ». Il y a trop d'indicateurs vagues, la surconsommation existe et trop de demi-vérités circulent. Chaque médecin s'efforce de trouver le meilleur traitement possible pour son patient car au final, ce qui prévaut c'est que « nous sommes le patient ».

---

<sup>15</sup> AM du 13.09.2016 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 (MB 19.09.2016).

<sup>16</sup> Art. 23 de l'AM du 13.09.2016.



Le ministre Jo VANDEURZEN et le gouvernement flamand demandent plus d'indicateurs de qualité. Ils sont persuadés que cela conduira à la meilleure pratique clinique dans le cadre de la médecine evidence-based. La responsabilité de l'élaboration des meilleures pratiques cliniques incombe aux différentes unions professionnelles. Le ministre est donc partie prenante pour l'élaboration et des propositions de normes dans différentes spécialités comme c'est déjà le cas pour la néphrologie.

La 6<sup>e</sup> réforme de l'état prévoit la création d'un « Vlaams instituut voor Kwaliteit en Zorg » dont un Conseil Scientifique et les analyses de données doivent mener à une politique de santé evidence-based. Les sociétés scientifiques y auront un rôle à jouer, mais le ministre VANDEURZEN souhaite que les patients y tiennent aussi un rôle important. « Cela se fera avec les patients ou cela ne se fera pas. »

#### 2.1.2.4. Médecine d'urgence – prolongation des mesures transitoires relatives aux permanences

Au cours des derniers mois, le BeCEP et le GBS ont à plusieurs reprises attiré l'attention de tous les pouvoirs compétents sur l'urgence de prolonger les mesures transitoires autorisant les médecins de 13 spécialités de base et les gériatres qui y sont habilités par AR<sup>17</sup>, à assurer la permanence dans les services des urgences. Initialement, la ministre Maggie DE BLOCK avait soumis à l'avis du Conseil d'État un projet d'arrêté dans le cadre de ce dossier. Ce projet prévoyait une prolongation à durée indéterminée de ces mesures transitoires. Dans un avis de juillet 2016, le Conseil d'État a toutefois communiqué que la prolongation de cette mesure n'était plus du ressort des compétences fédérales mais des différentes Communautés. Le BeCEP et le GBS se sont empressés d'écrire aux Communautés le 14.07.2016. C'est seulement après qu'une lettre de rappel ait été envoyée aux Communautés en septembre que les pouvoirs politiques ont pris conscience de l'urgence de ce dossier.

Le BeCEP et le GBS ainsi qu'un certain nombre de représentants de Zorgnet-Icuro, ont dans ce cadre été invités le 12.10.2016 au cabinet du ministre flamand Jo VANDEURZEN. La réunion était dirigée par le Dr Wim TAMBEUR, conseiller en soins de santé (hôpitaux). Depuis lors, le dossier a déjà été discuté à plusieurs reprises dans le groupe de travail interministériel qui a approuvé la prolongation de 4 ans des mesures transitoires. La procédure des Communautés flamande et française est cependant de nature telle qu'il était impossible de pouvoir publier cette décision à temps au Moniteur belge – à savoir avant fin 2016 –, même en invoquant l'urgence à tous les stades du processus législatif. Une circulaire de l'INAMI comblera le vide législatif entre le 01.01.2017 et la date de publication de l'arrêté de prolongation au Moniteur belge.

#### 2.1.3 MedicaNorm

Au cours de ces dernières années, le projet MedicaNorm a connu un succès très inégal. Il a été lancé d'une manière plus ou moins structurée en 2010. Pendant les premières années, plusieurs sessions de formations bien suivies avaient été organisées pour les représentants de firmes pharmaceutiques auprès des médecins. Cette dynamique s'est complètement arrêtée suite au retrait de Pharma.be. Dans le rapport annuel de 2013, on se demandait même si 2014 ne serait pas l'année du chant du cygne du projet. Mais début 2016, on a assisté à un regain de vitalité. En effet, le « Pacte d'avenir pour le patient avec le secteur pharmaceutique » conclu le 27 juillet 2015 avec Pharma.be par la ministre DE BLOCK, stipule que les informateurs médicaux qui jouent un rôle-clé dans la diffusion d'informations relatives aux médicaments auprès des professionnels de la santé, doivent être adéquatement formés<sup>18</sup>. Cette disposition semblait taillée sur mesure pour MedicaNorm. Le projet avait été exposé le 3 février 2016 à Briec VAN DAMME, à l'époque collaborateur au cabinet de Maggie DE BLOCK, qui devait aborder ce

---

<sup>17</sup> Art. 13§2 et 3 de l'AR fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée.

<sup>18</sup> Point 3.6.2 du Pacte d'avenir pour le patient avec le secteur pharmaceutique.

sujet à la réunion de concertation prévue avec le secteur pharmaceutique. Mais quelques mois après cette réunion, Briec VAN DAMME a quitté le cabinet pour poursuivre sa carrière en Norvège. L'initiative prenait l'eau d'autant plus que la situation financière incitait les pouvoirs publics à économiser dans tous les secteurs des soins de santé. Il devenait évident que ni le secteur pharmaceutique ni les pouvoirs publics n'étaient prêts à s'engager davantage dans ce dossier. Pourtant, des investissements dans ces formations pourraient à terme conduire à une utilisation plus adéquate des médicaments, objectif initial de MedicaNorm et de la ministre. Les sessions de formation prévues en 2016 ont été annulées car elles n'ont pas suscité suffisamment d'intérêt.

#### 2.1.4 MDEON

L'assemblée générale de Mdeon du 06.12.2016 fut marquée par le départ de Monsieur Richard VAN DEN BROECK, président actuel et cofondateur de Mdeon, l'ancien UNAMEC aujourd'hui connu sous le nom de beMedTech. Mais avant d'être félicité et fêté dans un montage vidéo où même Madame la ministre DE BLOCK a exprimé sa sympathie, le président a présenté le rapport d'activité de 2016.

On retiendra le sponsoring indirect et le Visa V1 bis, la réorganisation et la recherche d'efficacité du bureau des visas avec la modification de la jurisprudence, et la transparence avec le site betransparent.be. Enfin, notons la bonne santé financière de l'organisation qui permet de diminuer le coût d'une demande de visa.

L'idée du sponsoring indirect vient de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie du matériel médical. Le sponsoring n'est plus accordé à un médecin spécifique mais à une organisation scientifique, à un laboratoire ou service, ou encore à une institution hospitalière. Cette organisation doit ensuite accorder le sponsoring à un médecin de son choix (ou pharmacien, ou directeur des achats...). Le GBS s'est toujours opposé à ce type de sponsoring. Si l'on veut jouer la carte de la transparence, on ne va pas laisser tomber la chape de plomb de l'institution pour « anonymiser » le sponsoring. Ensuite, on s'interroge sur la valeur « non commerciale » de ce type de sponsoring, où le choix de la personne sponsorisée dépend du bon vouloir de l'organisation et non plus d'un but scientifique ou thérapeutique. On n'ose pas penser au choix objectif de l'organisation pour sponsoriser tel médecin plutôt que tel autre, voire un non-médecin. La transparence s'apparente ainsi à de l'obscurantisme institutionnel.

L'instance de contrôle de l'agence du médicament (AFMPS) bloque également le développement du visa V1 bis. Mdeon et l'industrie essaient de négocier avec l'agence pour obtenir le sponsoring indirect avec le V1 bis. La base de la motivation de Mdeon est que le secteur fait son autorégulation suivant son propre code d'éthique. L'AFMPS ne partage pas la même définition de l'autorégulation.

Les demandes de visas sont donc actuellement maintenues avec les formulaires V1 introduits par la firme qui sponsorise un participant, et les formulaires V2, introduits par un organisateur de réunion scientifique.

Concernant l'autorégulation et la jurisprudence des visas (accordés et refusés), Mdeon a perfectionné la validité des critères d'obtention des visas. Le bureau des Visas insiste sur le caractère exclusivement scientifique dans le domaine des sciences médicales et pharmaceutiques. La visite d'une usine est en ce sens non-scientifique et n'obtiendra pas de visa, sauf si dans ce cadre il y a un apport scientifique évident comme un symposium... A cet effet, Mdeon a proposé 8 updates et a examiné les 23 fichiers correctifs venant de 19 entreprises. Concernant les vols pour les orateurs, une place en business class est sponsorisée pour un vol d'une durée de plus de 6h. À la suite de l'avis rendu par 2 Key Opinion Leaders, Mdeon accepte que la limite minimale de 6h de vol s'applique aux vols avec escales à condition que la durée cumulée des vols soit supérieure à 6h.

Avec le site [betransparent.be](http://betransparent.be), Mdeon et Pharma.be ont rendu public les sponsorings accordés aux médecins qui avaient accepté la publication de ces données. Ceux qui ont refusé sont regroupés dans une rubrique non-nominative. La transparence de cette publication a permis à la presse de médiatiser le sponsoring de plus 138,546 millions d'euros pour les médecins.

Le nombre de demandes de visas a légèrement augmenté avec 0,7% de plus. Dans le cadre de sa communication transparente, Mdeon a ouvert une ligne téléphonique pour répondre aux nombreuses questions des médecins, des firmes pharmaceutiques et des organisateurs de réunions scientifiques. En vertu de l'art. 41 et suiv. de la loi du 18 décembre 2016<sup>19</sup> portant des dispositions diverses en matière de santé, le dispensateur de soins ne pourra bientôt plus s'opposer à la publication nominative d'un sponsoring reçu.

Vu les résultats positifs réalisés par Mdeon, une diminution du coût des demandes de visas a été proposée dans le budget 2017.

### 2.1.5 Représentation par le Prof. Fr. HELLER: secteur des médicaments.

Depuis début 2016, le Prof. Francis HELLER diminue progressivement ses activités au sein de la défense professionnelle. Tous les sujets ayant trait aux médicaments continuent néanmoins à le passionner et il est toujours prêt à partager ses connaissances. Ainsi, le 25 janvier 2017, il a accordé un entretien à une étudiante en master en sciences biomédicales réalisant un travail sur la prévention des maladies et la question « Comment une entreprise pharmaceutique peut-elle contribuer à la prévention des maladies et la promotion de la santé ? ».

Avec le Dr Chantal DE GALOCSY, gastro-entérologue, le Prof. Francis HELLER siège encore au Comité pour l'évaluation de la pratique médicale en matière de médicaments. Chaque année, ce Comité organise 2 réunions de consensus visant à évaluer la pratique médicale en matière de médicaments dans un secteur spécifique et à formuler des recommandations aux dispensateurs de soins. À la demande de M. Herman BEYERS, attaché à l'INAMI, le GBS diffuse des appels aux membres des disciplines concernées par une étude bien spécifique, pour faire partie du jury de ces réunions de consensus.

Le Prof. Francis HELLER a également participé activement au lancement et à l'élaboration de la Concertation Médico-Pharmaceutique (CMP). Celle-ci a pour objet d'optimiser les soins dispensés au patient grâce à une coordination dans les rôles respectifs des médecins et des pharmaciens en matière de prescription, de délivrance rationnelle et d'utilisation sans risque des médicaments. Cette collaboration est alimentée par des réunions locales au cours desquelles les médecins et les pharmaciens échangent leur expérience sur des sujets définis. La discussion porte sur les difficultés rencontrées dans la pratique, les solutions envisageables et les directives à implémenter pour mettre en œuvre les solutions proposées.

Le Prof. Francis HELLER a mis à disposition son mandat de représentant du GBS à l'IPhEB asbl<sup>20</sup>. C'est le Dr Chantal DE GALOCSY qui lui succède, ayant accepté de reprendre son mandat.

---

<sup>19</sup> MB 27.12.2016

<sup>20</sup> IPhEB: Institut de pharmaco-épidémiologie belge. L'activité principale de l'Institut est la gestion et l'exploitation d'une base de données (IFSTAT). Celle-ci enregistre les données relatives aux fournitures pharmaceutiques délivrées et remboursées par l'INAMI en Belgique dans les officines ouvertes au public.

### 2.1.6. Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes

La réunion plénière du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et généralistes, ci-après le Conseil supérieur, s'est rassemblée à 4 reprises l'an dernier, les 28.04.2016, 23.06.2016, 27.10.2016 et 15.12.2016. Ces dates se rapportent à chaque fois à la deuxième date de convocation du Conseil supérieur. À l'exception des nouveaux venus parmi lesquels on compte aussi le Dr Jean Luc DEMEERE en 2016, tout le monde sait que les membres sont censés s'excuser pour la réunion de la première date communiquée mais qu'ils doivent être présents à la deuxième réunion la semaine suivante dont l'ordre du jour est identique de manière à ce que l'on puisse prendre des décisions valablement, quel que soit le nombre de membres présents.

Le Prof J. DE MAESENEER se souviendra de la première participation du Dr J.-L. DEMEERE à la réunion du Conseil supérieur. D'entrée de jeu, le Prof DE MAESENEER a fait un affront au président du Conseil supérieur, le Prof J. BONIVER, en exigeant un chamboulement complet de l'ordre du jour pour que le dossier de l'assistant de cabinet soit discuté en premier lieu. Il s'est ensuite heurté au Dr J.-L. DEMEERE. Comme le dossier de l'assistant de cabinet avait fait apparaître des points de vue divergents, le Dr J.-L. DEMEERE a proposé de soumettre la proposition à un vote de la réunion ce qui n'a pas plu au Prof DE MAESENEER. Le Prof J. DE MAESENEER voulait que l'assistant de cabinet soit considéré comme une nouvelle profession paramédicale. En plus des tâches purement administratives, des prestations médicotéchniques simples pourraient aussi lui être confiées. Le Prof DE MAESENEER condamne l'attitude corporatiste des infirmiers et des autres professions paramédicales qui ont déjà émis un avis négatif, respectivement au Conseil national de l'art infirmier et au Conseil fédéral des professions paramédicales. Mais le soussigné a lui aussi critiqué la proposition du Prof DE MAESENEER qui implique en effet la dévaluation de certaines prestations médicotéchniques. La proposition a donc été rejetée avec 10 voix contre, 3 abstentions et 7 voix pour.

L'année passée, le Conseil supérieur a continué à travailler sans relâche à l'actualisation des critères d'agrément. Au cours de la réunion pendant laquelle les propositions sont soumises pour avis, un certain nombre de représentants de la discipline concernée sont invités à expliciter la proposition. Au préalable, le SPF Santé publique envoie aux membres les propositions par la plateforme Sharepoint. Elles peuvent donc être examinées d'un œil critique avant la réunion ce qui permet des interventions ponctuelles en séance. Il arrive fréquemment que le soussigné note qu'on déclare à tort que « c'est le maître de stage coordinateur qui établit le plan de stage ». Ce n'est pas correct. Le plan de stage est établi par le médecin spécialiste en formation. Parmi les maîtres de stage mentionnés dans le plan de stage du candidat spécialiste, un maître de stage coordinateur est désigné. Les collègues universitaires s'obstinent à entretenir le mythe du maître de stage coordinateur universitaire. Juridiquement, rien n'empêche un maître de stage non universitaire de coordonner le stage.

Les propositions de modifications des critères d'agrément qui ont reçu un avis positif du Conseil supérieur concernent entre autres les disciplines suivantes: réadaptation cardiologique, pneumologique et ophtalmologique; pneumologie; rhumatologie; endocrinologie; radiologie et anatomie pathologique.

Concernant la médecine interne et les disciplines apparentées, un tronc commun de 3 ans est prévu pour l'ensemble de ces spécialités. Au cours des 3 années d'études supérieures, une des disciplines internes est choisie. Dans le cadre de cette nouvelle construction, les disciplines qui jusqu'à présent relevaient du niveau 3, deviennent un titre professionnel particulier de niveau 2. Ceci concerne plus spécifiquement la néphrologie et l'endocrinologie.

Concernant la psychiatrie, les points de vue de l'union professionnelle et de certains professeurs d'université sont diamétralement opposés. A telle enseigne que deux propositions complètement

différentes et inconciliables ont été élaborées et présentées au Conseil supérieur. Le point de vue soutenu par la profession est qu'il faudrait créer deux titres professionnels de niveau 2 : d'une part, la psychiatrie infanto-juvénile et d'autre part, la psychiatrie adulte. Le banc académique ne propose que le seul titre professionnel de "psychiatrie". Le Conseil supérieur s'est prononcé en faveur du banc professionnel. Néanmoins, il n'a pas accepté d'ajouter au titre « spécialiste en psychiatrie » les termes « et psychothérapie ». La psychothérapie fait référence à une thérapie de type particulier inhérente à la profession, ce n'est pas une spécialité distincte. Le Conseil supérieur a rejeté à l'unanimité la création d'un titre de niveau 3 en psychogériatrie.

## 2.2 Représentation internationale – UEMS – CMPE – FEMS – AEMH

Quand l'Europe éternue, Bruxelles s'enrhume. C'est pourquoi il importe de s'intéresser aux activités des organisations médicales européennes. Au fil du temps, les décisions prises au niveau européen produisent leurs effets dans les réglementations nationales. Depuis de nombreuses années, le Dr Bernard MAILLET est chargé de la représentation du GBS et le cas échéant de l'ABSyM<sup>21</sup> au sein des organisations de médecins européennes.

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

En 2015, la nouvelle délégation du GBS au sein du Council de l'UEMS, à savoir le Dr Bernard MAILLET, chef de délégation, et le Dr Jean-Paul JORIS, a décidé d'organiser chaque année en mars la réunion annuelle des représentants belges dans les sections de l'UEMS, pour pouvoir défendre les points de vue des représentants belges lors de la réunion de printemps de l'UEMS. Cette réunion a eu lieu le 5 mars 2015.<sup>22</sup> Les invitations à la réunion de 2016 ont été envoyées le 4 février 2016. La date de la réunion avait été fixée au 22 mars 2016, date qui restera gravée dans toutes les mémoires. A la suite des attentats à l'aéroport de Zaventem et à la station de métro Maelbeek, les autorités ont décidé d'élever le niveau d'alerte terroriste à 4 et cette réunion a dû être annulée en cours de journée pour éviter tout déplacement superflu au départ de et vers Bruxelles. En raison des dégâts à l'aéroport qui ont immobilisé le trafic aérien à Zaventem, le comité exécutif de l'UEMS a décidé le 7 avril 2016 d'annuler la réunion du Council des 22 et 23 avril 2016. En effet, il n'était pas raisonnable de faire transiter plus de 100 participants par les aéroports régionaux de Charleroi, Ostende et Anvers pour se rendre à Bruxelles. Assez ironiquement, pendant cette réunion du Council, il était prévu de discuter du niveau de sécurité de la réunion organisée à Tel Aviv en octobre 2016. Cette réunion aura bel et bien lieu mais en avril 2017.

La plupart des points à l'ordre du jour de la réunion annulée ont pu être ajournés à la session d'octobre sans trop de problèmes. Les comptes clôturés au 31 décembre 2015 doivent toutefois être approuvés légalement au plus tard le 30 juin 2016. Etant donné les circonstances exceptionnelles, on a demandé aux organisations membres de convenir d'une procédure alternative pour l'approbation des comptes. À l'exception des représentants allemands qui ne réagissent à aucun mail de l'UEMS, toutes les organisations membres ont accepté d'approuver les comptes uniquement sur la base des documents financiers. Les représentants des organisations membres ont eu la possibilité de demander toutes informations complémentaires par mail. De plus, il a été garanti qu'à l'occasion de la réunion du Council les 20-22.10.2016, toutes les questions utiles pourraient être posées. Les comptes clôturés au

---

<sup>21</sup> ABSyM : Association Belge des Syndicats Médicaux

<sup>22</sup> Cf point 2.2.1 Rapport annuel du GBS : *Changement in statu nascendi*

31.12.2015 ont été approuvés, excepté le silence des représentants allemands, deux abstentions de la Belgique et de la Suède, et deux votes contre.

Le 1er janvier 2016, le Dr Bernard MAILLET a entamé son mandat de trésorier de l'UEMS : il ne pouvait donc plus représenter le GBS au Council. Au cours de sa réunion du 21 janvier 2016, le comité directeur du GBS a élu le Dr Marc HERMANS, membre du comité directeur de l'union professionnelle de psychiatrie et président de la Section Psychiatrie de l'UEMS, pour représenter le GBS au Council de l'UEMS. Il a été nommé vice-président de l'UEMS pendant la réunion d'automne du Council. Ce mandat n'empêche toutefois pas le Dr Marc Hermans de représenter aussi une organisation membre nationale. Le Dr Jean Paul JORIS est devenu le chef de délégation.

La réunion annuelle des représentants belges dans les sections a eu lieu le 4 octobre 2016 pour préparer la réunion du Council des 20-21.10.2016. Cette réunion d'automne du Council qui se déroule traditionnellement dans un des états membres a eu lieu exceptionnellement à Bruxelles. À la suite des attentats terroristes du 22 mars, la plupart des hôtels et compagnies aériennes ont accepté de reporter à peu de frais les réservations déjà effectuées pour avril à octobre 2016.

La situation financière de l'UEMS évolue favorablement mais tous les problèmes n'ont pas été résolus. A chacune des téléconférences hebdomadaires du comité exécutif, cette situation est suivie de près. L'UEMS a définitivement abandonné l'idée de réunir sous le toit du Domus Medica Europea (DME)<sup>23</sup> toutes les organisations médicales comme le CPME, le FEMS et autres qui s'occupent au niveau européen de médecins et de l'organisation des soins de santé. Pour rentabiliser l'investissement, des organisations pas nécessairement liées au secteur médical ont été activement recherchées en 2016 pour qu'elles emménagent dans ces locaux situés au cœur du quartier européen. Quelques jours après le référendum du 23 juin au Royaume-Uni qui a voté en faveur du Brexit avec une majorité de 51,9%, un contrat de bail a été signé avec le National Health System britannique. Outre le NHS, l'ESR<sup>24</sup> et une organisation luttant contre le tabac ont élu domicile au DME. Les nouveaux locataires du DME ont donc quand même un lien avec les soins de santé.

Les sections forment l'épine dorsale de l'UEMS. Pour augmenter l'influence des sections sur la politique de l'UEMS, il a été décidé depuis quelques années de faire coïncider les réunions des sections et celles du Council. De cette manière, les sections et le Council apprennent à se connaître et peuvent échanger leurs expériences. Ce système a toutefois atteint ses limites, il est temps de le réformer. Il ne faut cependant pas oublier que l'UEMS est une structure complexe dont la dynamique est lente. Les activités et le rôle de l'UEMS suscitent l'intérêt partout dans le monde. Il serait donc contreproductif de s'empressement de bouleverser la structure et le fonctionnement de l'UEMS. Un groupe de travail spécifique de l'UEMS mène des réflexions sur la structure interne. Ce groupe a élaboré la proposition résumée ci-dessous qui sera soumise à un vote pendant la réunion du Council des 27-28.04.2017 à Tel Aviv.

1. Les présidents et les secrétaires des trois *Groupings* seront désormais nommés en suivant une procédure stricte à établir. Les présidents et au besoin les secrétaires deviendront membres *de facto* de l'*Enlarged Executive* et auront un statut d'observateur.
2. Création d'un *UEMS Advisory Board* composé des présidents et des secrétaires des Sections, *Multiple Joint Commissions* et *Thematic Federations*. Cet *Advisory Board* se réunira préalablement au Council pour discuter des points qui feront l'objet d'un vote au Council. L'*Enlarged Executive* et les présidents des *Groupings* déterminent ensemble l'ordre du jour du Council.

---

<sup>23</sup> Rue de l'Industrie 24 à 1040 Bruxelles.

<sup>24</sup> European Society for Radiology

3. Les résultats des votes au sein de l'*Advisory Board* seront communiqués au Council préalablement à son vote sur les mêmes points. Si le résultat d'un vote du Council est contraire à celui de l'*Advisory Board*, le Council ne peut prendre de décision valable en la matière. Dans ce cas, l'*Enlarged Executive Committee* (EEC)<sup>25</sup> doit opérer une consultation constructive afin d'obtenir un consentement général à la réunion suivante du Council.

Les matières liées audit « chapitre VI », à savoir les sujets relatifs à la formation, et la Charte UEMS sur les spécialisations étaient jusqu'à il y a peu approuvées par le Council. Désormais, les « European Training Requirements » (ETR), dénomination nouvelle des « critères d'agrément », vont jouer un rôle important lorsque, dans la prochaine réforme de la directive européenne sur l'agrément réciproque des qualifications professionnelles, les compétences serviront de critère et que les ETR seront utilisés exprimer ces compétences. C'est pourquoi, il est nécessaire qu'un groupe de collègues étudie les ETR de manière plus systématique et émette des réflexions à ce sujet pour leur donner plus de légitimité. À cette fin, un « ETR Reviewing Committee » chargé par le Comité exécutif de l'UEMS sera formé par des membres du Council et des Sections de l'UEMS pour un mandat renouvelable de 2 ans.

Pendant la réunion d'automne du Council, les critères de formation ont été approuvés pour les spécialités suivantes : médecine interne, neurologie, médecine de laboratoire (Laboratory Medicine).

Le CESMA<sup>26</sup> et le EACCME<sup>27</sup> sont sans conteste deux fleurons au sein de la structure de l'UEMS.

### 2.2.2 Council for European Specialty Medical Assessment (CESMA)

Le **CESMA** est un organe consultatif de l'UEMS fondé en 2007 afin d'émettre des recommandations et des avis sur l'organisation d'examens pour les spécialistes en médecine au niveau européen.

Ses tâches principales consistent à :

- favoriser l'harmonisation des évaluations des Boards au niveau européen
- fournir des directives aux Boards sur le déroulement des évaluations
- promouvoir l'introduction des évaluations des Boards en tant que label de qualité
- offrir une alternative aux évaluations nationales

En 2016, le CESMA s'est réuni à deux reprises. La première réunion a eu lieu les 6-7 mai 2016 à Bucarest (Roumanie). À cette occasion, des contacts ont aussi été noués avec les dirigeants du Ministère de la Santé roumain. La deuxième réunion a eu lieu les 2-3 décembre 2016 au DME à Bruxelles. Les workshops étaient consacrés à l'organisation des examens, la logistique et leur déroulement idéal.

D'après les discussions au cours de la réunion annuelle des représentants belges dans les sections de l'UEMS, il semble que le besoin d'informations des sections sur l'organisation des examens soit très important. Il serait utile que des directives générales soient formulées pour une approche plus rationnelle. Jusqu'à présent, chaque section applique son propre règlement. Il faut une réponse uniforme à la question de qui peut participer à l'examen. Cet examen s'adresse-t-il seulement aux médecins qui ont suivi leur formation en Europe ou aussi aux non-Européens ? Dans ce cas, quelles conditions ces participants doivent-ils remplir ? Il faut éviter que l'examen européen puisse être présenté par des médecins qui ne peuvent prouver qu'ils ont suivi une formation qualitativement conforme aux normes européennes en vigueur et qui par ce biais accéderaient au marché européen. A quelles exigences de qualité minimales les examens organisés par les Sections doivent-ils satisfaire ?

---

<sup>25</sup> EEC Enlarged Executive Committee c.à d. EC (président, secrétaire général et trésorier) + 4 vice-présidents

<sup>26</sup> Council for European Specialty Medical Assessment

<sup>27</sup> EACCME : European Accreditation Council for Continuing Medical Education

Jusqu'à présent, l'examen européen n'a pas été reconnu juridiquement. Cependant, on constate qu'un certain nombre de petits pays européens qui ne disposent pas des moyens financiers pour organiser eux-mêmes des formations et des examens ont repris la réussite de l'examen européen dans leurs critères nationaux. En Roumanie, la réussite de l'examen européen en anesthésie et soins intensifs a récemment été reconnue comme un critère obligatoire pour l'obtention de l'agrément dans cette discipline. D'autres spécialités comme la chirurgie sont sur le point de suivre la même voie.

L'organisation de l'examen européen par la Section Orthopédie connaît un tel succès qu'il sera désormais difficile de continuer à centraliser l'organisation de cet examen. La section envisage de mettre au point un système décentralisé tout en veillant à garantir un examen de qualité.

2017 sera une année de fête pour le CESMA avec le 10<sup>ème</sup> anniversaire de la Déclaration de Glasgow qui jette les fondements de l'organisation.

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

L'UEMS-EACCME® a débuté ses activités en janvier 2000 avec l'agrément réciproque de l'accréditation des activités de formation médicale continue dans toute l'Europe et au niveau international pour les événements éducatifs « live ». Cela se traduit par l'octroi des « European Continuing Medical Education Credits » (ECMEC) aux médecins-spécialistes individuels. De cette façon, l'EACCME promeut l'agrément et l'échange des crédits CME entre tous les pays européens.

L'EACCME est un organisme phare du projet de l'UEMS. Il s'agit de la haute instance d'accréditation en Europe et les revenus de l'EACCME permettent à l'UEMS d'investir dans d'importants projets. La décision d'améliorer les procédures de l'EACCME s'inspire des commentaires venant de l'UEMS et des partenaires. Les parties impliquées ont insisté auprès de l'UEMS pour qu'elle offre plus de rapidité, plus d'efficacité et plus de convivialité, et pour qu'elle prenne en compte plus d'éléments et soit ouverte à l'agrément.

Les éléments fondamentalement nouveaux de l'EACCME 2.0 sont mis en lumière ci-dessous. Cette modification a été approuvée à la réunion du Council en octobre à Bruxelles.

- Toute la procédure de demande-review-agrément sera sensiblement plus rapide et efficace.
- La procédure EACCME s'appuiera sur une toute nouvelle plateforme informatique adaptée aux besoins et à la complexité du projet.
- Le dossier d'accréditation sera élargi pour couvrir un spectre plus large de matières pédagogiques qui reflètent la manière dont les formations en médecine spécialisée sont actuellement dispensées dans le monde.
- Introduction du concept de « Trusted Providers ». Pour ceux-ci, la procédure demande-review-accréditation restera aussi rigoureuse qu'avant mais sera plus rapide.
- Élargissement du processus d'agrément des activités de Continuing Medical Education - Continuing Professional Development (CME-CPD) vers d'autres initiatives à côté d'événements « live » et de sessions d'e-learning.
- Introduction d'une procédure de contrôle de qualité pour les événements accrédités afin d'être certain que ce qui est proposé « sur papier » à l'EACCME correspond vraiment à ce qui est offert lorsque l'événement a lieu (live) ou est diffusé (session d'e-learning).
- Élargissement du système vers les autres professions des soins de santé avec la recherche de partenaires de ces professions pour conclure des accords de collaboration, élargir la coupole de l'EACCME et ainsi la renforcer.



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

En 2016, la FEMS a organisé deux réunions. La première a eu lieu les 6-7 mai 2016 dans la partie turque de Chypre, la deuxième les 7-8 octobre 2016 à Bucarest.

Le quorum de présence de la réunion de printemps n'a pas été atteint et donc aucune décision n'a pu être formellement prise. Les raisons de ce faible nombre de participants sont diverses. D'une part, les connexions aériennes n'étaient pas faciles ; d'autre part, certains participants se sont fait excuser pour des raisons politiques liées au problème de souveraineté territoriale gréco-turque de Chypre. Le GBS n'était pas présent. La réunion de la FEMS coïncidait en effet avec la réunion du CESMA où le Dr Bernard MAILLET représentait la Belgique.

Le core business de la FEMS gravite principalement autour des conditions de travail, des indemnisations et du temps de travail des médecins salariés. Les thèmes des activités diffèrent donc clairement de celles des autres organisations européennes de médecins. Les compositions des délégations des organisations membres qui y participent sont complètement différentes de celles des autres organisations de médecins. Ce qui permet de constituer un réseau professionnel spécifique tout à fait à part.

Pendant la réunion d'automne, un symposium a traité de l'organisation des soins de santé en Europe de l'Est. Les différences avec l'Europe de l'Ouest sont frappantes et cette situation va perdurer dans les prochaines années. Alors qu'environ 8 pourcents du produit intérieur brut sont consacrés aux soins de santé en Europe de l'Ouest, l'Europe de l'Est y consacre 2 à 3 pourcents pour un PIB déjà bien plus bas que celui des pays d'Europe de l'Ouest.

En 2016, aucune réunion commune de la FEMS et de l'AEMH<sup>28</sup> n'a eu lieu, contrairement à 2015. Toutefois, il a été décidé que cette expérience se reproduirait en 2017. L'ABSyM est l'organisation belge membre de l'AEMH.

Pendant la réunion d'automne, certaines organisations membres ont émis des critiques. On a reproché à la FEMS un manque de stratégie à long terme. Au cours des dernières réunions, la FEMS s'est principalement contentée de fournir de simples informations sur des activités organisées et des points de vue adoptés par les autres organisations européennes de médecins. La direction de la FEMS a été invitée à mettre au point un plan stratégique à long terme pour la réunion de printemps.

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

En dépit des attentats terroristes du 22 mars 2016, le CPME a décidé que sa réunion prévue les 08-09.04.2016 aurait lieu normalement. Cependant, on a noté une participation nettement plus faible de délégués. La plupart des organisations membres n'avaient envoyé que de très petites délégations. La réunion d'automne s'est tenue les 17-19 novembre à Tel Aviv (Israël).

Le CPME compte de nombreux groupes de travail thématiques qui délivrent activement des commentaires sur des points de vue formulés par la Commission européenne. Les dossiers relatifs aux soins de santé ne sont pas une priorité à l'agenda de la Commission européenne dans le contexte politique actuel de la crise des migrants et du Brexit. L'élaboration de l'ordre du jour du CPME s'en est de ce fait aussi ressentie.

---

<sup>28</sup> AEMH: Association Européenne des Médecins Hospitaliers – European Association of Hospital Physicians

La réunion du groupe de travail « eHealth » a été présidée par le Dr Bernard MAILLET (également Vice-Président du CPME). Les guidelines proposées par la Commission européenne ont été discutées à l'occasion du « Green Paper on mobile health (mHealth) ». Dans le prolongement de cette discussion, il a aussi été question des mesures de sécurité auxquelles il faut veiller pour l'enregistrement des données médicales et la protection de la vie privée du patient.

L'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM) est l'organisation membre nationale du CPME<sup>29</sup>. La délégation est composée de représentants de l'ABSyM et de l'Ordre des Médecins. Ce dernier a toutefois décidé de se concentrer sur la World Medical Association (WMA) et de ne plus prendre part aux organisations médicales européennes. C'est peut-être l'occasion pour le GBS de participer aux activités du CPME de manière plus significative en y prenant un rôle plus important.

### 2.2.6 European Forum of Medical Associations (EFMA) et World Medical Association (WMA).

Auparavant, par le truchement du Dr Bernard MAILLET, la Belgique participait activement aux réunions du European Forum of Medical Associations et de la World Medical Association (Association Médicale Mondiale), mais en 2016, cela n'a plus été le cas.

Concernant le EFMA, il a été décidé qu'on n'avait plus d'intérêt direct à suivre cette organisation dont l'objectif initial était de faciliter l'intégration des pays d'Europe de l'Est. Cette initiative fut utile à l'époque où la Pologne, la Hongrie, la Tchéquie, la Slovaquie et la Slovénie adhèrent à l'Union européenne, mais il y a peu de chance que d'autres pays d'Europe de l'Est comme l'Ouzbékistan, l'Arménie ou la Géorgie se portent prochainement candidats à l'Union européenne. Les pourparlers avec ces pays restent intéressants mais leur utilité est limitée et c'est pourquoi il a été convenu que pour l'instant, la participation à ces réunions serait suspendue.

En 2016, les réunions de la WMA ont été organisées dans des pays lointains et surtout difficiles d'accès. Le Dr Vincent LAMY y a participé au nom de l'ABSyM – BVAS. En 2017, ces réunions auront lieu dans des villes comme Riga (Lettonie), Reykjavik (Islande) ou Chicago, et il se peut que la délégation belge soit de nouveau plus importante.

## 3. Financement des hôpitaux

### 3.1 Rapport KCE 277<sup>30</sup> et note de la ministre concernant les réseaux hospitaliers cliniques<sup>31</sup>.

Vive les réseaux et les gestionnaires d'hôpitaux ! Vive les décisions politiques équitables et bien fondées.

Les principes de la réforme sont louables. Plus proches du patient, plus efficaces, plus économiques, les 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux offriront au système de santé une meilleure gestion des demandes et une meilleure utilisation des ressources. Le système idéal. Un deuxième réseau de soins nécessitant une compétence particulière, un réseau suprarégional permettra une concentration des pathologies plus complexes et des moyens pour les traiter. Enfin un réseau académique, pour les transplantations, les affections génétiques et les tumeurs rares. Un manager chez bpost n'aurait pas fait autrement.

---

<sup>29</sup> Le GBS est représenté au CPME via l'ABSyM. 10 % des cotisations au CPME sont pris en charge par le GBS.

<sup>30</sup> Modèles de gouvernance pour la collaboration entre les hôpitaux. KCE Reports 277A. 16.12.2016.

<sup>31</sup> Réseaux hospitaliers cliniques. Note conceptuelle dans le cadre de la réforme des hôpitaux. Ministre DE BLOCK : 20.12.2016.

Parfait modèle managérial, partant de l'inexistant, et permettant une restructuration complète du système de soins hospitaliers. De novo, on peut construire un système idéal pour l'offre hospitalière. Le problème, c'est que l'on part de l'existant. La structure actuelle de l'offre hospitalière, l'agrément des services et programmes de soins par institution existent. Ce système existant offre une liberté thérapeutique totale pour le patient et le médecin. Le financement est accordé par institution, par hôpital et le paiement du médecin par une nomenclature d'actes. Ces honoraires financent aussi en partie les hôpitaux.

Première modification, le financement et l'agrément sont accordés au réseau. Pour exister le réseau doit compter au moins deux hôpitaux, dans une même surface territoriale ou zone de soins couvrant une population de 400 000 à 500 000 habitants. Dans chacune de ces zones, l'autorité publique va définir les besoins de soins et elle va définir des missions de soins locorégionales. Le fédéral donnera les moyens financiers et les appareillages lourds permettant d'assurer le bon fonctionnement des réseaux. Mais les agréments et le contrôle dépendent des entités fédérées qui répartiront entre les réseaux, les activités, programmes de soins et les moyens ou appareils « lourds ». L'hôpital individuel comme entité de soins disparaît et est englouti dans le réseau locorégional ou le réseau suprarégional.

Deuxième modification, la personne morale qu'est l'hôpital disparaît. Une nouvelle personnalité juridique sera créée: le réseau. En attendant cette nouvelle personnalité juridique, les gestionnaires d'hôpitaux sont priés de créer ces réseaux de soins locorégionaux. On ne parle plus d'association, de fusion ou de groupement d'hôpitaux, on parle de réseau qui juridiquement n'existe pas à ce jour. Pour créer ces réseaux, les médecins sont consultés et donnent un avis au gestionnaire en respectant la législation en cours, par l'intermédiaire du conseil médical. Or, dans la loi des hôpitaux, cet avis n'est pas un avis renforcé et le gestionnaire ne doit pas le suivre. Le gestionnaire en tient compte mais décide seul. La législation actuelle n'étant pas modifiée, le réseau est un vide juridique qui se comblera par les personnes morales actuelles, à savoir, les CPAS, les ASBL, les provinces, les Ch12 (privé-public) et autres formes juridiques. Comme ces dernières seront privées de ressources qui iront au réseau, mais qu'elles ont toutes des passifs, comme des emprunts, des amortissements, des dettes, la nouvelle personne morale, le réseau devrait reprendre l'actif et le passif de tous les hôpitaux. Si de plus l'hôpital disparaît juridiquement, le lien contractuel entre le médecin et l'institution de soins se fera avec le réseau. Le gestionnaire du réseau devient l'employeur du personnel. Cerise sur le gâteau, certains hôpitaux devront fermer. Le passif social de ces fermetures sera non négligeable même si certains seront reconvertis en maisons de repos et de soins (MRS) ou en hôtel-hôpital. Enfin, toutes ces restructurations devront être agréées par les autorités fédérées sans cadre juridique actuellement. Pour les juristes le travail sera considérable et comme souvent en Belgique, ce travail se heurtera aux recours devant le Conseil d'Etat ou des cours de justice. Il est assez curieux que l'on invite les gestionnaires d'hôpitaux à créer *de novo* ces réseaux alors que le cadre juridique est toujours inexistant au 4 février 2017.

Troisième modification, la liberté thérapeutique. L'activité de l'institution de soins est prédéfinie par les missions de soins du réseau locorégional et suprarégional. Chaque réseau a des missions de soins définies. Donc toutes les institutions de soins ne pourront plus tout faire. Certaines activités ou fonctions hospitalières seront regroupées dans un seul établissement du réseau. La notion d'hôpital général disparaît. C'est très simple, le gestionnaire du réseau devra concentrer l'activité spécifique dans une institution et supprimer ces activités dans les autres hôpitaux. Les médecins qui travaillent dans l'hôpital à activité spécifique pourraient s'y maintenir bien que certains risquent de passer à la trappe. Les autres médecins des autres hôpitaux qui participaient à cette activité seront déplacés ou oubliés. L'efficacité pourrait faire apparaître un surplus de médecins. Le *numerus clausus* risque de devenir davantage une nécessité! Le patient devra être bien informé pour savoir où se rendre. En théorie, il garde sa liberté de choix. Cependant, on peut lire dans le texte que les régions contiguës entre les zones de soins peuvent poser problème car on doit éviter le double comptage pour définir les zones de 400 000 à 500 000 habitants. Si on relit le texte autrement, cela signifie que le patient est supposé fréquenter l'institution de sa zone géographique. Comme l'institution devient un maillon dans la chaîne de soins locorégionale

il est invité à rester dans sa zone de soins. Pour les soins complexes, il y a des centres de références suprarégionaux.

Par pathologie complexe, un réseau devra faire un contrat avec un réseau suprarégional. Le nombre de réseaux suprarégionaux sera inférieur au 25 réseaux locorégionaux. Un réseau locorégional peut donc référer ses patients dans plusieurs réseaux suprarégionaux selon les pathologies spécifiques. Le médecin lambda devra respecter les accords-contrats entre les deux réseaux, le locorégional et le suprarégional. Ce médecin est responsable de son malade et bénéficie, selon la loi actuelle sur les hôpitaux, d'une liberté thérapeutique. Le gestionnaire ne peut pas intervenir. Demain, c'est le gestionnaire de réseau qui signe les contrats après avis simple du conseil médical. C'est lui qui choisit le centre suprarégional.

Le modèle bpost supplante le modèle actuel. Comme à la poste, les clients viennent pour l'institution et les services que l'on reçoit. La médecine privée n'existe plus. Il y a le système et le client-patient doit s'y conformer. Comme chez bpost, les syndicats auront leur mot à dire. Les médecins eux donneront un avis et le gestionnaire du réseau en disposera. Comme chez bpost on fera des économies et on devrait augmenter l'efficacité même si parfois le courrier arrive en retard, n'importe quand voire même pas du tout. Le patient sera limité dans l'offre de soins et des listes d'attente risquent de se créer.

Curieusement, ce système fait penser au NHS bien qu'il ne soit pas comparable. La plupart des médecins belges ne sont pas encore salariés et le réseau privé ou les soins médicaux hors du système de sécurité sociale n'existent pas (encore) ici. Ce sont des choses auxquelles même une ministre libérale des Affaires sociales et de la Santé publique n'ose envisager.

## 3.2 Perspectives économiques du financement des hôpitaux :

### 3.2.1 Prévisions économiques

2017 marquera le retour à une croissance, certes limitée à 1,2% mais en limitant la croissance des prestations sociales et de santé dans le but de préserver la compétitivité par rapport aux pays voisins.

À en croire les analystes, les économies conséquentes dans le secteur des soins de santé ont contribué à la décélération de l'inflation et à une hausse modérée des prix dans le secteur des services, ce qui est une bonne nouvelle pour eux. Ces économies s'inscrivent dans une logique de réduction des dépenses publiques imposée par l'Union Européenne, qui exige que le déficit budgétaire des administrations publiques soit ramené sous les 3%<sup>32</sup>. Ces restrictions budgétaires rabaissent quelque peu la croissance économique qui devrait être légèrement inférieure aux prévisions faites par le gouvernement au cours de l'exercice 2016 pour la confection de son budget.<sup>33</sup> Cette réduction des dépenses publiques, dont celle des soins de santé, exerce un effet négatif sur la demande et est responsable de la diminution des investissements, tant du secteur public<sup>34</sup> que du secteur privé.

---

<sup>32</sup> [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/eu/countries/belgium\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/countries/belgium_en.htm). Le gouvernement d'après les prévisions s'est engagé à ramener le déficit public qui était de 3% en 2016 à 2,3% en 2017, selon la Commission européenne qui a fait de nombreuses recommandations, notamment pour maintenir le différentiel salarial avec les pays voisins, ce qui laisse présager qu'il faudra encore faire d'autres efforts puisque la croissance ne sera que de 1,2%

<sup>33</sup> L'an passé, les experts tablaient sur une croissance économique supérieure à 1,3%. Elle sera finalement revue à la baisse. Les chiffres définitifs de la croissance ne seront connus que d'ici quelques semaines, mais les experts estiment que la croissance s'élèvera à environ 1,2% du produit intérieur brut.

<sup>34</sup> [https://www.belfius.be/common/FR/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social\\_Profit/Persbericht%20OMAHA\\_2016.pdf.pdf](https://www.belfius.be/common/FR/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social_Profit/Persbericht%20OMAHA_2016.pdf.pdf) : d'après l'étude MAHA, l'ensemble du secteur hospitalier a continué d'investir en 2015 et a investi pas moins de 1,4 milliards d'euros, ce qui augmente son endettement et fragilise davantage sa situation financière toutes autres choses étant égales à l'exception de l'évolution purement barémique des coûts salariaux du personnel administratif et infirmier.

Malgré le saut d'index en 2016, c'est la consommation privée qui est le principal moteur de la croissance économique, soutenue par la bonne tenue de la situation sur le marché du travail et par un regain de confiance des entreprises et des ménages.

### 3.2.2 Vers une accélération de la croissance économique ?

Les économistes les plus optimistes tablent actuellement sur une croissance de 1,5% de l'économie en 2017,<sup>35</sup> alors que la Banque Nationale mise sur une croissance de 1,4%, et que l'OCDE ou l'Union Européenne se montrent très prudentes en ne tablant que sur une croissance qui ne dépassera pas 1,3%.<sup>36</sup> Ces variations semblent anodines, mais il faut savoir qu'un écart de croissance de 0,1% du PIB correspond à 415 millions d'euros.<sup>37</sup>

Comme la croissance économique reste faible et que les travailleurs belges accusent un retard de productivité, les décideurs n'ont que peu de marge de manœuvre, que ce soit pour relancer la consommation ou les investissements publics. Le pays profitera quand même de l'amélioration conjoncturelle au niveau mondial, même si de fortes incertitudes subsistent quant à celle-ci :

- la situation des économies émergentes est fragilisée par la faiblesse actuelle du coût des matières premières<sup>38</sup>,
- la Chine s'avance lentement mais sûrement vers un ralentissement économique qui pourrait être plus important que prévu,
- Theresa MAY, la nouvelle première ministre du Royaume-Uni, a promis de mettre en œuvre le BREXIT<sup>39</sup>,
- Le nouveau président américain Donald TRUMP a promis le démantèlement de l'OBAMA Care<sup>40</sup> et son remplacement par le « TRUMP does not care »... La nouvelle administration républicaine va probablement entériner des mesures protectionnistes, tout en menant une politique budgétaire expansionniste, ce qui explique d'ailleurs l'euphorie boursière aux États-Unis où l'économie tourne actuellement à plein régime.

En Belgique, la relance sera néanmoins inférieure à celle observée dans les autres économies avancées, en raison de la faiblesse de l'investissement public<sup>41</sup>, de la productivité qui ne s'améliore pas, du chômage important de la partie la moins formée de la population. Les prélèvements fiscaux devraient être encore abaissés pour au moins s'aligner sur ceux des pays voisins car ils figurent encore parmi les plus élevés des pays avancés.<sup>42</sup>

---

<sup>35</sup> La prévision économique la plus optimiste est celle de l'IRES (UCL) [http://www.regards-economiques.be/images/reco-pdf/reco\\_168.pdf](http://www.regards-economiques.be/images/reco-pdf/reco_168.pdf)

<sup>36</sup> [https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/revecoiii2016\\_h1.pdf](https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/revecoiii2016_h1.pdf) : p.12 : la croissance belge sera en tout cas moins soutenue que celle de la zone euro qui atteindra 1,7% selon les estimations.

<sup>37</sup> Estimations sur base des statistiques de la Banque nationale : <http://stat.nbb.be/Index.aspx?DataSetCode=QNA&lang=fr>

<sup>38</sup> A l'inverse, une hausse trop importante du coût du pétrole compliquerait le redressement économique qui s'amorce lentement.

<sup>39</sup> [https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/revecoiii2016\\_h1.pdf](https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/revecoiii2016_h1.pdf). À l'heure actuelle, les économistes estiment que les conséquences économiques et financières du BREXIT sont incertaines. Mais les projectionnistes de la Banque Nationale de Belgique n'en redoutent pas moins des effets négatifs pour la Belgique : « La Belgique est, par ailleurs, après l'Irlande, le pays de la zone euro le plus vulnérable à un fléchissement de la croissance outre-Manche. »

<sup>40</sup> Le « Patient Protection and Affordable Care Act » a permis à 20 millions d'Américains de souscrire à une couverture santé. De nombreux républicains voient dans la mise en œuvre de cette mesure le dérapage du secteur privé de l'assurance santé.

<sup>41</sup> [https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/revecoiii2016\\_h1.pdf](https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/revecoiii2016_h1.pdf) : l'investissement public devrait augmenter en 2018 à l'approche des élections.

<sup>42</sup> [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/eu/forecasts/2016\\_autumn\\_forecast\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/forecasts/2016_autumn_forecast_en.htm) : la croissance dans la zone Euro est de 1,7% pour l'année 2017

Si ces conclusions macro-économiques ne font pas directement référence aux coûts des soins de santé, l'allègement de la fiscalité au sens large passe par une baisse des cotisations sociales qui financent notre système de soins, et réduit la marge de manœuvre notamment au niveau de l'évolution du BMF.

Selon l'OCDE, le secteur économique lié aux soins de santé (pas le secteur hospitalier au sens strict) pèserait environ 10,4% du PIB belge.<sup>43</sup> Le secteur occupait également 652 900 personnes en 2014 : environ 14,5% des belges actifs<sup>44</sup> travaillent dans les soins de santé. Même si la contribution du patient (« out-of-the-pocket ») est très élevée en Belgique par rapport à la plupart des pays voisins (22%), les dépenses de soins de santé restent essentiellement financées par l'état fédéral qui souhaite « ralentir la croissance des dépenses de sécurité sociale, qui serait pour sa part tempérée par une série de mesures visant à freiner, entre autres, l'évolution du coût des soins de santé. »<sup>45</sup>

### 3.2.3 Encore plus d'économies ?

La poursuite du plan de réforme de financement de l'hôpital : des économies supplémentaires alors que l'équilibre financier du système de soins est précaire ?

La maîtrise des dépenses publiques, tout comme la mise en place après de longues analyses de réformes qui avancent par essai-erreur, est un des traits caractéristiques d'une politique libérale, et médecin ou pas, force est de constater que Maggie DE BLOCK n'a pas hésité à étendre les mesures précédemment prises pour freiner le coût des soins et pour limiter la hausse du coût des prestations médicales. Malheureusement, par ricochet, les économies faites sur les médecins menacent la situation financière des hôpitaux qui doivent faire face aux augmentations barémiques du personnel administratif et infirmier, et qui à cause de la suppression de l'index, se voient privés d'un financement supplémentaire constitué par l'indexation de la partie rétrocedée des honoraires<sup>46</sup>. Ces réformes qui peuvent se justifier sur le plan macro-économique continuent d'être progressivement mises en place et ne touchent pas seulement les médecins mais mécontentent l'ensemble du secteur malgré une volonté de concertation avec l'ensemble des parties clairement affichée.

Dans le même temps, la ministre poursuit la mise en œuvre de son plan de réforme du financement des hôpitaux. Ce plan de réforme très ambitieux, initié sous forme de projet-pilote initié le 24 avril 2015 se poursuivra en 2016. La ministre de la santé a notamment sélectionné sept projets-pilotes visant à la réduction de la durée de séjour en hôpital après un accouchement<sup>47</sup> et a lancé des projets-pilotes relatifs à l'hospitalisation à domicile (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy -OPAT-).

Dans le cadre de son plan de réforme du financement hospitalier, la ministre compte mettre en place 25 réseaux regroupant chacun entre 400 000 et 500 000 patients. La mise en place de réseaux entraînera une restructuration du paysage hospitalier : la ministre estime qu'elle pourra économiser au moins 92 millions d'euros supplémentaires, alors que le BMF en 2017 a été fixé à 7,629 milliards d'euros et que la situation sociale est plutôt tendue dans le secteur non-marchand.

---

<sup>43</sup> [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) : pour les statistiques en provenance de la banque de données de l'OCDE

<sup>44</sup> <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/travailvie/emploi/chiffres/> : la population active occupée en Belgique est de 4 499 293 personnes

<sup>45</sup> [https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/revecoiii2016\\_h1.pdf](https://www.nbb.be/doc/ts/publications/economicreview/2016/revecoiii2016_h1.pdf) : p.10

<sup>46</sup> D'après l'étude MAHA, la partie rétrocedée des honoraires médicaux aux hôpitaux s'élève à 41%.

<sup>47</sup> 7 hôpitaux ont été sélectionnés pour participer aux projets-pilotes :

1) Bruxelles : Cliniques Universitaires Saint-Luc ; 2) Bruxelles : ULB Erasme / UZ Brussel ; 3) Gand : AZ Jan Palfijn – AZ Maria Middelaers – AZ Sint-Lucas – UZ Gent ; 4) Liège : CHU Liège – CH du bois de l'Abbaye et de Hesbaye – CHR La Citadelle ; 5) Louvain : UZ Leuven – Heilig-Hart ziekenhuis Leuven - Regionaal Ziekenhuis Tienen et dans une seconde phase : Algemeen ziekenhuis Diest ; 6) Mons : CHR Mons-Hainaut ; 7) Saint-Nicolas : AZ Niklaas.

Ces mesures d'économies, qui viennent s'ajouter à d'autres mesures d'économies qui touchent les hôpitaux (des économies au niveau du BMF), font courir le risque de voir la situation financière des hôpitaux encore se détériorer, alors que les résultats de la dernière enquête MAHA ne sont pas brillants. La suppression pure et simple de l'indexation signifie qu'il n'y aura pas en 2017 de norme de croissance réelle des honoraires, ce qui contribuera certainement à encore plus fragiliser la situation des hôpitaux généraux.

### 3.2.4 Les hôpitaux dans le rouge

32 hôpitaux généraux présentent désormais un résultat courant négatif.

Le 26 septembre dernier, BELFIUS a présenté les résultats consolidés des 91 hôpitaux généraux du pays (à l'exclusion des hôpitaux académiques et des hôpitaux psychiatriques) dans la 22<sup>e</sup> édition de l'enquête MAHA.<sup>48</sup> L'enquête MAHA distingue les résultats des hôpitaux publics et privés mais ne fait pas de ventilation régionale dans sa présentation publique. L'enquête montre que les 91 hôpitaux généraux du pays réalisent un résultat courant consolidé de 106 millions d'euros. Ce résultat, positif d'après les bruits de couloir, est réalisé principalement en Flandre et en région bruxelloise, tandis que la ministre De BLOCK annonce des économies additionnelles au niveau du BMF pour un montant de 92 millions d'euros. En moyenne, l'intégralité du résultat courant est à imputer aux hôpitaux privés, les hôpitaux publics atteignant de manière consolidée tout juste l'équilibre budgétaire. C'est pourquoi les gestionnaires d'hôpitaux craignent ces réformes qui risquent de provoquer bien des tensions, surtout dans les 32 hôpitaux présentant un résultat courant négatif, et sachant que le résultat courant positif est principalement dû à la bonne tenue des pharmacies d'hôpitaux qui ont vu leur chiffre d'affaires fortement progresser<sup>49</sup>. Le climat social dans les hôpitaux sera sans doute très tendu dans les mois à venir, surtout si la ministre met en place un rehaussement de l'âge pour les aménagements de fin de carrière. Cette dégradation du climat social est confirmée par les nombreuses manifestations du secteur non-marchand en fin d'année, secteur qui englobe notamment les 97 659 travailleurs du secteur hospitalier.<sup>50</sup>

Faisant fi du mécontentement, la ministre de la santé publique Maggie DE BLOCK continue néanmoins à associer le secteur dans ses réformes comme elle l'avait promis lorsqu'elle a présenté en avril 2015 son plan de réforme du financement des hôpitaux.

Les réformes encore inabouties sont la conséquence de l'accord de gouvernement d'octobre 2014 qui a prévu une série de chantiers importants dont celui relatif à « une révision en profondeur du système actuel de financement des hôpitaux ».

Le Plan d'approche « Réforme du financement des hôpitaux » d'avril 2015 prévoit la mise en œuvre de l'accord de gouvernement en différentes étapes. Dans sa présentation du plan de réforme du financement des hôpitaux, la ministre envisage entre autres des formes de financement différentes pour trois clusters de séjours hospitaliers : clusters à faible, moyenne et haute variabilité.<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> Voy. <https://www.belfius.be/publicsocial/FR/Expertise/Etudes/SocialProfit/index.aspx> pour la présentation de l'étude MAHA et le communiqué de presse.

<sup>49</sup> Cette progression du chiffre d'affaire s'explique notamment par le recours à des traitements hématolo-giques plus onéreux ou par le « Maggie-deal » avec l'industrie pharmaceutique.

<sup>50</sup> <http://www.lesoir.be/1375041/article/actualite/regions/bruxelles/2016-11-23/manifestation-du-non-marchand-police-conseille-d-eviter-bruxelles-en-voit> : le secteur non-marchand, accompagné de représentants hospitaliers a manifesté à plusieurs reprises en 2016.

<sup>51</sup> Devriese S, Van de Voorde C., « Clustering des groupes de pathologies selon les similarités de séjours hospitaliers – Synthèse », Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 270B. D/2016/10.273/61.

Pour le cluster de soins à faible variabilité (séjours en hôpital liés à des prises en charge peu complexes et « standardisables »), la ministre ambitionne d'instaurer un système de paiement prospectif, sous la forme de forfaits par séjour en fonction des pathologies. Ces forfaits financeront une grande partie du Budget des Moyens Financiers (BMF) et des produits pharmaceutiques. Cette réforme va prendre du temps et nécessite de valoriser économiquement les prestations de soins, que ce soit sous l'angle des frais de fonctionnement ou sous l'angle des prestations médicales. Cette réforme ne sera sans doute pas une simplification à moyen terme, que du contraire. En effet, la mise en place d'un financement prospectif par pathologie ne concerne qu'environ 25% des activités d'un hôpital qui continuera à se servir de la nomenclature des prestations de soins pour ces autres activités.

Pour mettre ce système de financement en œuvre, la ministre de la santé, Madame Maggie DE BLOCK, doit connaître la répartition des honoraires entre les coûts de financement et les honoraires purs : elle a mandaté deux équipes universitaires pour répondre à cette question.

La ministre a confié la première étude à une équipe de l'UZ Leuven qui, sous la houlette du Prof Katrien KESTELOOT, examinera au sein de l'hôpital la contribution de chaque patient hospitalisé au BMF et la ventilation des coûts liés à l'hospitalisation. En d'autres mots, il s'agit de faire une analyse coût/bénéfice, ventilée par prestation.

La seconde étude a été confiée à l'École de santé publique de l'ULB qui utilisera la méthodologie PACHA<sup>52</sup> pour évaluer les coûts des différentes composantes d'une série de prestations de soins, à savoir le personnel non-médical, le fonctionnement, l'instrumentation et l'honoraire médical: en substance, il va s'agir d'isoler l'honoraire de tous les coûts indirects liés à la prestation, dans le but d'établir un honoraire médical « pur ».

Cette étude risque de prendre du temps : si elle semble plus facile pour la ventilation des coûts des services médicotextuels, elle est en revanche plus complexe pour les disciplines cliniques. Pour arriver à des résultats exploitables, l'implication et l'acceptation des médecins sont essentielles pour éviter que les résultats ne génèrent une insatisfaction très importante puisqu'ils pourraient servir de base à la mise en place de forfaits. C'est pourquoi, l'équipe de l'École de Santé Publique de l'ULB coordonnée par les professeurs Magali PIRSON et Pol LECLERCQ a pris contact avec le comité exécutif du GBS pour lui présenter leur étude et lui demander la participation des unions professionnelles à une enquête de valorisation médicale des prestations sur base de 3 critères objectifs : la durée, la complexité et le risque de la prestation. Dans la foulée du comité exécutif, le comité directeur du GBS a dans la foulée également donné son feu vert à la participation à l'étude, tout en mettant l'accent sur le rôle essentiel des médecins spécialistes de terrain. Au cours des discussions, les Docteurs Chantal DE GALOCSY, Baert DEHAES et Marc BROSENS notamment, sont intervenus pour demander que des membres du GBS puissent être associés aux différentes phases de l'étude, de la validation du questionnaire (y compris les scores proposés pour les 3 critères à analyser) jusqu'à la conclusion de l'enquête, ceci pour que les médecins spécialistes de terrain ne se contentent pas de valider des valeurs de référence suggérées par les chercheurs.

---

<sup>52</sup> PACHA : Projet d'Analyse des Coûts des Hôpitaux Associés. Cf. : Magali Pirson, « PACHA: proefproject voor kostenanalyse per pathologie », Healthcare-executive.be, 24 juin 2014.



### 3.2.5 La valorisation économique des soins à faible variabilité : le contexte de l'étude et les premiers résultats

En tout, ce ne sont pas moins de 349 prestations reprises dans la nomenclature qui seront validées par les médecins spécialistes affiliés à une union professionnelle du GBS.<sup>53</sup>

Le GBS est associé à l'étude, de son élaboration à sa conclusion : dans une première phase de validation qui aura lieu progressivement au fur et à mesure de l'avancement de l'élaboration des questionnaires, les valeurs de référence seront validées lors de séances de prétest auxquelles deux membres du GBS par spécialité participent. Dans la phase de l'enquête proprement dite, parmi les 349 prestations retenues, les membres du GBS auront l'occasion de valider via un questionnaire en ligne, le temps, la complexité et le risque des prestations relevant de leur spécialité. En cas de désaccord, ils peuvent proposer d'autres valeurs en les justifiant. Dans la 3<sup>e</sup> phase d'analyse des résultats, un groupe d'experts piloté par les Docteurs Jacques DE TŒUF et Johann KIPS, auquel seront invités des membres du GBS pour chaque spécialité concernée, analysera la cohérence des résultats et les validera. Pour terminer, les données validées des questionnaires (risque, complexité, durée) seront injectées dans un modèle mathématique de *scoring* élaboré par le centre de calcul de l'ULB. Ce *scoring* permettra d'attribuer un nombre de points à chaque prestation qui in fine reflètera son importance relative au sein des prestations relevant d'une même spécialité. Le *scoring* mesurant la consommation de ressources médicales est donc bien un *scoring* relatif qui ne permet pas de comparer tous les actes entre eux, mais bien les prestations au sein d'une même spécialité.

Pour l'instant, le GBS a transmis le questionnaire pré-validé aux spécialités reprises dans le tableau ci-dessous. Force est de constater que dans l'ensemble, les unions professionnelles affiliées au GBS ont répondu positivement et que la participation est plutôt élevée.

Spécialité	Nombre de messages envoyés	Taux de réponse
Gastro-entérologie	477	12,8%
Neurologie	507	14,2%
Urologie	505	8,1%
Pneumologie	373	18,8%
Ophtalmologie	942	15,4%
Stomatologie	487	18,1%
Cardiologie	263	15,2%
Neurochirurgie	116	32,8%
ORL	335	24,8%
Chirurgie plastique	254	17,7%
Gynécologie-obstétrique	642	21,5%

Tableau 1

Le GBS a envoyé près de 5 000 questionnaires et le taux de réponse moyen s'élève pour l'instant à 17%.

D'après les statistiques de nos services de messagerie, pour des enquêtes similaires, il n'y aurait qu'environ 3 % de réponses estimé à partir du nombre d'ouvertures de liens dans un message ; le nombre moyen d'ouvertures de liens s'élève à 6%. Sur cette base, le taux de réponse moyen estimé de

---

<sup>53</sup> En ce qui concerne les actes relevant de leur spécialité uniquement. Cela explique que l'élaboration de certains questionnaires nécessite plus de temps, étant donné l'existence de sous-disciplines dans certaines spécialités dont notamment l'orthopédie (chirurgie de la main, chirurgie du tronc, chirurgie de la jambe), la chirurgie (chirurgie vasculaire, chirurgie cardiaque,...).

17% observé pour cette l'enquête est exceptionnellement élevé. Sans doute est-il à mettre à l'actif de l'importance de l'enjeu ?

### 3.2.6 Groupes de pathologies selon les similarités de séjour hospitalier

Mise en place de groupes de pathologies selon les similarités de séjour hospitalier : *clustering evidence-based* ou « enfumage » ?

L'étude 270B du KCE<sup>54</sup> a été présentée le 21 juin 2016. Le *clustering* établi par les statisticiens mandatés par le centre d'expertise fédéral KCE, repose sur le couplage effectué au sein de l'INAMI des données RHM<sup>55</sup> – SHA<sup>56</sup> et HJA<sup>57</sup>. Les statisticiens ont mis en œuvre des techniques statistiques servant à regrouper les soins selon leur variabilité en fonction des données hospitalières disponibles. Parmi les données disponibles, ils n'ont repris et croisé que deux variables (les seules statistiquement pertinentes) pour regrouper l'ensemble des APR-DRG<sup>58</sup> en 3 clusters plus ou moins homogènes en termes de variabilité de soins et de remboursements<sup>59</sup>: la durée de séjour<sup>60</sup> et le montant de remboursement.<sup>61</sup> C'est uniquement sur la base de ces 2 variables que les auteurs de l'étude ont pu définir trois groupes distincts d'APR-DRG.

Le comité directeur du GBS a examiné cette étude et le Dr Jean-Luc DEMEERE a souligné que diviser l'ensemble des APR-DRG en 3 groupes distincts est possible, mais la conclusion du KCE en ce sens n'est pas basée sur l'étude elle-même, elle est avancée parce qu'elle en est le but. Le *clustering* est une décision purement politique. En ce qui concerne le *clustering* proprement dit, le Dr Jean-Luc DEMEERE a relevé dans le groupe de soins à faible variabilité la présence de pathologies dont la prise en charge est complexe mais qui sont très standardisées en termes de durées de séjour et de remboursement.

Au final, prise telle quelle, cette nouvelle étude du KCE n'apporte pas beaucoup d'eau au moulin de la réforme du financement des hôpitaux : elle n'a d'ailleurs débouché sur aucune recommandation, les conclusions présentant des plutôt des réserves pour autant qu'elles existent, notamment dans l'optique d'un élargissement des montants de référence. Le choix des parties du BMF qui seraient intégrées dans le futur forfait par séjour reste également une décision purement politique. Une autre critique à l'égard de ce *clustering* est que la partie B2 du budget des moyens financiers qui recouvre environ 40% du BMF est distribuée aux hôpitaux à travers un système de points dont la valeur varie en fonction des caractéristiques de l'hôpital et non de l'activité hospitalière. Il y a lieu de se demander si cette manière de rembourser les hôpitaux n'est pas responsable d'une certaine « pollution » du *clustering*.

Finalement il n'y a pas grand-chose à retenir de ce premier rapport, la délimitation de trois clusters selon les directeurs de l'étude est une question assez technique, de toute évidence, et ceux-ci de rajouter que « cette technicité n'est pas un problème en soi : développer un système de financement efficace, équitable et durable mérite bien que l'on y consacre quelques études approfondies. »

---

<sup>54</sup> [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_270B\\_Clustering\\_groupes\\_de\\_pathologie\\_Rapport2.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_270B_Clustering_groupes_de_pathologie_Rapport2.pdf)

<sup>55</sup> Résumé hospitalier minimum (RMH).

<sup>56</sup> Séjour hospitalier anonymisé (SHA).

<sup>57</sup> Hospitalisation de jour anonymisée (HJA).

<sup>58</sup> All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRG).

<sup>59</sup> On observe néanmoins des chevauchements entre les 3 clusters et ce davantage entre les soins à moyenne variabilité et les soins à haute variabilité.

<sup>60</sup> Les durées de séjour reprises dans le RHM mesurent en quelque sorte le degré d'utilisation des infrastructures de l'hôpital.

<sup>61</sup> L'âge du patient, le sexe du patient ou encore la complexité de la pathologie ne sont pas des éléments statistiquement déterminants pour les coûts. Et le montant du remboursement est une zone grise, dans la mesure où une partie des honoraires médicaux est utilisée pour financer les infrastructures de l'hôpital via la rétrocession de ceux-ci.

Dès, lors ce *clustering* statistique n'est-il pas qu'un brouillon pour les décideurs politiques pour définir, selon leurs intérêts propres, des clusters de prestations et des montants remboursés en choisissant des réponses soufflées par les mutuelles ou les directions des hôpitaux les plus puissants, en passant outre les observations de terrain faites par des médecins ? Ne dites pas enfumage ! Les auteurs du rapport semblent en être conscients car le rapport lui-même souligne la nécessité de faire des recherches plus approfondies et de mettre en place une méthodologie statistique et clinique.<sup>62</sup>

Ainsi, sur la seule base de cette étude du KCE, la division en trois clusters s'apparente davantage à un exercice fictif. Les clusters et la logique sous-jacente devront encore être affinés afin de justifier une distinction dans le financement. Dans son plan d'approche, la ministre voulait commencer le financement par DRG du cluster de soins à basse variabilité avec, d'abord, les APR-DRG et les prestations médicales repris dans le système des montants de référence. L'introduction d'indemnités forfaitaires pour les groupes de pathologies des APR-DRG, qui ont déjà une faible variation dans l'utilisation des moyens, en tenant compte de tous les biais que nous venons d'évoquer, n'apportera pas de gains d'efficacité importants. La ministre de la santé a néanmoins estimé nécessaire de mettre en place une procédure afin de pouvoir déterminer le groupe de pathologies à faible variabilité qui dans le cadre d'un séjour hospitalier pourraient bénéficier d'un financement par APR-DRG.

### 3.2.7 La détermination des APR-DRG est politique

La détermination des APR-DRG appartenant à ce groupe est par conséquent un problème politique, que la ministre de la santé a décidé de faire valider par des médecins dont les membres du GBS.

Le 11 octobre dernier, la ministre de la santé Maggie De BLOCK a contacté le GBS. Dénonçant la validation empirique et statistique du *clustering* et des profils de variabilité des APR-DRG, elle sollicite le GBS pour savoir si une liste de pathologies présélectionnées est pertinemment incluse à juste titre dans le groupe des prestations à faible variabilité, et s'il existe des sous-groupes par pathologie, ou s'il faut distinguer divers types de prise en charge hospitalière, ou encore s'il faut moduler selon le degré de gravité ou tenir compte des comorbidités éventuelles...

Les pathologies sont regroupées en 8 groupes<sup>63</sup> : chirurgie, chirurgie cardio-thoracique, chirurgie gastrique, chirurgie orthopédique, chirurgie urologique, gynécologie, pneumologie, cardiologie. Le GBS a proposé des experts pour participer à cette validation. De nombreux experts ont répondu présent mais n'ont pu assister aux réunions de validation, parce que les convocations n'ont été envoyées que quelques jours avant les réunions, organisées de manière quasi-systématique en milieu de journée, ce qui rendait impossible la participation de la plupart des experts retenus par leur pratique hospitalière.

### 3.2.8. À l'épreuve: collaboration difficile formation de cluster orthopédie

La Ministre Maggie DE BLOCK insiste souvent sur l'importance de la concertation avec les différentes parties intéressées pour donner corps aux réformes qu'elle prévoit. C'est tout à son honneur.

Pour compléter l'étude du KCE « Clustering des groupes de pathologies selon les similarités de séjours hospitaliers »<sup>64</sup> dans le cadre de la faisabilité des trois types de financement des hospitalisations, elle a

---

<sup>62</sup>[https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_270B\\_Clustering\\_groupes\\_de\\_pathologie\\_Rapport2.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_270B_Clustering_groupes_de_pathologie_Rapport2.pdf) Voy. aussi les conclusions de l'étude pp. 34-37.

<sup>63</sup> La liste retenue par le cabinet DE BLOCK retient grosso-modo le même nombre de DRG que le nombre de prestations dans l'enquête PIRSON-LECLERCQ. Cependant, les prestations ne se recouvrent pas exactement, puisqu'il s'agit d'APR-DRG dans ce cas-ci.

<sup>64</sup> KCE Reports 270A, 22.06.2016.

adressé un courrier au GBS le 10.10.2016. Estimant qu'il est absolument indispensable que les experts médicaux fournissent une évaluation clinique des pathologies qui, d'après cette étude, feraient partie du cluster des soins à faible variabilité, elle a demandé au GBS de communiquer pour le 24.10.2016 les noms des experts en la matière. Comme notre organisation collabore volontiers à ce type d'initiative, le GBS a répondu à cette requête avec enthousiasme.

Le 09.11.2016, nos experts (et les représentants des universités) ont reçu par e-mail une invitation à un *kick-off meeting* pour le 17.11.2016 à 17h. Cet e-mail contenait aussi de nombreux tableaux et graphiques avec des données statistiques. Il annonçait que 2 réunions par groupe de travail (8 au total) étaient prévues pendant la dernière semaine de novembre et la première semaine de décembre 2016, et que les conclusions seraient présentées le 08.12.2016. Ces réunions avaient été planifiées pendant les heures de bureau.

Cette manière de travailler a prêté le flanc à de nombreuses critiques : comment imaginer que la plupart des médecins invités qui exercent quasiment tous une activité clinique, puissent se libérer et étudier sérieusement les données dans un si bref délai. Le GBS a notifié ce problème dans une lettre adressée au Dr Ri DE RIDDER qui a simplement reconnu le problème, ce qui ne l'a pas empêché de maintenir les réunions durant les heures de bureau ! Toutefois, la réunion de clôture a été supprimée et une réunion supplémentaire pour certains groupes de travail a été planifiée en 2017 mais cette fois en dehors des heures de bureau ; et l'invitation à cette réunion aura même été envoyée un mois à l'avance. Elle aura lieu le 23 février 2017.

Pendant le kick-off meeting, les résultats de l'étude KCE ont été analysés. Ils concernent 77 APR-DRG avec un degré de gravité 1 ou 2 pour lesquels, sur la base des données statistiques, un financement forfaitaire global est possible. La question principale posée aux experts était la suivante : existe-t-il des arguments médicaux sur la base desquels certains APR-DRG doivent être exclus ? Il s'agit donc d'une discussion purement médicale.

Certains médecins se demandent de quelle manière les résultats statistiques ont été obtenus. Cette observation était certainement digne d'attention et une réunion a été organisée avec des personnes du KCE le vendredi 13.01.2017 à 18h. L'invitation à cette réunion n'a cependant pu être envoyée que le 5 janvier car le KCE n'était pas joignable pendant les vacances de Noël. Certains peuvent se permettre de disparaître de la face de la terre alors que les médecins spécialistes sont censés bouleverser leurs consultations et leurs programmes opératoires dans les 8 jours.

L'un des plus grands problèmes de toute cette discussion est que personne ne sait quels frais seront couverts par le montant prévu (honoraires, frais de séjour, logistique,...). Par exemple, pour une prothèse de hanche primaire, on ne sait pas s'il faut utiliser cette enveloppe pour financer une pompe à morphine, la revalidation pendant l'hospitalisation et d'autres frais. Bien que ces questions ne fassent pas partie de la mission des groupes de travail, c'est là que le bât blesse pour les représentants des médecins. Les remarques ont été notées mais il n'est pas certain qu'elles serviront à quelque chose.

Un autre point délicat est que la ministre opte pour un seul montant, qu'il s'agisse d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation classique. Mais si les frais de séjour y sont inclus, cela deviendrait une vraie gageure. Les directeurs d'hôpitaux ne vont-ils pas en profiter pour exercer une pression sur les médecins afin qu'ils traitent les patients en hôpital de jour ? Une nuitée éventuelle ne risque-t-elle pas d'entraîner un partage différent de l'enveloppe entre médecins et hôpitaux, ce qui, on le craint pourrait jouer en-défaveur des médecins ?

Il reste beaucoup d'incertitudes et une grande vigilance est de mise.

## 4. Politique

### 4.1. Introduction

En 2016, le Moniteur belge a publié 92 250 pages, soit 10 250 pages ou 12,5 % de plus qu'en 2015 (cf. tableau 1). En 2014, dernière année du gouvernement fédéral précédent, le volume des publications avait atteint un sommet (provisoire) avec 107 270 pages publiées. La publication au Moniteur belge des décisions des gouvernements actuels a encore un bon potentiel de croissance.

Le gouvernement fédéral a en effet encore beaucoup de pain sur la planche. Les hôpitaux attendent la législation qui jettera les bases de la redéfinition du paysage des réseaux hospitaliers (voir point 3.1). Les professionnels des soins de santé attendent la réforme de l'ancien AR 78 du 10 décembre 1967<sup>65</sup> et l'actualisation de la nomenclature des prestations de santé. Les 20 points d'actions pour dessiner le paysage de l'e-santé en 2019 requièrent d'office une série de lois et d'AR. Pendant la seconde moitié de la législature actuelle, nous pouvons donc nous attendre à une nette augmentation du nombre de pages de littérature étatique.

Année	Nombre de 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

Source: Moniteur belge, [http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech\\_f.htm](http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm)

Tableau 2

<sup>65</sup> Arrêté royal portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB 18.06.2015)

Un gouvernement (fédéral) de chamailleurs. C'est l'image qu'il a donnée tout au long de l'année 2016. «Ce gouvernement n'a pas besoin d'opposition » a confié un collaborateur dans un cabinet ministériel, fin 2016. Tout sujet fait l'objet de disputes. Pendant des mois après les attentats du 22 mars 2016, des incertitudes sociales ont régné avec la grève des gardiens de prison, des contrôleurs aériens, des bagagistes, des transports publics, de bpost, des chauffeurs de poids lourds qui menaçaient de bloquer les grands axes routiers. Les médecins n'y participaient pas encore, bien que l'envie n'ait pas manqué à de nombreux collègues en 2016. Surtout quand on leur a reproché de délivrer de faux certificats de maladie à tous ces grévistes.

Nous vieillissons de plus en plus. Aujourd'hui, un baby-boomer sur 1 000 issu de ma génération atteint l'âge de 100 ans<sup>66</sup>. En 2060, il y a aura 6 fois plus de centenaires qu'aujourd'hui. La moitié des fillettes qui naissent aujourd'hui seront centenaires, annonce Joop DE BEER du [Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut](#) (NIDI) dans un rapport qu'il a présenté le 25.09.2013<sup>67,68</sup>. La même conclusion vaut pour 1 garçon nouveau-né sur 3 d'après les nouvelles statistiques du même institut. Aujourd'hui, il reste assez exceptionnel d'avoir 100 ans : sur l'ensemble des personnes nées il y a un siècle, 1% sont encore en vie. Le NIDI estime que les petites filles qui naissent aujourd'hui vivront en moyenne jusqu'à 96 ans et les petits garçons jusqu'à environ 92 ans. L'espérance de vie augmente depuis des années. Ainsi, une femme de 65 ans aujourd'hui vivra en moyenne jusqu'à 89 ans mais les femmes au début de la vingtaine vivront probablement jusqu'à 96 ans.

Le discours de Philippe DE BACKER (Open-VLD)<sup>69</sup>, alors qu'il n'était pas encore secrétaire d'état à la Lutte contre la fraude sociale, à la Protection de la vie privée et à la Mer du Nord, fait écho à la ministre des Affaires sociales et de la santé publique Maggie DE BLOCK : « Aujourd'hui, notre système de soins de santé est en fait un système des soins de maladie. On ne fait rien pour nous si on n'est pas malade ». Cette affirmation prend toute sa signification quand on sait que la Belgique est un mauvais élève en matière de médecine préventive. Mais cette compétence a été transmise aux Communautés. La tradition rapporte que les médecins de la Chine ancienne étaient payés sur base de la bonne santé de leurs patients. La majorité de nos 9 ministres compétents pour notre système de santé fragmenté n'y attachent que peu ou pas d'intérêt.

## 4.2. La quête perpétuelle de finances

En 2015, la ministre DE BLOCK a dû tenir les cordons de sa bourse bien serrés. Elle avait déjà contribué à l'effort d'assainissement des finances publiques, n'hésitant pas à faire passer la norme de croissance des soins de santé de 3% à 1,5% pour libérer un montant de +/- 2,8 milliards d'euros. Manifestement, cela n'a pas suffi car début 2016, de nouvelles économies s'annoncent, mais Maggie DE BLOCK refuse que celles-ci soient répercutées, même partiellement, sur le patient<sup>70</sup>. Le gouvernement l'a pourtant obligée à faire des économies et ce sont tous les professionnels des soins de santé qui en pâtissent.

---

<sup>66</sup> Par baby-boomers, on entend le groupe démographique de personnes nées après la seconde guerre mondiale entre +/- 1946 et 1964. Aujourd'hui, ces personnes ont entre 53 et 71 ans.

<sup>67</sup> <https://www.gezondheidsnet.nl/medisch/helft-pasgeboren-meisjes-wordt-100-jaar> ; 25.09.2013.

<sup>68</sup> « Helft van de meisjes uit 2012 wordt 100 jaar oud ». De Volkskrant ; 26.09.2013.

<sup>69</sup> Knack; 21.02.2016. Le 2 mai 2016, il a succédé à Bart Tommelein au gouvernement fédéral.

<sup>70</sup> « Minister van Volksgezondheid wil niet nog meer besparen. 'Ik weiger de patiënt pijn te doen'." De Standaard 20.02.2016

Dans sa quête d'argent, le gouvernement veut s'en prendre aux malades de longue durée<sup>71,72,73</sup>. Ceux-ci coûteraient 8 milliards d'euros à la sécurité sociale<sup>74</sup>. Les économies réalisées sur les allocations de chômage sont complètement neutralisées par l'augmentation des dépenses pour les travailleurs malades<sup>75</sup>. Le ministre du travail Kris PEETERS requiert davantage l'attention de la part du monde du travail sur le « travail faisable », mais d'après la N-VA et l'Open VLD, son approche est trop souple. Il faut sanctionner les réfractaires au travail<sup>76</sup>. L'explication de la montée en flèche de l'absentéisme de longue durée a été notamment recherchée dans l'augmentation de l'âge légal de la pension et l'abolition de la pré-retraite. La N-VA et l'Open VLD soupçonnent que la pré-retraite soit remplacée par une maladie de longue durée en fin de carrière. Le monde politique donne le mauvais exemple puisque le Chambre ne veut pas travailler<sup>77</sup> plus longtemps. Tous les parlementaires qui siégeaient depuis avant les élections de 2014 peuvent prendre leur pension à 55 ans. Ils représentent deux tiers des membres actuels de la Chambre. Les autres doivent travailler jusque 62 ans alors qu'entre-temps, l'âge officiel de la pension a été porté à 67 ans.

Une autre piste envisagée était de viser les personnes ayant une mauvaise hygiène de vie comme les alcooliques et les fumeurs, en imposant des mesures directes comme l'augmentation des accises, et des mesures indirectes en n'accordant plus le remboursement de certains traitements à ce type de patients.

Laurette ONKELINX avait déjà fait une tentative en 2013 en lançant un plan pour freiner la consommation d'alcool. De trop nombreux intérêts étaient en jeu, non seulement ceux des brasseurs et du secteur horeca mais aussi et rien moins que les impôts, et c'est pourquoi le plan a échoué à l'instar du plan cigarette. Le CD&V, partenaire au gouvernement, a trouvé le plan alcool de la ministre DE BLOCK faible<sup>78</sup>, car cette interdiction ne touche pas les distributeurs automatiques, ne limite pas la vente de bière le long des autoroutes, et l'âge légal minimal pour acheter de l'alcool n'est pas relevé de 16 à 18 ans. Le VAD (Vlaams expertisecentrum voor alcohol), à savoir le Centre flamand de l'expertise sur l'alcool, les drogues illégales, les substances psychoactives et le jeu, critique énergiquement la ministre DE BLOCK puisqu'elle considère que les mises en gardes renforcées contre la consommation d'alcool font souffler un vent de panique<sup>79</sup>. Les principes libéraux de liberté et d'autodétermination qui prévalent au parlement fédéral où la bière et le vin sont offerts gratuitement au bar à l'initiative de l'ancien ministre Herman DE CROO en 1990, sont aussi valables dans la vie publique mais là en revanche, ils sont payants.

Début novembre 2016, une pétition a été lancée pour la démission de la ministre DE BLOCK. En un weekend, 18 000 personnes ont signé cette pétition, parmi lesquelles un bon nombre de patients souffrant chroniquement de nez bouché et de maux d'estomac parce que la ministre venait de décider de diminuer drastiquement le remboursement des sprays nasaux anti-inflammatoires et des inhibiteurs

---

<sup>71</sup> « Les préjugés sur les malades de longue durée balayés. » Le Soir; 07.03.2016

<sup>72</sup> « Begrotingscontrole raakt niet uit de startblokken. CD&V en N-VA gunnen elkaar niets ». De Standaard; 12.03.2016.

<sup>73</sup> « Veel mensen op de ziekenkas horen daar niet thuis ». De Tijd; 18.03.2016.

<sup>74</sup> « Open VLD wil extra besparen op langdurig zieken ». Het Laatste Nieuws; 17.03.02016.

<sup>75</sup> « Minder werklozen levert de schatkist niets op ». De Standard; 18.03.2016.

<sup>76</sup> « Ziekten bestraffen maakt niet gezond ». De Standaard; 11.05.2016.

<sup>77</sup> « Zelf langer werken. Kamer stemt tegen ». Het Laatste Nieuws; 29.04.2016.

<sup>78</sup> « CD&V buist alcoholplan Maggie De Block ». De Standaard; 24.10.2016.

<sup>79</sup> « De Block denkt aan alcoholindustrie, niet aan gezondheid ». De Standaard; 19.12.2016.

de pompes à proton. Respectivement, ces médicaments sont maintenant 9 et 7 fois plus chers<sup>80</sup>. Dans les sphères gouvernementales, on parle ouvertement du début d'une campagne politique anti-DE BLOCK. Le gouvernement oblige la ministre à réaliser un nombre excessif d'économies et toutes les mesures qu'elle veut proposer sont raillées<sup>81</sup>. Si le but était de torpiller sa position de leader des sondages politiques, cette mesure a été un franc succès<sup>82</sup>.

Une autre idée qui a été lancée est le non-remboursement des frais médicaux des fumeurs. Ou encore, du moins la limitation de l'exposition à la fumée de cigarette. Il a même été suggéré d'interdire de fumer à la maison. L'idée a été lancée par le Dr Roland LEMYE, vice-président de l'ABSyM<sup>83</sup> dans une carte blanche publiée dans la Libre Belgique<sup>84</sup>. Ce dernier estime que fumer en présence des enfants est assimilable à de la maltraitance infantile<sup>85</sup>. Pour l'instant, le plan antitabac de la ministre DE BLOCK ne fonctionne pas. Elle voudrait 100 000 fumeurs de moins en augmentant les taxes, en instaurant l'interdiction de fumer dans les voitures avec enfants, en imposant des emballages neutres et en diminuant le prix des traitements de décrochage du tabac<sup>86</sup>. Le plan ne trouve pas grâce auprès du partenaire gouvernemental CD&V. L'augmentation des accises sur le tabac a entraîné une baisse de 4% du nombre de fumeurs, ce qui s'est traduit par une baisse du montant des accises de précisément 206,4 millions d'euros qu'initialement budgétisé. Au niveau des accises sur l'alcool, 172,5 millions d'euros de moins que prévu ont été récoltés. Pour le ministre des Finances Johan VANOVERTVELDT (N-VA), le manque à gagner au niveau des recettes de l'État est considérable et s'élève au total à 378,9 millions d'euros<sup>87</sup>. Au sein du gouvernement fédéral, les accises sur le tabac et l'alcool sont actuellement sources de désaccords. Le ministre des Finances Johan VANOVERTVELDT veut diminuer les accises tandis que ses collègues Maggie DE BLOCK et Marie-Christine MARGHEM (MR) voient plutôt positivement ces hausses d'accises qui ont incité les fumeurs à arrêter de fumer<sup>88</sup>.

En Flandre, le ministre CD&V du Bien-Être, de la Santé et de la Famille Jo VANDEURZEN veille à ce qu'à partir du 01.01.2017 les accrocs à la nicotine puissent suivre chez un tabacologue une thérapie de désaccoutumance au tabac mieux remboursée qu'elle ne l'était par le système de santé fédéral. Pour les personnes à faible revenu dont le besoin de désaccoutumance est le plus élevé, et pour les jeunes qui viennent de se commencer à fumer, les consultations chez le tabacologue sont quasi gratuites<sup>89</sup>. S'agit-il ici d'une surenchère de politique communautaire ou d'une réelle plus-value pour les soins de santé ? L'histoire nous l'apprendra. Cela ne simplifiera sans doute pas l'assurance maladie fédérale, mais il est certain que cela ne la rendra pas plus équitable non plus.

Dans une bouffée d'air frais, les Flamands ont adopté le « donderdag date-dag » (jeudi, journée rendez-vous)<sup>90</sup>, autre idée du ministre flamand Jo VANDEURZEN. Si tous les Belges participent aussi à la tournée

---

<sup>80</sup> « Maggie De Block se met tout le monde à dos ». La Capitale; 07.11.2016.

<sup>81</sup> « Campagne tegen De Block? Neen, een meningsverschil ». De Standaard 08.11.2016.

<sup>82</sup> « Maggie De Block est en chute libre ». Le Journal du Médecin; 10.11.2016. « Vrije val ». Artsenkrant; 04.11.2016

<sup>83</sup> « Artsenleider pleit voor rookverbod in de huiskamer ». News4Med Daily; 01.02.2016

<sup>84</sup> « Faut-il interdire de fumer à la maison? ». La Libre Belgique; 02.02.2016.

<sup>85</sup> « C'est pour protéger son enfant ». Le Soir; 01.02.2016.

<sup>86</sup> « De Block wil 100.000 rokers minder ». Het Laatste Nieuws; 11.04.2016.

<sup>87</sup> « Accises alcohol et tabac: un flop historique ». La Capitale; 16.12.2016.

<sup>88</sup> « Lagere accijnzen mogen geen taboe zijn ». De Morgen, 10.01.2017.

<sup>89</sup> « Stop met roken voor een prikje ». De Morgen; 16.11.2016.

<sup>90</sup> « Maak van donderdag datedag ». De Standaard; 20.10.2016.



minérale, initiative de la Fondation contre le Cancer<sup>91</sup> et du VAD, nous vivrons tous jusqu'à 100 ans. Ce ne sera plus grâce aux médecins mais à des ministres de la Santé publique qui auront pris de bonnes mesures préventives. Malheureusement, 80% des dépenses en soins de santé seront encore réalisés lors de la dernière année de vie d'un patient. Ces coûts se déplaceront juste d'environ 15 ans dans le temps.

### 4.3. Une ministre populaire ne doit pas prendre de décisions populaires<sup>92</sup>

Maggie DE BLOCK (Open VLD) a été la femme politique la plus populaire de Belgique dans les sondages successifs d'avril<sup>93</sup>, de juillet<sup>94</sup> et du 30 septembre 2016<sup>95</sup>. Parmi les prestataires de soins, l'enthousiasme a commencé à retomber après les vacances d'été. Les médecins généralistes n'ont pas encore digéré la décision du régime du tiers payant obligatoire depuis le 01.10.2015, et pour les spécialistes, elle a annoncé: « *qu'elle fera tout pour sortir l'affaire des suppléments du système* »<sup>96</sup>. Les nouvelles économies imposées par le gouvernement ont obligé la ministre DE BLOCK à prendre des mesures budgétaires désagréables. Les mesures prises ont provoqué une levée de bouclier, à la fois parmi les médecins, les hôpitaux, et les mutuelles<sup>97</sup>, rejoints un peu plus tard par les pharmaciens. Le 24.11.2016, les rues de Bruxelles se sont colorées de blanc et de vert lors d'une manifestation de 20 000 travailleurs du secteur non marchand. Entre le 17 et le 30 novembre, Le Journal du Médecin/Artsenkrant, Le Pharmacien/De Apotheker et HealthCare Magazine ont publié un sondage de popularité. Sur 1 497 réponses, 72% attribuaient à la ministre DE BLOCK une note entre 0 et 4 sur 10 contre 10,28 % qui lui donnaient un score entre 5 et 10. Entre 2015 et 2016, les médecins généralistes lui ont attribué un score qui a chuté de 4,9 à 3,18 sur 10, et les spécialistes un score qui est passé de 6 à 3,6/10<sup>98</sup>.

La ministre ne peut qu'espérer qu'en Belgique les sondages soient aussi fiables que ceux du Brexit au Royaume-Uni et des élections aux États-Unis. Les résultats inattendus en faveur du Brexit lors du référendum du 23.06.2016 ont été catastrophiques pour le système des soins de santé britannique. Cette sortie promettait que 5,2 milliards de livres sterling dépensés pour l'Union européenne seraient réinvestis dans le système des soins de santé britannique mais cette promesse s'est révélée une imposture au lendemain des résultats. Aux États-Unis, le nouveau président Donald TRUMP s'est immédiatement appliqué à démonter l'Obamacare, le cheval de bataille de son prédécesseur Barack OBAMA.

En dépit de ses mauvais scores, la ministre DE BLOCK reste inflexible: « *Il n'y a pas d'alternative à notre politique. Nous économisons pour régulariser le budget et nous réformons pour que les soins restent abordables* »<sup>99</sup>. C'est le premier argument surtout qui mécontente car il s'agit d'économiser pour le

---

<sup>91</sup> <http://www.vad.be/artikels/detail/tournee-minerale-eeen-maand-zonder-alcohol>

<sup>92</sup> « Moet ik populaire maatregelen nemen omdat ik populair ben ? ». De Tijd; 26.11.2016.

<sup>93</sup> « Maggie De Block blijft populairste ». De Morgen; 11.04.2016.

<sup>94</sup> « Is dit beleid wel huisartsvriendelijk? ». MediQuality; 13.07.2016.

<sup>95</sup> « De Block nog altijd populairste in héél het land ». Het Laatste Nieuws; 30.09.2016.

<sup>96</sup> Uitspraak in de 7<sup>de</sup> dag op TV1 10.07.2016.

<sup>97</sup> « Artsen, ziekenfondsen en ziekenhuizen verdedigen eigen belangen in begrotingsgevecht. Populariteit De Block komt op drie fronten onder vuur ». De Standaard; 19.10.2016.

<sup>98</sup> « Minister Maggie De Block zakt compleet door het ijs ». Artsenkrant; 02.12.2016.

<sup>99</sup> « Moet ik populaire maatregelen, nemen omdat ik populair ben? ». De Tijd; 26.11.2016.

principe. Pour les syndicats médicaux, il s'agit d'une manœuvre qui amènerait la dissolution de plein droit de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2015 pour l'année 2017 (cf. point 7).

Cependant, il existe peut-être d'autres moyens pour maintenir le budget fédéral dans les limites imposées par l'Union européenne. Les citoyens (francophones) sont de nouveau confrontés à un gaspillage à grande échelle orchestré par le PS qui ne siège pas au gouvernement fédéral mais qui est le parti aux manettes du pouvoir en Wallonie: « *Prenez 30 mandataires communaux qui reçoivent chaque mois des sommes astronomiques pour ne rien faire. Mandataires qui n'assistent à aucune réunion – réunions qui n'ont lieu que par procuration et qui ne servent à rien. Imaginez le chef de cabinet adjoint du ministre wallon des Pouvoirs Locaux, dont le chef découvre vendredi dernier que son bras droit est administrateur de l'intercommunale Publifin et est payé comme administrateur de Nethys, une filiale de cette intercommunale (le chef de cabinet, face à la pression, a remis sa démission lundi soir). Représentez-vous un ministre des Pouvoirs locaux, Paul FURLAN, déclarant « J'ai été trahi »<sup>100, 101</sup>». Comment se sentent les médecins spécialistes francophones actifs dans les hôpitaux dirigés par des intercommunales sous influence politique ?*

Les mutuelles reçoivent trop selon Maggie DE BLOCK. Elles doivent économiser 120 millions<sup>102</sup>. Entre 2002 et 2011, les mutuelles ont reçu 235 millions d'euros d'indemnités administratives, ce qui était plus qu'il ne fallait d'après la Cour des comptes. Ce rapport a été réalisé à la demande du gouvernement fédéral. Depuis peu, les mutuelles doivent aussi déposer leurs comptes annuels à la Banque nationale.

#### 4.4. Redesign

Pour 2020, l'État belge devrait économiser 750 millions d'euros avec une rationalisation des structures et du fonctionnement de celles-ci<sup>103</sup>. Le gouvernement MICHEL a élaboré un plan de Redesign qui devra faire un grand nettoyage dans les administrations belges. À cet effet, 6 chantiers ont été développés. Le chantier 5 concerne les soins de santé. À ce niveau, on devrait dégager 50 millions d'euros grâce à une réforme des différentes administrations et une meilleure collaboration entre elles. La résistance la plus farouche à ces réformes viendra du côté socialiste francophone. Les mutualités socialistes n'y voient qu'un objectif: la suppression de la gestion paritaire de la sécurité sociale actuellement en cours au sein de l'INAMI<sup>104</sup>. Le financement de la sécurité sociale pose de gros problèmes en Belgique. Via un nouveau projet de loi, le système actuel subirait une réforme drastique. Les syndicats et les mutualités ont l'impression de n'avoir plus voix au chapitre. Ils craignent que le gouvernement réforme la loi de manière telle que la sécurité sociale puisse être davantage détricotée même si des mesures d'économies impossibles à mettre en œuvre<sup>105</sup> sont demandées. Lors de la détermination du budget 2017, le secteur médical avait déjà eu un avant-goût de telles mesures d'économies.

Pour la ministre DE BLOCK, le plan Redesign vise à renforcer la cohésion politique entre les huit administrations fédérales de la santé qui devront collaborer plus efficacement. À cet égard, on pense

---

<sup>100</sup> Béatrice Delvaux in *De Standaard*, 20.01.2017.

<sup>101</sup> Entre-temps, le ministre wallon Paul Furlan (PS), a démissionné le 26.01.2017 sous la pression du scandale Publifin – une des plus grosses intercommunales du pays. Le président du PS Paul Magnette a accepté sa démission.

<sup>102</sup> « Ziekenfondsen kregen 235 miljoen meer dan nodig ». *De Tijd*, 14.01.2017.

<sup>103</sup> « La gestion des soins de santé sera-t-elle encore paritaire? ». *L'Echo*, 12.07.2016.

<sup>104</sup> « Solidaritas s'inquiète pour le financement de la Sécurité sociale et la qualité des soins ». *L'Echo*, 10.09.2016.

<sup>105</sup> « Stelt de regering de sociale partners onder curatele? » *De Standaard*, 02.01.2017

d'abord à la fusion de l'INAMI et du SPF Santé publique<sup>106</sup>. Le candidat idéal auquel on songe pour ce faire est le chef de cabinet de la ministre DE BLOCK, Pedro FACON, entre-temps devenu ex-chef de cabinet le 01.02.2017. Depuis lors, il remplace le directeur général sortant Christiaan DECOSTER, qui après 43 ans de service à tous les échelons du SPF Santé publique et à l'ancien ministère de la Santé publique, a été félicité lors d'une séance académique le 13.01.2017<sup>107</sup>. Mais d'autres administrations pourraient fusionner. Au niveau scientifique aussi on pense à la fusion du Centre d'expertise – Kenniscentrum (KCE) avec l'Institut de Santé Publique (ISP) et le Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA).

L'opération Redesign devrait offrir la possibilité de modifier le droit de vote au Conseil général: soit les dispensateurs de soins obtiennent aussi le droit de vote, soit il faut le retirer aux mutualités. Déjà à l'époque de la promulgation de la loi MOUREAUX en 1993<sup>108</sup> qui avait réformé drastiquement le fonctionnement de l'INAMI et avait introduit une distinction entre les « payeurs » du système (les employeurs, les syndicats d'employés, les pouvoirs publics) et les « utilisateurs » (dispensateurs de soins), l'ABSyM avait marqué son hostilité à l'octroi du droit de vote aux mutualités car elles sont aussi des dispensateurs de soins à grande échelle en tant qu'exploitants de pharmacies et de centres de revalidation, vendeurs de chaises roulantes, gestionnaires d'hôpitaux, etc... Dans l'esprit de la loi MOUREAUX, elles ne se trouvent pas du côté des financiers du système. Il serait donc logique de reprendre aux mutualités leur droit de vote au Conseil général. Malheureusement, il n'en n'est pas question dans le pacte d'avenir pour les organismes assureurs que les mutuelles ont signé avec la ministre de la Santé publique Maggie DE BLOCK le 28 novembre 2016.

Un autre point qui devrait être modifié dans le cadre du plan Redesign est la surreprésentation des mutualités au comité de l'assurance de l'INAMI. Actuellement, le comité de l'assurance compte 42 membres: 21 représentants des mutualités et 21 représentants des dispensateurs de soins dont 7 médecins. Les décisions sont prises avec une majorité de deux tiers des voix. Les abstentions ne sont pas prises en compte. Il arrive fréquemment que lors d'un premier vote, les deux tiers de majorité requis ne soient pas atteints. Lors de la réunion suivante, le même point fait de nouveau l'objet d'un vote pour lequel une majorité simple suffit. Si un des dispensateurs de soins vote comme les mutualités parce qu'un dossier présente l'un ou l'autre avantage pour son secteur, alors les mutualités l'emportent. Il serait plus démocratique et plus logique d'exiger que les décisions soient prises à la majorité tant sur le banc des assureurs que sur celui des dispensateurs de soins.

## 4.5 Protocole d'accord Imagerie Médicale: la saga continue,... toujours et encore

### 4.5.1 Rétroactes

Dans les rapports annuels précédents, nous avons déjà évoqué le protocole d'accord en imagerie médicale conclu et publié en 2014<sup>109</sup> après de longues négociations. Il s'agit d'un accord très étendu qui comprend l'extension du nombre d'appareils IRM (12 de plus) et PET (également 12 de plus et avec une capacité supplémentaire pour les appareils universitaires utilisés pour les études scientifiques). Cet

---

<sup>106</sup> « Grote zomerschoonmaak »– « Grand ménage d'été ». *Artsenkrant – Le Journal du Médecin*, 07.07.2016.

<sup>107</sup> « Départ de Chris Decoster: « Chaque train a besoin d'une locomotive ». ». *Journal du Médecin*, 20.01.2017.

<sup>108</sup> Loi du 15 février 1993 portant réforme de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

<sup>109</sup> Protocole d'accord en matière d'imagerie médicale du 28.02.2014, signé par 8 ministres (MB 20.06.2014 ; Ed. 4).

accord comprenait également des dispositions afin que l'installation et l'exploitation d'appareils non autorisés ne soient plus possibles, par la création d'un registre national de « l'appareillage médical lourd », une politique de contrôle et un moratoire sur l'installation de nouveaux appareils.

En 2015, le ministre flamand VANDEURZEN avait approuvé l'agrément de 7 appareils IRM supplémentaires en Flandre, malgré les objections d'associations d'hôpitaux exclues de l'accord: leurs procédures juridiques contre les agréments sont toujours en cours.

#### 4.5.2 En 2016

##### 4.5.2.1 IRM

L'objectif du protocole d'accord était l'augmentation de la capacité nationale des examens IRM par une extension du nombre d'appareils IRM, de manière à obtenir un glissement des examens CT (avec rayons) vers des examens IRM (sans rayons). La diminution du nombre d'examen CT devait amener à envisager de libérer des budgets pour une nouvelle augmentation du nombre d'examen IRM.

Voilà pour la théorie. Dans les faits, l'instauration d'un cadastre de l'appareillage médical lourd (= enregistrement des appareils actuels et nouveaux) a permis de constater que 16 appareils IRM étaient en service sur le territoire sans disposer des agréments nécessaires. Comme la nomenclature INAMI avait été adaptée entre-temps, à partir du 01/06/2016, le remboursement des examens IRM n'était plus possible que si ceux-ci étaient effectués avec des appareils agréés. À partir de cette date, le numéro de facturation unique de l'appareil devait figurer sur les données de la bande magnétique transmises aux OA

Quel est aujourd'hui le résultat net du protocole d'accord ? Au lieu de l'extension prévue de la capacité IRM avec 12 appareils supplémentaires, on se retrouve aujourd'hui avec une diminution de cette capacité de 4 appareils (12 nouveaux appareils mais 16 appareils « noirs » hors service).

Par conséquent, dans les chiffres de l'INAMI on ne constate pas de glissement des examens CT vers les examens IRM et on fait remarquer aux radiologues qu'ils n'ont pas respecté la convention et qu'avec l'élargissement du parc des appareils IRM, le nombre d'examen CT n'a pas diminué... Comprenne qui pourra...

La seule solution possible serait une nouvelle extension de la capacité IRM pour compenser la mise hors service de 16 appareils lourds. C'est ainsi que le protocole d'accord bis en imagerie médicale a vu le jour.

En 2016, les premières discussions à ce sujet ont été menées au cabinet de la ministre DE BLOCK sous la houlette du Prof Dr Koenraad VANDEWOUDE. L'une des pierres d'achoppement de toute cette discussion est la manière de concrétiser cette extension nécessaire de la capacité sans que cela n'entraîne une augmentation des budgets INAMI. La défédéralisation partielle des compétences et les moyens financiers pour l'appareillage médical lourd qui y sont associés constituent un écueil supplémentaire. Apparemment, on n'est pas près de trouver une solution...

##### 4.5.2.2 PET

En 2015, la région wallonne avait agréé 3 appareils supplémentaires et la région de Bruxelles-Capitale avait partagé ses appareils supplémentaires entre 3 hôpitaux. La Flandre attendait un agrément du

ministre VANDEURZEN pour la répartition des 6 appareils supplémentaires. Au printemps 2016, le ministre a communiqué sa procédure de sélection et au total, 8 associations d'hôpitaux ont introduit une demande d'agrément. 6 remplissaient les critères et les 2 autres ont bien entendu exprimé leurs objections auprès des instances compétentes. Finalement, à la mi-décembre, le ministre a définitivement tranché et moyennant quelques conditions supplémentaires, il a accordé l'agrément aux 6 nouveaux centres. Comme ces autorisations se sont fait longtemps attendre, il n'a pas été possible que les nouveaux appareils soient opérationnels dès le 1 janvier 2017, mais ils le seront progressivement au cours de l'année, de sorte que ce sera seulement en 2018 que nous bénéficierons de la capacité supplémentaire complète et que nous serons plus ou moins en mesure de gérer les listes d'attente.

#### 4.5.2.3 Cadastre de l'appareillage médical lourd

Le 3 février 2016 est paru au Moniteur belge, l'arrêté royal du 19 janvier 2016 déterminant les règles suivant lesquelles les données relatives à l'appareillage médical lourd sont communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Ce texte contraint tous les utilisateurs d'appareils médicaux lourds (CT, PET, PET-CT, PET-IRM, SPECT-CT et IRM) à déclarer chaque appareil aux pouvoirs publics, lesquels transmettront la liste de ces appareils à l'INAMI qui attribuera aux appareils répondant aux critères d'agrément un numéro de facturation unique.

Il a fallu de nombreuses heures de travail, mais l'INAMI a veillé à ce qu'au 1 juin 2016, les hôpitaux disposent de ce numéro de facturation pour pratiquement tous leurs appareils agréés.

Le 31 mai 2016 est alors paru au Moniteur belge, l'arrêté royal du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. En vertu de cet AR, à partir du 1 juin 2016, il n'est plus possible d'attester des examens IRM, PET ou CT qui n'ont pas été effectués avec un appareil qui ne dispose pas du numéro de facturation dont il est question ci-dessus. Ce qui a fatalement posé problème...

#### 4.5.2.4 Politique de contrôle

... car avec la politique de contrôle, on était (et est) résolu à en finir une bonne fois pour toutes avec l'utilisation d'appareils médicaux lourds illégaux ou d'applications non agréées effectuées sur des appareils agréés.

Comme expliqué ci-dessus au point 4.3.2.1., cela a eu des répercussions sur la capacité IRM car le nombre d'appareils IRM non autorisés avait été gravement sous-estimé. Et on n'a toujours pas remédié aux conséquences.

Ceci a eu aussi des répercussions sur les examens Conebeam CT. Les appareils Conebeam CT (appareils CBCT) ne figurent pas dans la liste des appareils médicaux lourds (et ce pour toutes sortes de raisons particulièrement valables mais aussi particulièrement complexes) et par conséquent, ils ne doivent pas être enregistrés et ne reçoivent donc pas de numéro d'identification unique. Comme l'art. 17 de la nomenclature des prestations de santé ne prévoyait pas de code spécifique pour les CBCT, plus aucun examen effectué sur un appareil CBCT n'était remboursable à partir du 1 juin 2016. Le groupe de travail imagerie médicale du Conseil Technique Médical (CTM) a alors introduit en trois phases distinctes une nomenclature CBCT spécifique. On attend toujours la publication de la dernière indication mais il semble bien que le problème sera résolu pour 2017.

La politique de contrôle est aussi problématique en médecine nucléaire. L'AR d'exécution de l'art. 64 comporte un article reprenant une liste des appareils médicaux lourds avec lesquels des examens CT effectués avec de tels appareils peuvent être honorés en vertu de l'art. 17 de la nomenclature. Curieusement, les appareils SPECT-CT ne figuraient pas dans cette liste.

Une concertation soutenue a eu lieu entre le groupe de travail imagerie médicale et le groupe interprétation au sein du Conseil Technique Médical et un feedback a été donné d'une part, au Dr Ri DE RIDDER, directeur général du Service des soins de santé et à M. Jo DE COCK administrateur général de l'INAMI et président de la Commission nationale médico-mutualiste, et d'autre part, au cabinet de la ministre DE BLOCK. À la suite de cette concertation et de ces feedbacks, la liste a non seulement été adaptée mais le 5 décembre, le Comité de l'assurance a aussi décidé que celle-ci entrerait en vigueur rétroactivement au 1 juin 2016, ce qui devrait aussi résoudre ce problème en pratique<sup>110</sup>.

Toutefois il faut que les choses soient claires : l'INAMI et le SPF santé publique prennent à cœur ce dossier du cadastre de l'appareillage médical lourd et de la politique de contrôle qui y est associée. À terme, leur attitude doit être favorable à ceux qui agissent correctement...

#### 4.5.2.5 Économies en imagerie médicale

En dehors du protocole d'accord, l'imagerie médicale a dû encore faire face à d'importantes mesures d'économies.

Une partie de celles-ci a été convenue dans l'accord médico-mutualiste national 2015 mais une autre partie implique d'autres efforts économiques imposés par le gouvernement dans le cadre du budget 2016. À cet effet, une Taskforce spéciale a été mise en place au sein de l'INAMI pour transposer ces propositions d'économies en législation concrète qui devait absolument entrer en vigueur le 01.01.2017.

Dans l'accord 2016-2017, il était prévu que la nomenclature mammographie diagnostique serait adaptée afin de freiner l'utilisation abusive de ce numéro pour les femmes asymptomatiques. Avec l'argent qui serait économisé grâce à cette adaptation, on pourrait enfin mettre au point une indemnité supplémentaire pour la digitalisation des appareils de mammographie. Les négociations sur les propositions concrètes en la matière ont été âpres, d'une part à nouveau en raison d'un conflit de compétence avec les régions (dépistage préventif organisé du cancer du sein), et d'autre part parce qu'il fallait aussi trouver une solution pour les non-radiologues (sénologues). Finalement, en automne 2016, une proposition a été élaborée satisfaisant toutes les exigences et grâce à laquelle une économie de 8,5 millions d'euros sur base annuelle a pu être réalisée. Concernant la mesure compensatoire – l'indemnisation supplémentaire du même ordre de grandeur pour les mammographies digitalisées –, le cabinet de la ministre DE BLOCK a de nouveau brillé. Il a bien proposé d'appliquer les économies mais de geler les dépenses supplémentaires. Ce n'est qu'après l'intervention musclée de l'ABSyM en médico-mut le 5 décembre 2016, que ce plan a été retiré et que les mesures compensatoires seraient exécutées.

Comme on l'a vu ci-avant, en plus des mesures de l'accord 2016-2017, le gouvernement avait aussi décidé d'imposer des économies supplémentaires dans l'assurance maladie pour l'année 2016 (cf. aussi point 7.2). Sur les honoraires médicaux, il était question d'un montant de 31,7 millions d'euros. Le

---

<sup>110</sup> Note CSS 2016/402 d. d. 05.12.2016. Nomenclature des prestations de santé – Modification de l'article 17, §1, 11° : problématique CT dans le cadre d'un examen SPECT – circulaire V.I.

gouvernement avait déjà très concrètement désigné les disciplines qui devaient déboursier cette somme. Outre les travaux de la Taskforce spéciale qui devait concrétiser les plans d'économies, des sessions supplémentaires du CTM ont aussi été organisées à partir de juin. Ici aussi, l'imagerie médicale a dû passer à la caisse au propre comme au figuré.

Ainsi, 5 millions d'euros devaient être économisés en adaptant la nomenclature de l'échographie de l'abdomen, de même qu'un montant supplémentaire d'1,6 million d'euros en adaptant les duplex des vaisseaux sanguins. Les propositions pour concrétiser ces économies ont été établies début septembre 2016 car toutes les mesures devaient entrer en vigueur le 01.01.2017. Tous les médecins ont collaboré de manière constructive pour répartir l'effort équitablement entre les radiologues et les connexistes. Comme les gynécologues devaient aussi se serrer la ceinture, il a été décidé de ne pas inclure les échographies de grossesse dans la série des économies à réaliser.

En dehors des radiologues, les radiothérapeutes ont aussi dû passer à la caisse pour un montant total de 5 millions d'euros. Cette situation est particulièrement ignoble étant donné que depuis des années, ils demandent un élargissement et une modernisation de leur nomenclature pour lesquels ils avaient demandé un budget supplémentaire de 20 millions d'euros. Cet élargissement est indispensable parce qu'en Belgique, par rapport aux pays voisins, on constate une sous-utilisation significative de la radiothérapie et parce que les rayonnements se sont considérablement complexifiés au cours des dernières années. Dans toute sa bonté, le gouvernement a aujourd'hui décidé que les radiothérapeutes peuvent bien entendu formuler des propositions pour un élargissement de leur nomenclature, mais au lieu de rendre cela possible avec un budget supplémentaire, ils devront d'abord économiser pas moins de 5 millions d'euros. Dans la proposition, formulée bon gré mal gré, on a déniché cette économie en interdisant la combinaison des CT de simulation avec les CT diagnostiques. Cet effort a finalement été partagé entre les spécialistes en radiothérapie et les spécialistes en imagerie médicale.

## 5. Cadastre des médecins

La commission de planification de l'offre médicale n'est autorisée qu'à planifier que le nombre global de médecins nécessaires, et n'a pas de mandat pour fixer la répartition par spécialité. Néanmoins celle-ci a soutenu lors de sa réunion plénière du 26.04.2016 l'exercice effectué par le « groupe de travail médecin » qui avait déterminé les besoins spécialité par spécialité lors de 3 réunions préparatoires. Ensuite, on a fait l'addition, en effet l'autorité fédérale ne s'intéresse qu'aux chiffres consolidés. C'est à partir de ce résultat final que les communautés devront à nouveau refaire l'exercice de répartition par spécialité, triste conséquence de la 6<sup>ème</sup> réforme de l'état.

L'avis de la commission de planification a sérieusement irrité le côté flamand, car suite aux travaux la clé de répartition flamand / francophone avait évolué de façon défavorable aux flamands, passant de 60% / 40 % à 56,5% / 44,5%. Pourtant la commission de planification avait unanimement (à 12 voix sur 12) approuvé la méthode de calcul ; 10 de ses 12 membres en ont également approuvé le résultat. Mais la ministre DE BLOCK a été mise sous pression par ses partenaires de coalition CD&V et N-VA, et a finalement décidé de maintenir l'ancienne clé de répartition 60/40 qui avait été fixée de manière arbitraire en 2002. Le nombre de candidats qui pouvait alors accéder à une formation pour bénéficier

du titre de médecin généraliste ou de médecin spécialiste était alors fixé à 700 : 420 néerlandophones et 280 francophones.<sup>111</sup>

Le 15 septembre 2016, la ministre DE BLOCK a donné son feu vert pour le quota de médecin pour l'année 2022 : 1320 médecins pourront être diplômés. La répartition ne suit pas l'avis de la commission de planification, en effet il y a 792 nouveaux médecins flamands soit 60%, et 528 francophones, soit toujours 40%.

En novembre 2016, au lieu de prendre 3 167 étudiants surnuméraires dans le « lissage » jusqu'en 2020, la ministre a choisi de n'en prendre que 1 355 ; et d'un trait de plume, 1 812 étudiants francophones supplémentaires ont reçu un numéro INAMI et l'accès à la profession.<sup>112</sup> Dans les cercles flamands le terme lissage n'est plus compris comme « diminution » mais comme révision à la hausse implicite du quota. Les effets du lissage ne se feraient réellement sentir qu'en 2023. Si durant 13 ans, 20% en moins de médecins francophones sont formés, 422 en lieu et place de 528, alors on se rapproche d'un véritable lissage. Le commentaire du banc académique selon lequel la survie des facultés est susceptible d'être compromise, n'a pas sa place à la Commission de planification. Les études de médecine sont depuis des décennies une matière communautaire, la Commission fédérale de planification se limitant à estimer les besoins en prestataires de soins de santé capables d'assumer de manière optimale la prise en charge médicale de la population belge.

Le communiqué de presse du Conseil des ministres du 23.12.2016 dit à propos des quotas : "En ce qui concerne les soins de santé, la ministre Maggie DE BLOCK annonce d'abord la nomination de M. Tom AUWERS comme président du SPF santé publique. Ensuite la ministre a déclaré que tous les étudiants francophones actuellement en dernière année d'études et qui décrocheront leur diplôme obtiendront leur numéro INAMI afin qu'ils puissent commencer leurs stages. Les étudiants francophones surnuméraires seront comptabilisés à l'avenir"<sup>113</sup> a souligné la ministre. En Flandre, on a crié au scandale, mais les partis flamands CD & V et N-VA ont approuvés cette décision lors du Conseil des ministres.<sup>114</sup>

Ce grand écart existe depuis des années : il y a environ 1 350 médecins de trop, et le taux d'activité moyen du médecin francophone s'élève en moyenne à 2/3 de celui du médecin flamand ; et pourtant les médecins continuent d'affluer à Bruxelles et au sud de la frontière linguistique.

Le 8 décembre 2016, Catherine FONCK (CdH), l'ABSyM et les cercles d'étudiants<sup>115</sup> en médecine ont tiré la sonnette d'alarme : 41% des nouveaux numéros INAMI attribués à des médecins en communauté française sont destinés à des étrangers<sup>116</sup> ; en Flandre, on parle de 16%<sup>117</sup>. Pendant la réunion du 24.01.2017 de la commission de planification, le soussigné a encore une fois mis l'accent sur le fait que depuis 2014 la législation européenne autorise la mise en place d'un examen linguistique pour le médecin européen qui souhaite s'installer dans un autre pays que celui où il a obtenu son diplôme. Les Pays-Bas exigent même, à côté d'une très bonne connaissance de la langue néerlandaise, de connaître le fonctionnement du système néerlandais de sécurité sociale et l'organisation des soins de santé. Qu'est-ce qui retient notre ministre fédérale Maggie DE BLOCK à faire de même dans notre pays ?

---

<sup>111</sup> AR du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. 14.06.2002 ; ED.1) remplacé par l'A.R. du 12.06.2008

<sup>112</sup> « De 8 zaligheden van Maggie De Block ». Artsenkrant – « Les 8 faux pas de Maggie De Block ». Le Journal du Médecin 18.11.2016.

<sup>113</sup> <http://www.presscenter.org/nl/pressrelease/20161223/ministerraad-van-23-december-2016>

<sup>114</sup> « Het kerstcadeau van Maggie De Block: RIZIV nummers ». Opinie van Hendrik Vuye en Veerle Wouters. Knack; 10.01.2017

<sup>115</sup> « Les médecins étrangers de plus en plus nombreux en Belgique ». Journal du Médecin, 09.12.2016.

<sup>116</sup> « 41% des numéros INAMI attribués à des médecins étrangers: 'C'est injuste'. » MediQuality; 08.12.2016.

<sup>117</sup> « Meer buitenlanders ». Artsenkrant; 09.12.2016.



Du côté flamand, le syndicat des médecins flamand (VAS) et l'Union des dentistes flamands ont déjà réagi contre l'afflux de médecins étrangers<sup>118</sup> : l'accès à leur profession est menacé par l'immigration étrangère.

## 6. Numéris clausus – Double cohorte

En août 2016, les deux communautés se sont pour la énième fois crêpé le chignon à propos des quotas de médecins. La communauté française avait organisé un concours en fin de première année de médecine. Des 1 112 étudiants souhaitant devenir médecins, seuls les 582 étudiants les mieux placés seraient autorisés à poursuivre leurs études. Comme il fallait s'y attendre, une série d'étudiants ayant réussi leur année d'études, mais non classés en ordre utile ont introduit un recours en annulation auprès du Conseil d'État. Des sept étudiants liégeois qui avaient les premiers introduits une requête, 6 ont obtenu gain de cause, et ont été autorisés à poursuivre leurs études. Le 7<sup>ème</sup> étudiant n'a pas obtenu gain de cause, n'ayant pas obtenu les 45 crédits nécessaires<sup>119, 120 121</sup>.

L'insuffisance de motivation matérielle par la commission de planification lors de la promulgation de l'A.R. du 30.08.2015<sup>122</sup> justifie la position du Conseil d'État. L'AR établi de manière sibylline à l'article 3 de l'A.R. existant relatif à la planification de l'offre médicale que les mots « et 2020 » doivent chaque fois être remplacé par « jusqu'à 2021 ». Cette simple prolongation dans le temps du quota fédéral ne permet pas d'en comprendre la signification. Le Conseil d'État souligne que selon l'avis du 8 mai 2015 de la commission de planification le pouvoir exécutif n'a tenu compte ni des nouvelles statistiques obtenues grâce au couplage de différentes bases de données, ni de la pyramide des âges des médecins généralistes, et ni encore de la proposition de relever le quota pour 2021. Invoquer simplement l'urgence pour prolonger les quotas selon une méthodologie dont la commission de planification a indiqué dans son rapport de 2014 qu'elle accroît la marge d'erreur n'est pas acceptable pour le Conseil d'État qui estime que nombre de 1 230 médecins pour les années 2015-2018 établi lors de la rédaction de l'AR de 2008<sup>123</sup> n'est plus pertinent.<sup>124</sup>

---

<sup>118</sup> « Geef Vlaamse jeugd gelijke wapens ». Persbericht BVAS-VVT; 12.07.2016.

<sup>119</sup> Conseil d'État, Section du contentieux administratif, arrêt n° 235.618 du 12 août 2016

<sup>120</sup> « Etudes de médecine: Maggie De Block est au pied du mur ». La libre Belgique; 13-14-15.08.2016

<sup>121</sup> « Selectieproef voor Franstalige studenten geneeskunde is klinisch dood ». De Standaard; 12.08.2016.

<sup>122</sup> AR du 30.08.2015 modifiant l'AR du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (MB 21.09.2015; Ed.1).

<sup>123</sup> AR du 12.06.2008 concernant la planification de l'offre médicale (MB 18.06.2008; Ed. 1).

<sup>124</sup> Pour rappel, l'article 3 de l'AR relatif à la planification de l'offre médicale dit pour droit dans la version du 01.09.2012 : Le nombre maximal de candidats attestés qui ont accès à une formation menant à l'un des titres professionnels précités (diplôme de médecine) est fixé à :

- 757 par an pour les années 2008 à 2011, - 890 pour l'année 2012, - 975 pour l'année 2013, - 1 025 pour l'année 2014; - 1 230 par an pour les années 2015 à 2017, - 2460 pour l'année 2018, - 1230 par an pour les années 2019 et 2020.
- Par Communauté, ce chiffre est réparti comme suit :
- 1° Le nombre maximal de Candidats attestés par les universités relevant de la compétence de la Communauté flamande est fixé à :
  - 454 par an pour les années 2008 à 2011, - 534 pour l'année 2012, - 585 pour l'année 2013, - 615 pour l'année 2014, - 738 par an pour les années 2015 à 2017 - 1476 pour l'année 2018, - 738 par an pour les années 2019 et 2020
- 2° Le nombre maximal de Candidats attestés par les universités relevant de la compétence de la Communauté française est fixé à :
  - 303 par an pour les années 2008 à 2011, - 356 pour l'année 2012, - 390 pour l'année 2013, - 410 pour l'année 2014, - 492 par an pour les années 2015 à 2017 - 984 pour l'année 2018, - 492 par an pour les années 2019 et 2020.

Cerise sur le gâteau, le Conseil d'État indique que la décision de la communauté française du 17 juillet 2015<sup>125</sup> d'organiser un concours de sélection n'est pas applicable, puisque cette décision n'a pas été présentée à la section législation du Conseil d'État, et que l'urgence n'a pas été motivée. Par conséquent, il suffit aux étudiants d'obtenir les 45 crédits requis pour poursuivre leurs études et entrer en deuxième baccalauréat de médecine. Exit donc la décision de ne retenir que les 582 meilleurs étudiants autorisés à poursuivre. En Flandre, les recteurs et de nombreux politiciens se sont demandés si la mise en place du concours n'était pas qu'une mascarade et ne montrent aucune pitié envers le négligent ministre PS de l'enseignement supérieur, Jean-Claude MARCOURT. Le recteur TORFS de la KUL est allé jusqu'à se demander si « Jean-Claude MARCOURT n'avait pas consciemment fait échouer le projet de concours en mettant d'abord en place un bon système pour l'avenir tout en laissant quand même passer tous les étudiants actuels. »<sup>126</sup>

D'autres arrêts ont ensuite suivi pour des étudiants francophones en provenance des universités de Namur et de Mons, de sorte que fin septembre 2016, au moins 287 étudiants francophones initialement recalés ont pu continuer leurs études alors qu'ils se trouvent hors quota.<sup>127</sup> L'autorisation de poursuivre les études signifie qu'ils auront l'assurance d'obtenir un numéro INAMI à la fin de leurs études.<sup>128</sup> Or selon la commission de planification, il y a toujours beaucoup trop de médecins francophones.

Lors de la prochaine édition du rapport annuel du GBS, nous saurons si le ministre Jean-Claude Marcourt aura mis en place un examen d'entrée pour les candidats-étudiants en médecine. La communauté française et ses ministres franchiraient-ils le pas, 20 ans après la mise en place d'un examen d'entrée en Flandre, après avoir perdu tant de batailles dans un nombre incalculable de procédures juridiques introduites par des centaines d'étudiants soutenus par leurs parents ? Peut-être que ses ministres auront compris que l'examen d'entrée est la meilleure manière d'endiguer le flot impayable d'étudiants en médecine en communauté française ? La communauté française optera-t-elle enfin pour un numerus fixus en organisant un premier examen d'entrée en date du 08.09.2017 comme le réclame l'ARES, l'académie de recherche et d'enseignement supérieur ?<sup>129</sup>

Entretemps, la commission de planification annonce qu'il manque 1 505 places de stage pour accueillir les étudiants de la double cohorte : 1 061 en Belgique francophone, et 444 en Flandre.<sup>130</sup> La note de la commission de planification intitulée « Projection quantitative de l'effet de la double cohorte de diplômés en sciences médicales sur les places de stages en médecine pour l'obtention d'un titre professionnel particulier, Cellule Planification des professions des soins de santé, DG Soins de Santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement » (update décembre 2016) répartit les besoins par spécialité.<sup>131</sup> La plupart du temps, les besoins sont les mêmes des deux côtés de la frontière linguistique, et il manque à titre d'exemple 266 places de stage en médecine interne générale en communauté française, et 130 en Flandre. Mais on observe certaines différences : la plus marquante concerne la médecine générale où il manque 76 places de stage en communauté française alors qu'il y en a 149 de trop en Flandre.<sup>132</sup>

Un discours de l'ancien recteur de l'ULB qui préside l'académie de recherche et d'enseignement supérieur (ARES) met en doute les fondements de la pénurie de médecins. Le Prof. Didier VIVIERS

---

<sup>125</sup> Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant le nombre global d'attestations d'accès à la suite du programme du cycle qui seront délivrées lors de l'année académique 2015-2016 (M.B. 14.08.2015; Ed. 2).

<sup>126</sup> « Franstalige artsenproef communautaire kwestie ». De Tijd; 13.08.2016.

<sup>127</sup> « L'imbroglio autour des études de médecine décrypté ». L'Echo; 24.09.2016.

<sup>128</sup> « Reçus-collés: la victoire pourrait avoir un goût amer ». Le Soir; 21.09.2016.

<sup>129</sup> « L'Ares propose la date du 8 septembre pour l'examen d'entrée ». La Libre Belgique ; 17-18.12.2016.

<sup>130</sup> « Meer dan 1.500 stageplaatsen te kort in 2018 ». Artsenkrant; 20.01.2017.

<sup>131</sup> [http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/note\\_2016\\_double\\_cohorte\\_fr.pdf](http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/note_2016_double_cohorte_fr.pdf)

<sup>132</sup> « Il va manquer 1500 places de stage en médecine en 2018 ». La Libre Belgique 10.01.2017.

explique le 30.12.2016 qu'il n'est pas convaincu de l'existence d'une pénurie de médecins dans les années à venir. Apparemment, on peut changer d'opinion après avoir abandonné une haute fonction.<sup>133</sup> Elie COGAN, professeur dans la même université et chef de service de médecine interne à l'hôpital Érasme avait encore déclaré que le numerus clausus était une mascarade menant à la pénurie de médecins.<sup>134</sup> Pour le professeur COGAN, tout le monde peut entreprendre des études de médecine, mais il faut une loi d'établissement. Un projet cynique : former consciemment plus de médecins que nécessaire, sans se préoccuper du sort de ceux qui ne seront pas autorisés à s'établir.

## 7. Accord médecins – mutuelles

### 7.1. Suivi de l'accord du 22.12.2015 pour les années 2016-2017

Le nombre de médecins actifs enregistrés auprès de l'INAMI varie de jour en jour. Ce nombre varie perpétuellement : les médecins peuvent partir à la pension, décéder : des centaines de médecins généralistes et spécialistes s'enregistrent au compte-gouttes au cours de l'année ou en masse pendant les mois d'été. L'interprétation des chiffres est complexe. Tout dépend de la date de référence. Pour l'accord médico-mutualiste, il faut prendre en compte le moment d'entrée en vigueur de l'accord. L'accord signé le 22 décembre 2015 est entré en vigueur le 2 mars 2016, 2 semaine après la publication de l'édition précédente de mon rapport annuel.<sup>135</sup>

Sur les 48.055 médecins actifs enregistrés à l'INAMI au 02/03/2016, 7 690 ont refusé par lettre recommandée d'adhérer à l'accord soit 16,00 %. Parmi les 40 365 médecins conventionnés soit 84,00% du total de médecins actifs, 1.272 ont déclaré par lettre recommandée qu'ils souhaitaient être partiellement conventionnés (2,65 % du total). Les 39.093 collègues qui n'ont pas répondu sont considérés comme ayant pleinement adhéré à la convention (81.35% du total). Le taux de déconventionnement moyen au cours de ces 22 dernières années s'élève à 16,58% et est en moyenne remarquablement stable, avec des creux à 15,02 % (en 2000) et des pics à 18,87 % (en 1993) (cf. tableau 3)

---

<sup>133</sup> « Didier Viviers doute de la pénurie de médecins ... ». La Libre Belgique; 31.12.2016-01.01.2017.

<sup>134</sup> « Carte blanche: Le numerus clausus: une mascarade menant à la pénurie ». Le Soir; 23.09.2016.

<sup>135</sup> « Changement in statu nascendi ». Dr. Marc Moens. Rapport annuel du GBS 2015. Bruxelles 20.02.2016

**ÉVOLUTION DES DÉCONVENTIONNEMENTS EN % PAR DISCIPLINE 1993-2016**

	22.12.2015	22.12.2014	23.01.2013	21.12.2011	13.12.2010	17.12.2008	20.12.2007	20.12.2006	15.12.2003	19.12.2002	18.12.2000	15.12.1998	03.11.1997	11.12.1995	13.12.1993	Moyenne
1 Méd. Spécialistes en formation (MSF)	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	1,48	0,42
2 Gériatrie	1,30	1,69	2,54	2,75	2,56											2,17
3 Médecine aiguë et méd. d'urgence	1,66	2,15	2,46	2,53	2,74											2,31
4 Biologie clinique	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	2,92	2,44
5 Oncologie	3,57	3,70	4,46	4,48	3,11											3,86
6 Médecine interne + endocrino diabét.	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	9,98	7,25
7 Radiothérapie	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	7,08	4,72
8 Médecine nucléaire	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	6,69	4,97
9 Pneumologie	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	8,42	6,70
10 Anatomie pathologique	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	8,65	5,84
11 Anesthésiologie	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	16,61	13,62
12 Neuropsychiatrie	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	18,06	14,59
13 Neurologie	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	5,33	7,28
14 Généralistes	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	19,18	13,69
15 Psychiatrie	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	13,62	12,55
16 Autres spécialités	12,31	13,04	9,57	9,80	7,89											10,52
17 Pédiatrie + neurologie péd.	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	18,21	12,44
18 Gastro-entérologie	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	11,79	15,38
19 Chirurgie	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	19,01	18,69
20 Cardiologie	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	12,39	19,81
21 Rhumatologie	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	22,56	20,88
22 Neurochirurgie	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	25,45	24,02
23 Méd. Physique et Physiothérapie	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	18,48	22,69
24 O.R.L.	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	29,50	28,96
25 Radiologie	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	20,33	25,35
26 Urologie	31,96	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	25,44	28,38
27 Stomatologie	40,63	41,18	39,76	40,73	40,79	39,74	37,70	36,08	39,40	36,97	36,39	33,78	32,20	37,14	39,43	37,99
28 Orthopédie	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	23,51	29,99
29 Gynécologie-obstétrique	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	43,05	45,71
30 Ophtalmologie	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	52,46	53,95
31 Chirurgie plastique	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	58,52	61,22
32 Dermatologie-vénérologie	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	60,65	64,20
Total spécialistes + MSF	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	18,61	18,60
TOTAL GÉNÉRAL	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	18,87	16,58

Source: INAMI; groupe Dr M. MOENS: situation au 02/03/2016

Tableau 3

Le point 13.2.2.1 de l'accord du 22.12.2015 prévoyait que les médecins pouvaient individuellement dénoncer ce dernier par lettre recommandée et motivée avant le 15.12.2016. Un médecin conventionné pour 2016 pouvait donc à n'importe quel moment renoncer à l'accord pour l'année 2017. Le GBS et l'ABSyM ont répété régulièrement à leurs membres qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'octroi du statut social serait lié à l'obtention d'un seuil d'activité minimum sur base de 2015. Ce nouveau système est entré en vigueur au 01.01.2017<sup>136</sup> malgré l'opposition de l'ABSyM depuis l'annonce du seuil en 2014. D'après des données de la médico-mut, nous savons qu'il y a 2 813 médecins qui n'ont pas atteint en 2015 le seuil d'activité qui permet de bénéficier du statut social en 2017.<sup>137</sup> De plus, il y a des médecins qui ont pris leur pension auprès de l'INAMI mais qui continuent à être actifs et qui en raison d'un oubli dans la loi du 18.12.2015 sur les pensions, n'auront plus droit à leur statut social INAMI, même s'ils atteignent le seuil minimal d'activité pour leur spécialité. Ces deux groupes de médecins n'ont donc aucune raison de s'en tenir au tarif social de l'accord.

Le 20 décembre 2016, l'INAMI annonçait d'une manière plutôt triomphante qu'entre le 1<sup>er</sup> novembre et le 19 décembre, 2016, seulement 441 médecins avaient rejeté l'accord médico-mutualiste du 22.12.2015 pour l'année 2017. En fait, l'INAMI aurait dû comparer la situation entre le moment de la date limite d'acceptation de l'accord le 2 mars 2016 et le 19 décembre 2016. Les mises en garde sur le seuil minimum d'activité n'étaient en effet pas nouvelles. Au cours de cette période de 9 mois, ce sont 628 collègues qui ont dénoncé l'accord, ou 22,3 % des 2 813 médecins qui n'ont pas atteint le seuil minimum d'activité en 2015.

Au 02.03.2016, 7 690 médecins sur les 48 055 soit 16,00 % des médecins avaient rejeté l'accord. Le 19/12/2016, il y en avait 8 318 sur un total de 49 453 ou 16,82 %. Autrement dit, pour l'année 2016 84,00 % de tous les médecins ont adhéré à l'accord (88,54 % des médecins généralistes et 81,12 % des spécialistes), et à cause de l'introduction du seuil minimum d'activité et à l'annonce de nouvelles mesures d'austérité, le taux d'adhésion a légèrement diminué, passant à 83,18% du total des médecins pour l'année 2017 (88,29 % des médecins généralistes et 78,89 % des spécialistes) (cf. tableau 4).

	Généralistes		Spécialistes		Total	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Bruxelles	80,31	80,76	81,34	80,62	80,98	80,67
Wallonie	86,28	85,91	83,83	82,48	84,79	84,47
Flandre	91,79	91,53	79,44	78,14	84,33	83,86
Total	88,54	88,29	81,12	79,89	84,00	83,18

Tableau 4

Le 01/01/2017 le chiffre magique de 50.000 médecins professionnellement enregistrés comme actifs à l'INAMI a été dépassé (cfr. l'accréditation). Le 31.12.2015, il y avait 60.520 médecins enregistrés dans les bases de données du SPF Santé publique autorisés à exercer leur profession en Belgique, dont 51.775 domiciliés en Belgique.<sup>138</sup>

<sup>136</sup> Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins, (MB 26.09.2016 Ed. 2).

<sup>137</sup> Doc CNMM-NCAZ 2016/123 d.d. 28.11.2016

<sup>138</sup> [http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/jaarverslag\\_2015\\_nl.pdf](http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/jaarverslag_2015_nl.pdf) (pag. 29)

## 7.2. La médicomut « en chantier »

Lors de la réunion du 11.07.2016 de la medicomut, le président Jo DE COCK a recherché des pistes pour enrayer l'effondrement progressif de la médico-mut. Les points et les chantiers suivants ont été répertoriés<sup>139</sup>:

- 1) Respecter le calendrier de la mise en œuvre des accords
- 2) Indexation
- 3) Chantiers spécifiques
- 4) Modèle de consultation

L'ABSyM a une répondu dans une lettre circonstanciée et en réunion du medico-mut du 05.12.2016.<sup>140</sup>

### 7.2.1. Respect du timing et de l'exécution de l'accord

L'ABSyM a souligné que des mesures pour lesquelles il y a un accord et un budget prévu dans l'accord du 22.12.2014 ne sont toujours pas réalisées au 16.11.2016, soit 2 années après la conclusion de l'accord :

« 4.2.8. Les mesures positives suivantes, déjà examinées par le CTM, seront exécutées le plus rapidement possible :

- numérisation des mammographies (8,5 millions d'euros);
- tests suivants en matière de biologie clinique : *Mycobacterium tuberculosis* (0,029 million d'euros);
- revalorisation des honoraires de neuropédiatrie (1,190 million d'euros),<sup>141</sup>
- revalorisation de la consultation de neurologie (1,610 million d'euros);<sup>142</sup>
- suppression de l'interdiction de cumul entre la surveillance en service G et les petites interventions (1,178 million d'euros);
- revalorisation de la visite du médecin spécialiste à un patient en MRS à la demande du médecin généraliste (0,316 million d'euros);
- enfin, une solution sera présentée pour résoudre le problème du « living donor » (0,263 million d'euros). » (fin de l'extrait de l'accord du 22.12.2014).

On a notamment suggéré qu'après une période de deux mois, les recommandations proposées soient considérées comme actées. Il est inconvenant que le ministre du budget mette près de deux ans pour donner un avis dans des situations où son représentant au comité de l'assurance de l'INAMI a marqué son accord. Il y a eu de se demander si le Conseil d'Etat pourrait fournir des avis plus rapides sur la nature hautement technique de la nomenclature des prestations de santé.

Des points importants de l'accord en cours viennent juste d'être tranchés à l'heure actuelle, ou ne le sont pas encore. Parmi les points non encore tranchés, figure l'octroi d'un budget annuel de 10 millions d'euros pour la formation des médecins spécialistes dans les hôpitaux non-universitaires inscrit « durant la durée de l'accord ». <sup>143</sup>Le groupe de travail a été constitué, avec à côté des membres de la médico-mut des représentants des médecins spécialistes en formation (VASP-AMSF) <sup>144</sup>. Il s'est réuni une

---

<sup>139</sup> Doc NCAZ 2019/119 d.d. 07.11.2016: «Referentiekader overleg artsen – ziekenfondsen ».

<sup>140</sup> Doc NCAZ 2019/122 d.d. 16.11.2016: BVAS bemerkingen bij Doc NCAZ 2019/119.

<sup>141</sup> Entre-temps réalisé: AR du 09.11.2016 modifiant les articles 2, B, en 25, § 1, de l'annexe de l'AR du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (AR 30.11.2016; Ed. 2) et en vigueur depuis le 01.01.2017.

<sup>142</sup> Idem

<sup>143</sup> Point 4.2.10 de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2015

<sup>144</sup> VASO-AMSF: Nationale Vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding – Association nationale de médecins spécialistes en formation

première fois le 09.01.2017. Étant donné les tensions autour de la dissolution de l'accord (cf. 7.3.) et en raison de la mention « *durant la durée de l'accord* », le futur octroi de ce budget est plus qu'incertain. Concernant le supplément d'urgence lors d'un accouchement naturel<sup>145</sup>, en ce compris les coûts additionnels pour l'anesthésie (7 millions d'euros), les discussions doivent encore commencer. Si discussions il y a, la négociation de ce supplément promet d'être complexe, car elle est liée au nombre de césariennes, et à l'impact sur le taux de conventionnement des gynécologues, qui font partie des spécialités au taux de déconventionnement le plus élevé : 49,24% après la conclusion de l'accord du 22.12.2015 (cf. tableau 3), et qui est passé à 51,02% le 15.12.2016 suite aux déconventionnements individuels.<sup>146</sup>

## 7.2.2. L'indexation automatique et les actes intellectuels

L'ABSyM a proposé le 05.12.2016 l'indexation linéaire, mais cette proposition n'a pas atteint la majorité. Une indexation inégale a été approuvée, qui varie de 0,0% à 2,12%.

L'utilisation du terme « intellectuel » versus « prestation technique » a été critiquée. Pendant des décennies, les anesthésistes, les chirurgiens, les biologistes cliniques, les radiologues, les pathologistes ou encore les urologues notamment voient leurs prestations caractérisées par ce terme plutôt péjoratif. Pourtant, ce sont surtout les « intellectuels » parmi nous qui prescrivent des examens parfois inutiles, notamment en imagerie médicale, en biologie clinique en anatomo-pathologie. A titre d'exemple, 41% des scanners prescrits par les médecins généralistes ne se justifient pas selon des critères EBM. On peut aussi se demander pourquoi le généraliste belge prescrit beaucoup plus d'examen de biologie clinique que son collègue hollandais, avec une population de patients comparable. Ces constatations devraient modérer les exigences des généralistes d'AADM<sup>147</sup> dans leur souhait de bénéficier davantage du budget.

Pour maintenir en place le système d'accord, il faut créer un cadre légal pour indexer automatiquement l'honoraire en cas de dépassement de l'indice des prix à la consommation. Actuellement, il n'y a pas d'indexation pour les prestataires de soins qui sont rémunérés avec des honoraires. S'il y a déjà une indexation qui est octroyée, elle prend cours un an après celle du personnel que les médecins mettent au travail. Seules les modalités d'octroi éventuel de l'indexation sont réglées par Arrêté Royal.<sup>148</sup>

## 7.2.3. Chantiers spéciaux

### 7.2.3.1. Réforme des hôpitaux

Tant dans le groupe de travail ad hoc chargé de la préparation de la réforme du financement des hôpitaux au cabinet DE BLOCK qu'en médico-mut, le soussigné a insisté pour que soient explicitées juridiquement les compétences des conseils médicaux ou d'une délégation des conseils médicaux des hôpitaux impliqués dans un réseau clinique. Les médecins doivent être, tant stratégiquement qu'opérationnellement, impliqués dans la gestion des futurs réseaux hospitaliers (voir point 3).

De plus, une initiative législative doit être prise pour définir plus strictement le cadre des retenues sur les honoraires médicaux en milieu hospitalier. En effet, aujourd'hui, il arrive trop fréquemment que les hôpitaux, prétextant un sous-financement structurel, abusent des articles de loi dont la formulation manque de précision pour répercuter indûment les coûts sur les honoraires médicaux.

### 7.2.3.2. Nomenclature

---

<sup>145</sup> Point 4.2.4 de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2015: gynécologie

<sup>146</sup> Chiffres INAMI, distribué le 23.12.2016: rejets doctors : table comparaison 2016: 1/11 & END 19/12 (post 14/12)

<sup>147</sup> Alliantie Artsenbelang Domus Medica - L'Alliance Avenir Des Médecins

<sup>148</sup> A.R. du 08/12/1997 modifiant l'A.R. du 6 Décembre, 1994 portant nomination des membres de la Commission pour le suivi et l'évaluation des données statistiques relatives aux activités médicales dans les hôpitaux. (MB 18.02.1998; Ed. 1).

La Commission nationale médico-mutualiste est chargée de réformer la nomenclature en se basant sur des paramètres comme la durée d'exécution de la prestation, la durée de la formation nécessaire pour pouvoir effectuer des prestations de qualité, la complexité des traitements et les risques associés. À cet égard, la ministre DE BLOCK a pris une initiative et a donné la mission à la KU Leuven d'une part et au groupe PIRSON – LECLERCQ (ESP-ULB) d'étudier les coûts des prestations médicales du groupe des clusters de pathologies à faible variabilité dans les hôpitaux. Comme la ministre travaille aussi pleinement à la réforme du financement des hôpitaux, on peut se demander s'il est opportun d'ajuster la nomenclature au même moment. L'enquête PIRSON – LECLERCQ s'adresse aux différentes unions professionnelles des médecins spécialistes du GBS (cf. point 3.2.4.).

### 7.2.3.3. Politique de qualité et soins efficaces

La note du président DE COCK pose la question de l'utilisation des 270 millions d'euros que coûte le système de l'accréditation pour un système « pay for quality ». Il voudrait aussi utiliser l'accréditation pour réduire les variations de pratiques et de volume injustifiées. Dans le même souffle, il cite le « plan de contrôle » mis au point par la « Task Force économies » lors de la première moitié de 2016. Ce plan prévoit le développement d'un audit systématique des hôpitaux basé sur le principe du débat contradictoire avec les directions hospitalières et les conseils médicaux. Le cas échéant, cet audit peut aboutir à l'élaboration des plans d'action encore à définir.

Réorienter le système d'accréditation vers un système « pay for quality » peut être un beau rêve en théorie mais cela fera exploser la charge administrative tant pour les médecins que pour l'administration de l'INAMI. Comment mesure-t-on la qualité et l'amélioration de la qualité ? La note se réfère au texte français « *remunération sur objectifs de santé publique* » qui repose sur 29 indicateurs<sup>149</sup> et s'applique aux spécialistes qui exercent leurs activités professionnelles principalement en ambulatoire « dans un cabinet » (*indicateurs d'organisation du cabinet*). Tous les médecins sont loin de pouvoir être suivis sur la base des indicateurs de qualité classiques comme le follow-up des patients chroniques, la prévention et l'efficacité. Ce modèle français a beaucoup de limites.

De plus, la note conceptuelle de la réforme de l'AR78<sup>150</sup> propose d'associer « la tenue du portfolio » des médecins au système d'accréditation électronique organisé par l'INAMI. Cela signifierait ni plus ni moins que l'accréditation devient obligatoire et est prise en charge par le SPF Santé publique, ce que les concepteurs du système d'accréditation voulaient à tout prix éviter en 1993. Ou bien cela mènera-t-il à une double accréditation pour les médecins? Ou alors l'ensemble sera-t-il refondu en un seul tout dans le contexte du plan Redesign après la fusion du SPF Santé publique et de l'INAMI sous Pedro FACON (cf. point 4.4)?

Aujourd'hui, les mutualités sont déjà compétentes pour constater des variations de pratiques et de volumes injustifiées dans les hôpitaux. Elles doivent examiner objectivement ces situations éventuelles et entreprendre les actions nécessaires. Les mutualités constatent parfois des abus mais ne font pas grand-chose, à plus forte raison dans une institution de leur propre groupe.

Avec un audit systématique de tous les hôpitaux dans le contexte du « plan de contrôle », on va trop loin. Il existe déjà de nombreux audits internes comme NIAZ<sup>151</sup> et JCI<sup>152</sup> dans le contexte de la promotion et du maintien de la qualité. Malheureusement, de tels systèmes n'excluent pas les abus si ceux-ci sont bien camouflés à l'enregistrement. Les Communautés aussi ont des possibilités de contrôle. Il est

---

<sup>149</sup> <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale-2011-dispositifs-transitoires/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-d-organisation-du-cabinet.php>

<sup>150</sup> AR 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 (MB 18.06.2015)

<sup>151</sup> NIAZ: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

<sup>152</sup> JCI: Joint Commission International



pertinent de se demander si tous ces audits et contrôles ne sont pas chronophages au détriment de la qualité des soins et du temps pouvant être consacré au patient. Les failles du système de soins de santé belge (escarres, soins insuffisants en cas d'accident vasculaire cérébral, soins de santé mentale, prévention insuffisante) peuvent aussi être connues sans ces audits systématiques. En associant la qualité des prestations à des soins efficaces, on accorde trop d'attention aux « usages trop nombreux ou inadéquats », mais la sous-consommation n'est pas mentionnée.

#### 7.2.3.4. Échange de données

Lors de la transmission de données cliniques anonymisées, la confiance est fondamentale. Il est inacceptable que des assureurs disposent des diagnostics des patients. La cloison entre données médicales et assurances doit être étanche. L'autorisation de partager des données doit être demandée de manière claire et compréhensible au patient, et non à la dérochée comme c'est souvent le cas actuellement.

Sur les 5 028 836 Belges<sup>153</sup> qui ont autorisé l'échange de leurs données médicales entre les dispensateurs de soins, combien savent en fait ce que cela signifie ? Tous ces patients étaient-ils conscients de ce à quoi ils s'engageaient quand ils ont apposé leur signature quelque part ? L'information au citoyen, au médecin et à tous les dispensateurs de soins doit être plus claire.

Avec l'échange de données, les mutualités s'empressent aussi d'obtenir des informations complémentaires sur les honoraires supplémentaires dans le secteur ambulatoire. Dans le secteur hospitalier, elles connaissent ces montants depuis des années.

#### 7.2.3.5. Honoraires supplémentaires

La discussion éventuelle sur les informations des honoraires supplémentaires dans le milieu ambulatoire s'inscrit dans l'ensemble du débat sur les honoraires libres décrit au point 4.3 de l'accord du 22.12.2015. Si certains partenaires estiment que les honoraires libres ne sont plus autorisés (Cf. le président des MC Luc Van Gorp dans le Knack du 31.08.2016, p. 65: « *Il propose aussi d'interdire le déconventionnement. «Les médecins et spécialistes qui veulent recourir au remboursement INAMI et donc recevoir un numéro INAMI, devraient être obligés de pratiquer les honoraires convenus. »* »), le système d'accords cesse alors d'exister.

En décembre 2016, l'AIM<sup>154</sup> a promis de fournir une analyse sur les honoraires supplémentaires appliqués dans les hôpitaux (répartis par discipline, statut de convention), mais ces chiffres n'ont pas encore été publiés.

L'accord du 22.12.2015 stipulait que pour fin 2017, des règles devraient être établies pour une estimation préalable des coûts d'un séjour hospitalier<sup>155</sup>.

#### 7.2.3.6 eSanté

Les pouvoirs publics veulent accélérer le déploiement de l'eSanté. Le vice-premier ministre et ministre fédéral de la Coopération au développement, de l'Agenda numérique, des Télécommunications et de la Poste, Alexander DE CROO (Open Vld) presse sa collègue de parti Maggie DE BLOCK. Pour DE CROO les soins de santé mobiles ont un bel avenir. Il espère même que la Belgique devienne un des leaders

---

<sup>153</sup> Chiffres au 20.01.2017; communiqué de presse cabinet DE BLOCK: "5 millions de Belges donnent leur consentement pour l'échange de données médicales".

<sup>154</sup> AIM: Agence InterMutualiste.

<sup>155</sup> Cf. points 4.3.3 et 4.3.4. de l'accord du 22.12.2015.

européens des innovations digitales en soins de santé<sup>156</sup>. Mais pour avoir cet honneur, il faudra d'abord que les 20 points d'action du plan eSanté<sup>157</sup> de Maggie DE BLOCK s'exécutent en un clin d'œil.

Pour accélérer le processus, les dispensateurs de soins en général et donc aussi les médecins, demandent aux pouvoirs publics d'investir plus de temps et d'énergie pour la formation, le contrôle plus rapide et adéquat sur la qualité et la mise à jour des logiciels fournis, ainsi que sur la mise à disposition plus rapide de bases de données de référence fiables, conviviales et continuellement actualisées.

Une législation ponctuelle, plus claire et uniforme relative à la charge de la preuve des outils électroniques et de la signature digitale est certainement aussi la bienvenue. Ces procédures s'élaborent progressivement<sup>158</sup>, très tardivement, et parfois même après la date d'entrée en vigueur<sup>159</sup>.

Jusqu'à présent, aucune indemnité financière n'est prévue pour les médecins spécialistes, ni pour le hardware ni pour le software, ni pour la maintenance, ni pour la formation. À ce jour, il n'y a jamais eu de moyens disponibles pour répondre à la demande de tels financements en medico-mut.

Le dernier chantier spécial du Doc CNMM 2016/119 concerne le plan Redesign (cf. point 4.4.)

#### 7.2.4. Le modèle de concertation

La note Doc CNMM 2016/119 annonce sous ce point que le modèle de concertation restera soumis à de fortes limitations et que d'importantes réformes sont en préparation. Est-ce que le modèle de concertation est à l'épreuve de ces facteurs exogènes ? Le banc des médecins craint qu'il n'y ait plus assez de marge de manœuvre pour pouvoir répondre aux questions et aux besoins de soins de la population dans les limites d'un budget réduit. Les médecins ne croient plus au scénario « plus avec moins ».

Il faut un deuxième niveau de concertation medico-mutualiste. Refondre toutes les possibilités médicales en un seul système n'est pas réaliste. L'alternative est que toujours plus de prestations soient maintenues hors de la corbeille de remboursement. Les deux scénarios mettent les mutualités hors d'elles. On se met en quête d'une « troisième piste »<sup>160</sup>. Reste à savoir si les mutualités et les médecins sont encore prêts à chercher cette voie ? Les entretiens du soussigné ont révélé qu'il est exclu de conclure un accord directement avec le cabinet ou l'administration de l'INAMI. La réponse de l'ex-chef de cabinet Pedro FACON le 23.11.2016, était que le cabinet conclurait un pacte d'avenir<sup>161</sup> avec les mutualités. Et c'est ce qui a eu lieu en grande pompe le 28.11.2016<sup>162</sup>. Nous avons gardé pour nous nos idées sur le plan Redesign (cf. point 4.4.) et ce fut un coup dur pour les attentes que nous avons placées dans notre ministre libérale des Affaires sociales<sup>163, 164</sup>. Entre-temps, l'histoire se répète. Il y a 25 ans, les mutualités avaient dû rembourser à l'INAMI des millions (de francs belges) car des montants indus avaient été payés à leurs membres<sup>165, 166</sup>. Entre 1963 et 1997, cette dette était montée jusqu'à des

---

<sup>156</sup> Health Forum. Magazine van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen. September 2016, nr. 27, pag. 11.

<sup>157</sup> <http://www.plan-gezondheid.be/>

<sup>158</sup> Règlement du 05.12.2016 relatif à la prescription électronique intra hospitalière (MB 15.12.2016; Ed. 1).

<sup>159</sup> Règlement du 19.12.2016 relatif à la prescription électronique (MB 09.01.2017; Ed. 1). Ce règlement établit les modalités pratiques de l'emploi de la prescription électronique de médicaments à partir du 01.01.2017!

<sup>160</sup> La troisième voie a été un mouvement britannique sous l'ancien premier ministre Tony Blair au sein des courants sociaux-démocrates et apparentés qui au début des années 1990 cherchait un équilibre entre l'économie de marché libérale et l'état providence. Des idées (néo-) libérale sont empruntées à ce concept pour atteindre des objectifs socialistes.

<sup>161</sup> <http://www.deblock.belgium.be/sites/default/files/articles/2%20Pact%20VI%205.0.pdf>

<sup>162</sup> « Les mutualités deviennent des mutualités de santé ». Communiqué de presse cabinet ministre DE BLOCK, 28.11.2016.

<sup>163</sup> « Toekomstpact ziekenfondsen: meer controle, doorschuiven taken en indexering administratiekosten ». Opiniestuk Dr. Marc Moens in Artsenkrant online, 28.11.2016.

<sup>164</sup> « Dr. Marc Moens: la Mutualité chrétienne fait la loi ». MediQuality 29.11.2016.

<sup>165</sup> « Mutualiteiten zijn RIZIV vele miljoenen schuldig. Principe-arrest Kassatie ». De Morgen; 28.04.1992

<sup>166</sup> « Ziekenfondsen moeten miljoenen aan RIZIV ». De Standaard; 29.04.1992

dizaines de milliards de francs belges. Une loi-programme sociale de 1997 est parvenue à venir à bout définitivement de ce trou de plusieurs milliards<sup>167</sup>. « L'histoire se répète ». D'après la Cour des comptes, les mutualités ont reçu 235 millions de trop entre 2002 et 2011<sup>168</sup>, en euros cette fois, soit 9,48 milliards d'anciens francs belges.

L'une des questions que le président Jo DE COCK a posée pour ce quatrième chantier portait sur l'essence d'un accord. La réponse est simple : respect, confiance et exécution dans les délais de ce qui a été convenu. À la question de savoir comment améliorer le degré de convention il n'y a qu'une seule réponse : en fixant des honoraires corrects. Et pas en augmentant encore le statut social. Associer le statut social au degré d'activité minimal a été une grave erreur, contreproductive tant pour les médecins que pour l'administration INAMI. L'ABSyM s'est toujours opposée à cela sans succès, car le ministre tenait absolument à l'imposer (voir point 7.1).

### 7.3. La dissolution de plein droit

#### 7.3.1. Exécution du point 13.1.2. de l'accord

Le point 13.1.2 de l'accord prévoit une dissolution de plein droit de l'accord 30 jours après *“la publication au Moniteur belge des mesures d'économie établies unilatéralement par le gouvernement eu égard au cadre budgétaire actuel, à l'exclusion des économies et mesures correctives stipulées dans l'accord”*, et ce sous des conditions spécifiques<sup>169</sup>. Ces conditions ont été remplies car le jeudi 05.01.2017, le Cartel a envoyé une lettre au président de la Commission nationale médico-mutualiste pour invoquer une dissolution de plein droit. Et le jeudi 12.01.2017, l'ABSyM en a fait de même.

Jo DE COCK, le président de la medico-mut a convoqué une réunion le 25.01.2017 à laquelle il a invité la ministre DE BLOCK. La réunion a été précédée par une série de discussions préparatoires entre le président et chacun des partenaires, le jeudi 19.01 et le vendredi 20.01. Cette réunion a été suivie d'une réunion du groupe de travail medico-mut le lundi 23.01.2017 au soir, avec une délégation réduite de l'ABSyM, du Cartel et de l'AADM pour les représentants médicaux, et une délégation des mutualités socialistes, chrétiennes et neutres pour les représentants mutualistes. Le président de la medico-mut Jo DE COCK a demandé d'arrêter le temps pendant un mois afin de se concerter avec le gouvernement pour adapter le système.

L'après-midi du mardi 24.01.2017, les partenaires ont reçu un projet de texte contenant les points qui pourraient être présentés au gouvernement avec une demande de réaction avant 10h du matin le mercredi 25.01.2017. Le texte amendé a ainsi pu être discuté le mercredi soir. La base du projet de texte était le cadre de référence médico-mut que le président Jo DE COCK avait mis sur papier début novembre<sup>170</sup> et la réponse détaillée que le soussigné avait remise en tant que président de l'ABSyM<sup>171</sup> (cf. point 7.2.4.).

La Ministre DE BLOCK, en raison du décès inopiné du conjoint de sa fille, a été représentée par son nouveau chef de cabinet le Dr Bert WINNEN. Le jeudi matin à 01h20, c'est un président DE COCK irrité qui a réussi à faire converger toutes les parties vers un consensus. Le DOC CNMM 2017/3 a été approuvé puis remis à la ministre et ensuite au Conseil des ministres du 27.01.2017. Le contenu n'a pas été divulgué. Les informations se limitent au communiqué de presse que l'INAMI a diffusé à cet égard<sup>172</sup>.

<sup>167</sup> « Miljardenschuld van ziekenfondsen uitgewist ». De Standaard; 29.11.1997

<sup>168</sup> « Ziekenfondsen kregen 235 miljoen meer dan nodig ». De Tijd; 14.01.2017.

<sup>169</sup> Cf. point 13.1.4. « Une organisation représentative qui souhaite introduire un recours en dissolution de plein droit sur la base des situations précitées en avisera la CNMM dans un délai de 15 jours après avoir constaté une des situations précitées” et 13.1.2.5. “Dans ce cas, le président de la CNMM convoque une réunion à laquelle le ministre est invité. »

<sup>170</sup> Doc CNMM 2019/119 d.d. 07.11.2016: “Cadre de référence concertation médecins – mutualités”

<sup>171</sup> Doc CNMM 2019/122 d.d. 16.11.2016: “Remarques ABSyM Doc CNMM 2019/119.

<sup>172</sup>« Accord médico-mutualiste sur du verglas, mais gel de la demande de résolution pour 1 mois ». 26.01.2017.

### 7.3.2. Raisons sous-jacentes: combler le puits sans fond des caisses de l'état

Le Moniteur belge du 29.12.2016 a publié la Loi programme du 25.12.2016, dont l'article 16 stipule ce qui suit « *En dérogation à l'article 6 de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, l'indexation des honoraires, allocations, interventions et autres montants fixés par le Roi en application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est limitée à 0,83 % pour l'année 2017* ».

Normalement, l'index des honoraires médicaux devrait se monter à 2,51 % pour 2017, ce qui représente 219,3 millions d'euros. Cependant, pour les médecins il n'existe pas de base juridique pour invoquer un droit à l'index. Si budgétairement il est difficile d'accorder un index, alors celui-ci doit être calculé d'après les modalités prévues dans l'AR du 08.12.1997. Début novembre, le président Jo DE COCK avait informé la médico-mut qu'une confiscation de l'index ne se publiait pas au Moniteur belge mais était notifiée dans une circulaire de l'INAMI. En d'autres termes, les syndicats médicaux n'avaient donc aucune raison d'invoquer la dissolution de plein droit de l'accord. Ce que le président de la médico-mut n'a pas dit, c'est qu'une confiscation partielle (ou intégrale) de l'index doit avoir une base juridique. L'ABSyM a retrouvé cette base dans le projet de Loi-programme<sup>173</sup> après qu'on ait découvert que la non-indexation des honoraires médicaux en 2015 (une perte de 0,52%) et en 2016 (une perte de 0,62%) avait aussi une base juridique qui figurait bien dans deux autres Lois-programmes, notamment celle du 19 décembre 2014<sup>174</sup> et du 26 décembre 2015<sup>175</sup>. À cette époque, l'index avait été complètement confisqué. Les médecins s'étaient déclarés d'accord parce qu'en 2015, la population avait dû accepter un saut d'index de 2 %<sup>176</sup>. Lors de négociations sur les tarifs 2017, les médecins ont accepté de concéder la différence restante de 0,85 %, ce qui s'alignait sur le même saut d'index de 2,0 % consenti par la population.

Cependant, le gouvernement exige encore plus d'économies de la part des médecins. Au printemps 2016, sous la présidence de Jo DE COCK, une Task Force a été mise sur pied après un contrôle budgétaire du gouvernement. Cette Task Force a décidé entre autres d'économiser 31,7 millions € en honoraires médicaux. Le Conseil Technique Médical (CTM) et la Commission Nationale Médico-Mutualiste (CNMM) ont été sélectifs pour réaliser cette économie sur les honoraires. Parce que les Mutualités Chrétiennes avaient accumulé un grand retard de facturation fin 2015, il était apparu que l'objectif 2016 de 79,35 millions € serait dépassé de 79,35 millions €<sup>177</sup>. La CNMM remédiait à cela en ajournant plusieurs projets positifs. Ces deux séries d'économies équivalaient à la concession d'un tiers de la masse de l'index.

Le conclave budgétaire de septembre et octobre 2016 a décidé d'imposer des mesures d'économies supplémentaires dans le secteur des soins de santé en plus de celles qui avaient déjà été prises. Celles-ci s'ajoutent aux mesures déjà convenues dans la Task Force, outre les mesures supplémentaires que la CNMM avaient prises en septembre 2016 et outre le remboursement du dépassement estimé des dépenses 2015 pour la biologie clinique (13,301 millions €) et la radiologie (15,7 millions €) qui sont

---

<sup>173</sup> Doc 54 2208/001 Chambre des Représentants de Belgique, 5 décembre 2016: Projet de Loi-programme.

<sup>174</sup> §1 article 152 de la Loi-programme du 19 décembre 2014: "*En 2015, il n'est procédé à aucune indexation des montants pour les prestations prévus par la loi ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui relèvent de l'objectif budgétaire global annuel des soins de santé pour l'année 2015.*" (MB 29.12.2014; Ed. 2)

<sup>175</sup> §1 article 99 de la Loi-programme du 26 décembre 2015: "*En 2016, il n'est procédé à aucune indexation des montants pour les prestations prévus par la loi ou en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui relèvent de l'objectif budgétaire global annuel des soins de santé pour l'année 2016.*" (MB 30.12.2015; Ed. 2)

<sup>176</sup> Loi du 23 avril 2015 concernant la promotion de l'emploi (MB 27.04.2015; Ed. 1)

<sup>177</sup> Doc. CNMM 2016/89 d.d. 21.09.2016

prévus par la loi. Pour des raisons de facilité, le gouvernement a tout simplement décidé d'économiser ce montant supplémentaire – qui coïncide par hasard avec un tiers de l'index – par le biais de l'index. Il n'y avait pourtant aucune raison d'économiser davantage dans le secteur des honoraires médicaux selon la Commission budgétaire<sup>178</sup> et l'AR concerné<sup>179</sup>. Pour le Cartel et l'ABSyM, cette confiscation infondée des deux tiers de l'index des médecins est une mesure d'économie unilatérale du gouvernement. Économiser pour le principe afin de combler le puits sans fond des caisses de l'état est condamnable parce qu'il s'agit du secteur des soins de santé où le besoin objectif en soins continue à augmenter considérablement avec l'augmentation du nombre de patients chroniques et le vieillissement de la population.

Bien que les 3 syndicats médicaux reconnus – c'est du jamais vu – aient déjà exigé la dissolution de l'accord médico-mutualiste dans le communiqué de presse collectif du 21.10.2016 parce qu'il était question que le gouvernement confisque l'index<sup>180</sup>, trois mois plus tard, l'Alliance Avenir des Médecins (AADM), reconnue officiellement comme troisième syndicat du pays depuis septembre 2014, n'invoque plus l'économie unilatérale du gouvernement pour demander avec le Cartel et l'ABSyM la dissolution de l'accord. L'AADM retourne sa veste et se distancie ainsi des actions des syndicats médicaux représentatifs.

## 7.4 Accréditation

Comparé à la situation du 01.02.2016, il n'y a rien d'exceptionnel à dire sur les pourcentages de médecins accrédités. Les gastro-entérologues sont en tête du top 5 des spécialités les plus accréditées et les rhumatologues ont repris leur 4<sup>e</sup> place de l'an dernier (voir tableau 4). Les différences de taux d'accréditation sont limitées par rapport à l'an passé, tant du côté des généralistes agréés (- 0,39 %) que des spécialistes agréés (+ 0,76 %). Les pourcentages fluctuent autour de la moyenne des 19 dernières années: 65,25 % pour les spécialistes (avec un pic exceptionnel jusqu'à 72,32 % en 1999, au début, et une diminution jusqu'à 62,18 % en 2015) et 70,74 % pour les généralistes (avec un pic exceptionnel jusque 75,00 % en 1999, encore au début, et une diminution jusqu'à 69,31 en 2006)<sup>181</sup>. Pendant les deux dernières décennies, le taux d'accréditation des spécialistes a été en moyenne de 7,07 % inférieur à celui des généralistes.

---

<sup>178</sup> cf. Note CBC 2016/286 d.d. 07.12.2016

<sup>179</sup> [Arrêté royal portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel](#)

<sup>180</sup> « Les médecins brûlent l'accord avec les mutuelles ». Le Soir, 22-23.10.2016.

<sup>181</sup> Cf. rapports annuels du GBS de 1999 à 2016.

Comparaison du nombre de médecins accrédités 01.02.2016 - 01.02.2017

2017		Nombre de médecins actifs		Nombre de médecins accrédités		% de médecins accrédités		% différence 2016-2017
		01.02.2017	01.02.2016	01.02.2017	01.02.2016	01.02.2017	01.02.2016	
	Médecins 000 & 009	1.940	1.721	0	0	0	0	0
	Généralistes 001-002	1.433	1.464	0	0	0	0	0
	Généralistes agréés 003-004-007-008	14.716	14.525	10.589	10.392	71,96	71,55	-0,39
	Généralistes en formation 005-006	1.192	1.035	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	19.281	18.745	10.589	10.392	54,92	55,44	-0,52
	Médecins spécialistes en formation (MACS)	4.918	4.758	4	4	0,08	0,08	0
1	Gériatrie	315	308	261	257	82,86	83,44	-0,58
2	Pneumologie	584	567	473	449	80,99	79,19	+1,80
3	Oncologie	266	252	214	204	80,45	80,95	-0,50
4	Rhumatologie	247	245	192	184	77,73	75,10	+2,63
5	Ophtalmologie	1.193	1.176	922	903	77,28	76,79	+0,49
6	Gastro-entérologie	743	718	573	552	77,12	76,88	+0,24
7	Neurologie	602	584	462	443	76,74	75,86	+0,88
8	Dermato-vénérologie	803	787	603	589	75,09	74,84	+0,25
9	O.R.L.	719	699	532	515	73,99	73,68	+0,31
10	Médecine physique et physiothérapie	546	537	402	387	73,63	72,07	+1,66
11	Radiologie	1.786	1.757	1310	1.302	73,35	74,10	-0,75
12	Cardiologie	1.193	1.171	860	830	72,09	70,88	+1,21
13	Anatomie pathologique	364	349	256	246	70,33	70,49	-0,16
14	Radiothérapie	227	220	158	148	69,60	67,27	+2,33
15	Psychiatrie	2.051	2.010	1392	1.356	67,87	67,46	+0,41
16	Médecine nucléaire	331	331	219	215	66,16	64,95	+1,21
17	Urologie	463	443	306	288	66,09	65,01	+1,08
18	Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1.799	1.748	1189	1.148	66,09	65,68	+0,41
19	Gynécologie-obstétrique	1.619	1.586	1062	1.015	65,60	64,00	+1,60
20	Anesthésie	2.226	2.147	1435	1.369	64,47	63,76	+0,71
21	Médecine aiguë et médecine d'urgence.	926	904	582	553	62,85	61,17	+1,68
22	Biologie clinique	629	630	390	379	62,00	60,16	+1,84
23	Orthopédie	1.135	1.097	685	660	60,35	60,16	+0,19
24	Pharmaciens biologistes	671	668	396	389	59,02	58,23	+0,79
25	Inw. geneesk. + endocrin.-diabet.	1.675	1.652	966	929	57,67	56,23	+1,44
26	Neurochirurgie	231	224	116	113	50,22	50,45	-0,23
27	Chirurgie	1.584	1.552	772	752	48,74	48,45	+0,29
28	Stomatologie	349	346	154	146	44,13	42,20	+1,93
29	Chirurgie plastique	297	291	100	96	33,67	32,99	+0,68
30	Neuropsychiatrie	199	205	40	41	20,10	20,00	-0,10
31	Autres spécialités	62	67	12	12	19,35	17,91	+1,44
	TOTAL SPECIALISTES	25.835	25.271	17.034	16.470	65,93	65,17	+0,76
	TOTAL SPECIALISTES + MACS	30.753	30.029	17.038	16.474	55,40	54,86	+0,54
	TOTAL	50.034	48.774	27.627	26.866	55,22	55,08	+0,14

Source: Groupe de direction de l'accréditation INAMI 18.01.2017 et rapport annuel du GBS 04.02.2017

Tableau 5

En dehors de ces taux d'accréditation, il est plus important de constater l'augmentation du nombre de généralistes en formation entre le 01.02.2016 et le 01.02.2017 (de 1 035 à 1 192, soit + 15,17 %) tandis que le nombre de spécialistes en formation augmente seulement de 3,36 % (de 4 758 à 4 918). Le nombre total de généralistes agréés a augmenté et est passé de 14 525 à 14 716 (+ 1,31 %), le total de spécialistes agréés est passé de 25 271 à 25 835 (+ 2,23 %) et le total de médecins (pharmaciens biologistes cliniques inclus) est passé de 48 774 à 50 034 (+ 2,58 %) (voir tableau 5) (voir aussi point 7.1).

***Croissance de la population médicale 01.02.2017-01.02.2016***

	01.02.2017	01.02.2016	Δ %
Généralistes en formation	1 192	1 035	+ 15,17
MACS	4 918	4 758	+ 3,36
Généralistes accrédités	14 716	14 525	+ 1,31
Spécialistes accrédités	25 835	25 271	+ 2,23
Médecins 000-009-001-002	3 373	3 185	+ 5,90
Total général	50 034	48 774	+ 2,58

Tableau 6

L'année dernière, on a constaté surtout une augmentation des pourcentages de l'oncologie-médicale (+ 5,6 %), de l'urologie (+ 4,5 %), de l'anatomie pathologique (+ 4,3 %) et de l'anesthésie (+ 3,7 %). À l'exception des neuropsychiatres dont le nombre diminue progressivement chaque année (l'an dernier leur nombre est passé de 205 à 199, soit -2,9 %), seul le nombre de médecin biologistes cliniques a encore un peu diminué (passant de 636 en 2015, à 630 en 2016 et à 629 en 2017)<sup>182</sup>. Les spécialités à croissance faible sont de nouveau la médecine interne – endocrino-diabétologie (+ 1,39 %), la stomatologie (+ 0,9 %) et la rhumatologie (+ 0,8 %). Le nombre de spécialistes en médecine nucléaire ne change pas et reste de 331 (voir tableau 6).

<sup>182</sup> Cf. « *Changement in statu nascendi. Rapport annuel du GBS 2015* ». Dr Marc Moens. 20.02.2016; Point 7.3.5.

*Croissance de la population de spécialistes 01.02.2017-01.02.2016*

	01.02.2017	01.02.2016	$\Delta$ %
Oncologie	266	252	+ 5,6
Urologie	463	443	+ 4,5
Anatomie pathologique	364	349	+ 4,3
Anesthésie	2.226	2.147	+ 3,7
Gastro-entérologie	743	718	+ 3,48
Orthopédie	1.135	1.097	+ 3,46
Radiothérapie	227	220	+ 3,2
Neurochirurgie	231	224	+ 3,12
Neurologie	602	584	+ 3,08
Pneumologie	584	567	+ 3,0
Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1.799	1.748	+ 2,92
ORL	719	699	+ 2,86
Médecine aiguë + médecine d'urgence	926	904	+ 2,4
Gériatrie	315	308	+ 2,3
Gynécologie-obstétrique	1.619	1.586	+ 2,08
Chirurgie	1.584	1.552	+ 2,06
Chirurgie plastique	297	291	+ 2,06
Psychiatrie	2.051	2.010	+ 2,04
Dermato-vénérologie	803	787	+ 2,03
Cardiologie	1.193	1.171	+ 1,9
Médecine physique + physiothérapie	546	537	+ 1,68
Radiologie	1.786	1.757	+ 1,65
Ophtalmologie	1.193	1.176	+ 1,45
Médecine interne + endocrinologie	1.675	1.652	+ 1,39
Stomatologie	349	346	+ 0,9
Rhumatologie	247	245	+ 0,8
Pharmaciens biologistes cliniques	671	668	+ 0,4
Médecine nucléaire	331	331	0,00
Biologie clinique	629	630	- 0,2
Neuropsychiatrie	199	205	- 2,9

Tableau 7



## 8. Procédures juridiques

### 8.1. Introduction

En période de crise économique, il faut gérer les finances avec parcimonie. Cependant, en pratique, il faut constater que c'est justement maintenant que nous devons utiliser ces moyens financiers afin de se prémunir contre toutes les mesures que les pouvoirs publics tentent d'imposer aux médecins dans leur élan pour davantage d'économies et de rationalisation.

### 8.2. Jugements

#### 8.2.1. Programme de soins en pédiatrie<sup>183, 184</sup>

L'AR fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé, signé par l'ancienne ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique Laurette ONKELINX, a provoqué un tollé tant parmi les pédiatres que parmi les médecins urgentistes, intensivistes et anesthésistes.

Les critiques des médecins urgentistes, intensivistes et anesthésistes visent principalement le programme de soins tertiaire pour enfants. L'organisation des services d'urgences prévoyait le renvoi des enfants dans un état critique aigu vers le service des soins intensifs de l'hôpital ou dans un centre spécialisé si l'état du patient le requérait. Le nouveau programme de soins a rendu impossible ce transfert vers le service des soins intensifs. Les petits patients doivent parfois rester dans le service d'urgences dans des conditions sous-optimales jusqu'à ce qu'un transfert vers un centre tertiaire soit possible. Une bonne partie de la formation des anesthésistes et des intensivistes est consacrée à la prise en charge des enfants dans un état critique. Si les services des soins intensifs ne peuvent plus accueillir ces enfants, on se demande s'il est encore utile d'intégrer cette matière dans la formation standard des intensivistes.

Selon les pédiatres, les dispositions du programme de soins de base et l'interdiction aux hôpitaux de prévoir sur chacun de leurs sites un programme de soins spécialisés pour les enfants, sont critiquables. Cette dernière disposition nuit surtout aux hôpitaux fusionnés disposant de plusieurs sites.

Le dossier d'annulation de cet arrêté a été confié au bureau d'avocats Filip DEWALLENS & Partners. Dans la requête en suspension et en annulation de l'arrêté susmentionné, pas moins de 6 moyens ont été invoqués par Maître An VIJVERMAN pour étayer la requête.

Comme on pouvait s'y attendre, la demande de suspension a été rejetée par le Conseil d'État<sup>185</sup>. Il a statué que la suspension de l'arrêté royal n'était pas urgente. D'après le Conseil d'État, dans l'attente de la procédure d'agrément, l'agrément actuel du programme des soins pour enfants restait en effet maintenu de sorte qu'il ne pouvait y avoir de dommage matériel ou moral pour les unions professionnelles et leurs membres.

---

<sup>183</sup> AR du 02.04.2014 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé (MB 18.04.2014 p. 33798)

<sup>184</sup> Voir rapport annuel 2014 du GBS. Dr Marc Moens « Le feu passe au bleu pour le changement », point 7.4.2., p. 75

<sup>185</sup> Arrêt du Conseil d'État n° 229.228 du 20 novembre 2014

Quant au fond, le Conseil d'État a toutefois suivi le rapport de l'Auditeur et le 8 décembre 2016<sup>186</sup>, il a prononcé l'annulation intégrale de l'arrêté. Le Conseil d'État a établi que l'obligation d'avis du CNEH<sup>187</sup> est un élément essentiel de la procédure dont le non-respect entache l'arrêté contesté. Etant donné qu'après la consultation initiale du CNEH, des modifications substantielles ont été apportées au projet relatif au département des soins intensifs pédiatriques, il aurait fallu soumettre à nouveau le projet à l'avis du CNEH. En dernière instance, l'État belge a invoqué qu'à la suite de la 6ème réforme de l'état, le CNEH n'était plus compétent pour rendre des avis en la matière. Cet argument n'a pas été retenu par le Conseil d'État car au moment de la publication de l'arrêté au Moniteur belge, le 18.04.2014, le CNEH était encore compétent.

Comme l'examen du premier moyen invoqué a été jugé suffisant pour prononcer l'annulation, les autres motifs n'ont pas été approfondis par le Conseil d'État. C'est la procédure habituelle. L'AR du 2 avril 2014 a donc été annulé intégralement. Concrètement, cela signifie que l'Arrêté royal du 13 juillet 2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction " hospitalisation chirurgicale de jour " pour être agréée, est de nouveau d'application.

Comme l'AR du 2 avril 2014 a été annulé pour le motif de violation d'un critère de forme substantielle – l'absence de demande d'avis au CNEH – il aurait suffi à l'État belge de remplir cette condition et donc de demander concrètement l'avis du Conseil National des Établissement Hospitaliers. Cependant, cela n'est plus possible. En vertu de la 6ème Réforme de l'État, l'État belge et donc le Conseil National des Établissements Hospitaliers ne sont plus compétents pour respectivement promulguer des normes d'agrément et rendre des avis. Cette compétence a en effet été transmise aux Communautés. Il appartiendra donc à celles-ci de prendre éventuellement des initiatives en la matière. Tant que cela n'est pas le cas, l'AR du 13 juillet 2006 redevient d'application.

## 8.2.2 Pratiques non conventionnelles

Chaque année, le rapport annuel du GBS évoque d'une manière ou d'une autre la médecine alternative aussi appelée médecine non conventionnelle, connotation moins péjorative. On ne coupera pas à la tradition.

L'année dernière, nous avons malheureusement dû vous informer que le Conseil d'état avait statué que l'ABSyM et le GBS en tant qu'organisation médicale n'avaient pas d'intérêt suffisant pour introduire une requête en annulation contre un arrêté fixant les conditions générales valables pour l'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles<sup>188</sup>.

Les attentes n'étaient pas élevées concernant les résultats de l'action intentée contre l'arrêté royal relatif à l'exercice de l'homéopathie<sup>189</sup>. Il faut cependant rester positif. Au moins dans ce dossier, le Conseil d'état a toutefois statué que les associations de médecins qui ont introduit le recours, à savoir l'ABSyM et le GBS, avaient un intérêt à introduire l'action en annulation. Les moyens invoqués ont cependant été jugé non fondés ou irrecevables. La requête en annulation a donc été rejetée<sup>190</sup>.

---

<sup>186</sup> Arrêté du Conseil d'État n°. 236.693 du 8 décembre 2016

<sup>187</sup> CNEH : Conseil National des Établissements Hospitaliers

<sup>188</sup> Arrêté du Conseil d'état n° 232.883 d.d. 10.11.2015

<sup>189</sup> MB.12.05.2014

<sup>190</sup> Arrêté du Conseil d'état n° 236.279 d.d. 27.10.2016

## 8.3 Affaires en cours et à venir

### 8.3.1 TVA sur les interventions et traitements esthétiques<sup>191</sup>

Depuis la publication de la loi du 26 décembre 2015 relative aux mesures visant au renforcement de la création d'emplois et du pouvoir d'achat<sup>192</sup>, les interventions et traitements esthétiques sont assujettis à la TVA. Les antécédents de la publication de cette loi ont été détaillés au point 8.3.1. du rapport annuel 2015 « Changement in statu nascendi » du soussigné.

La circulaire TVA annoncée par l'administration a finalement été publiée dans sa version finale le 22 mars 2016.<sup>193</sup> Ceci a déclenché le début d'une information aux médecins concernés d'une manière ou d'une autre par cette matière. Le GBS a organisé deux sessions d'information au Best Western Hotel où ont lieu la plupart des réunions du comité directeur. Vu la technicité de la matière, deux sessions distinctes ont été organisées, l'une en français et l'autre en néerlandais avec la collaboration de la société Blue Ground, notre partenaire pour la gestion des dossiers comptables et fiscaux. La session francophone a eu lieu le 25.04.2016 avec pour orateur M. Mikaël TATAYAS. La session néerlandophone a eu lieu le 03.05.2016. L'orateur était M. Jurgen OPREEL. Les deux orateurs ont été chargés d'expliquer ce sujet d'une manière correcte et simple aux médecins qui ne sont pas du tout familiarisés avec la matière. Il leur a été demandé de considérer que l'audience n'avait aucune connaissance préalable de la terminologie utilisée.

Le dossier a été confié à Maître Tom DE GENDT dans le but d'introduire un recours en annulation auprès de la Cour constitutionnelle. Maître DE GENDT avait assisté les chirurgiens plasticiens et le GBS dans leurs négociations avec le cabinet du ministre de Finances Johan VAN OVERTVELDT et l'administration de la TVA. La requête a été déposée le 29.06.2016 au nom du RBSP<sup>194</sup> et d'un certain nombre de médecins individuels. Le motif invoqué est fondé sur la violation du principe constitutionnellement garanti d'égalité et de non-discrimination en tant que principe général de bonne gouvernance et d'égalité fiscale.

Les requérants jugent que la disposition litigieuse introduit une discrimination injustifiée entre :

- d'une part les médecins et d'autre part les non-médecins, sur l'assujettissement des prestations liées aux interventions et traitements à vocation esthétique. Seules les prestations de cette nature effectuées par des médecins sont exclues de l'exemption de TVA.
- les services et soins médicaux des infirmeries travaillant dans les hôpitaux et ceux des infirmeries travaillant en dehors des hôpitaux. Dans son avis sur la disposition litigieuse, la Conseil d'état a aussi souligné le manque de clarté des motifs justifiant que, dès qu'il est question d'interventions purement esthétiques, le suivi post-intervention soient traité différemment selon qu'il ait lieu dans un hôpital ou en dehors.
- les prestations et traitements à vocation esthétique selon qu'ils soient repris ou non dans la nomenclature ou, bien que repris dans la nomenclature, ils ne puissent faire l'objet d'un remboursement parce qu'ils ne répondent pas aux conditions requises. Cette distinction est arbitraire. Le fait d'être repris ou non dans la nomenclature a un caractère aléatoire. Certaines interventions sont supprimées de la nomenclature pour des raisons purement budgétaires.

---

<sup>191</sup> Voir exposé détaillé dans le précédent rapport annuel du GBS 2015. Marc Moens « Changement in statu nascendi » point 8.3.1 p. 66.

<sup>192</sup> MB 30.12.2015

<sup>193</sup> La circulaire TVA est disponible sur le site internet du SPF Finances - Ficonetplus E.T. 127.740 d.d. 22.03.2016 complété par la circulaire E.T. 127.740/2 d.d. 31.05.2016

<sup>194</sup> Royal Belgian Society for Plastic Surgery

La procédure suit son cours. Un arrêt de la Cour constitutionnelle sera peut-être rendu au cours de 2017.

Sur le terrain, les hôpitaux et tous les médecins qui tombent sous le coup de cette réglementation se sont adaptés. La plupart des problèmes purement administratifs qui ont surgi pendant les premiers mois de l'introduction de cette mesure ont été progressivement résolus.

Vu la grande attention que les médias ont porté à cette affaire, la plupart des patients qui ont consulté un médecin pour une intervention purement esthétique connaissent la nouvelle réglementation TVA. Pour les patients qui se trouvent dans la zone grise entre les interventions purement esthétiques et celles pour gêne fonctionnelle, dépasser l'obstacle de la TVA en passant à une intervention sous ce régime peut être rédhibitoire. Pour distinguer la visée thérapeutique ou reconstructrice de l'intervention, le médecin traitant ne doit prendre en compte que la situation pathologique physique réelle du patient et hors état pathologique psychique réel ou supposé. La motivation subjective du patient n'entre pas en ligne de compte.

Cette nouvelle réglementation est pleinement d'application depuis le 1er juillet 2016. C'est seulement à la mi-2017 qu'une première évaluation pourra avoir lieu pour estimer la valeur ajoutée réelle de cette mesure pour les caisses de l'état. Cette mesure permettra-t-elle de générer les 80 millions d'euros espérés en revenus TVA, ou faudra-t-il constater que les attentes n'ont pas été satisfaites comme ce fut le cas avec la taxe sucre sur les sodas et l'augmentation des accises sur les boissons alcoolisées et les cigarettes ? Sur le terrain, il est évident que ce sont surtout les jeunes collègues qui ressentent les effets de cette mesure. Ajoutons en outre que de nombreux citoyens européens longtemps attirés par la grande accessibilité de notre système de soins de santé et par la grande renommée des médecins belges se sont détournés de nous.

## 8.4 Radiothérapie

Dans un souci d'homogénéisation du remboursement des radio-isotopes utilisés en médecine nucléaire et en radiothérapie, l'INAMI a mis en place une nouvelle procédure comparable à celle des spécialités pharmaceutiques remboursables<sup>195</sup>. Dans un premier temps, les firmes distribuant des produits remboursés ont été contactées pour qu'elles introduisent une demande de simple prolongation du remboursement. Dans un second temps, la liste des produits remboursables a été promulguée dans un AR<sup>196</sup> paru au Moniteur le 29 mai 2015 et prenant cours au 1er juin 2015.

Les deux firmes distribuant les sources d'Iridium 192 pour la pratique de la brachythérapie n'ont pas répondu à la demande initiale du gouvernement et se sont donc retrouvées exclues de la liste des produits remboursables. La communauté des radiothérapeutes en a été avertie par le bouche-à-oreille suite aux refus successifs de remboursements après le 1er juin 2015.

La société belge de radiothérapie oncologique (ABRO-BVRO), dont le bureau est commun à celui de l'union professionnelle de radiothérapie oncologique au sein du GBS-VBS, a alerté les firmes le 31 octobre 2015, leur demandant de se mettre rapidement en ordre pour accéder de nouveau au remboursement (durée minimale de la procédure 6 mois) et de prendre leurs responsabilités envers les radiothérapeutes et aux patients en assumant gratuitement dans l'intervalle la mise à disposition des sources.

---

<sup>195</sup> [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be) > Thèmes > Soins de santé: coût et remboursement > Prestations de santé pour lesquelles l'assurance intervient > Médicaments > Remboursement d'un médicament > [Radiopharmaceutiques](#)

<sup>196</sup> Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques afin d'y introduire la liste des produits radio-pharmaceutiques remboursables (MB 29.05.2015, p. 30 322°).

Comme certains radiothérapeutes ont malgré tout été mis sous pression pour payer les dites sources, l'ABRO/GBS-BVRO/VBS a interpellé le comité directeur du GBS-VBS en date du 18 janvier 2016 pour obtenir une aide juridique dans les démarches à l'encontre des firmes distributrices. Lors de la réunion du 21 janvier, le comité directeur a accepté d'intervenir pour moitié dans les frais d'avocat. Maître DECLOEDT a été mandaté et a parfaitement collaboré avec le bureau de l'ABRO/GBS-BVRO/VBS. Grâce à son intervention, une des deux firmes a abandonné ses créances et la demande d'autorisation du remboursement de l'Iridium 192 est à nouveau en bonne voie d'être acceptée à l'INAMI. Le remboursement devrait reprendre pour fin mars 2017 au plus tard.

## 9 En bref : les unions professionnelles

### 9.1 BeCEP – Médecine d'urgence.

L'une des nombreuses mesures prises par Maggie DE BLOCK en 2016 concernait le gel du financement des postes de garde supplémentaires de médecine générale. Les frais générés étaient trop élevés et souvent, n'étaient pas en adéquation avec les activités déployées par ces postes de garde de médecine générale. Maggie DE BLOCK avait décidé qu'une meilleure collaboration était indispensable entre les médecins généralistes et les services d'urgence.

L'obligation d'organiser un service de garde de médecine générale au sein des hôpitaux a été rejetée par la majorité des représentants des médecins généralistes. Pour le BeCEP, la mise au point d'une telle collaboration au sein du service ne posait aucun problème. Cependant, le BeCEP estimait qu'un mariage de raison n'était pas la garantie d'une collaboration fructueuse. Pour le BeCEP, les cercles locaux de médecine générale et les services d'urgence eux-mêmes doivent convenir d'une éventuelle collaboration en matière d'organisation des services de garde, en respectant les différences de besoins et de possibilités dans les différentes parties du pays.

Par ailleurs, pour le BeCEP il n'était pas question qu'un filtre obligatoire soit mis en place (téléphonique ou physique devant la porte de service) pour empêcher les patients de recourir à l'expertise des spécialistes. Le BeCEP croit en l'efficacité de l'anamnèse d'un médecin pour déterminer un trajet de soin correct, et pas en une méthode *Dr Google* pour téléphoniste, surtout pour les soins qui ne peuvent être planifiés.

Finalement, un modèle de plan de concertation a été élaboré, qui précise que:

- aucun accord ne peut plus être conclu entre les cercles de médecine générale et les gestionnaires d'hôpitaux sans l'approbation explicite des médecins urgentistes ;
- une généralisation du numéro d'appel 1733 est uniquement possible après validation par la ministre sur la base d'un avis de la Taskforce concernant les résultats du projet pilote Leuven-Tirlemont. Le BeCEP fait partie de cette Taskforce. Dans l'attente d'une éventuelle implémentation nationale du numéro 1733, les services de garde de médecine générale doivent passer des accords locaux avec les services d'urgences afin de déterminer comment ils peuvent garantir l'accès aux soins qui ne peuvent être planifiés ;
- la sécurité de chaque patient prime, tant avant qu'après un éventuel renvoi de la première à la seconde ligne et inversement. La question de la responsabilité doit aussi être réglée dans le plan de concertation ;

- lorsque c'est possible, des ressources communes de toutes natures peuvent être utilisées par les hôpitaux et les postes de garde de médecine générale.

De plus, les accords conclus doivent régulièrement être évalués et si nécessaire, être adaptés en fonction des nouveaux besoins ou possibilités.

## 9.2. Pneumologie

Au cours de ces dernières années, les pneumologues ont dû mettre de l'eau dans leur vin plus qu'à leur tour pour contribuer aux économies. La convention CPAP a de nouveau été la cible de cette vague irréprouvable d'économies que les pouvoirs publics veulent faire chez les pneumologues.

Pendant le dernier trimestre 2014, une économie de 3 millions d'euros a été imposée aux pneumologues dans le cadre des conventions CPAP. Après d'âpres négociations, les pneumologues se sont pliés aux mesures. Tout le monde a cru qu'il s'agissait d'une économie sur base annuelle et qu'en 2015, 3 millions d'euros devaient aussi être épargnés. Mais il est apparu par la suite que l'économie imposée était trimestrielle et qu'il était donc question d'économiser 12 millions d'euros sur base annuelle, ce qui correspondait à une réduction de 25% du montant total de l'honoraire pour les prestations CPAP.

Depuis 2015, un groupe de travail CPAP est actif au sein du Collège des médecins directeurs des mutualités à l'INAMI. Des délégués issus tant de l'union professionnelle et de la société scientifique que des fédérations hospitalières siègent dans ce groupe de travail. Au sein de ce groupe, les pneumologues ont déjà formulé des propositions concrètes en 2015 pour une nouvelle convention CPAP qui aurait dû entrer en vigueur le 01.11.2016. C'est seulement en début 2016 que les médecins conseil des mutualités ont fourni des réponses mais celles-ci allaient plutôt dans le sens d'une économie supplémentaire de 3 millions de plus que l'économie annuelle de 12 millions d'euros. En revanche, pas un mot sur le contenu et l'aspect qualitatif du traitement de l'apnée du sommeil.

Au cours des mois de mai/juin 2016 puis de nouveau en juillet/août 2016, le groupe de travail CPAP du Collège des médecins-directeurs de l'INAMI s'est réuni à plusieurs reprises. La participation des membres des mutualités était très faible. Le Dr Jan LAMONT entre autres, ex-président de l'union professionnelle des pneumologues y a par contre participé activement et a de nouveau formulé des propositions constructives sur le fond. À plusieurs reprises, le Collège a fait preuve d'un grand manque d'intérêt jusqu'à qu'il mette sur le tapis une tout autre proposition axée uniquement sur de nouvelles économies, tout simplement. Cette proposition pêche non seulement par son absence de vision médicale mais elle en a rebuté plus d'un parce que l'industrie représentée par beMedTech<sup>197</sup> échappait totalement aux restrictions financières, tandis que la part revenant aux médecins était bradée.

Lorsque la proposition du Collège des médecins-directeurs a été présentée au Comité de l'assurance de l'INAMI, l'ABSyM a à plusieurs reprises énergiquement relayé les critiques des pneumologues. Cette prise de position a mené à un conflit avec le commissaire au gouvernement de la ministre DE BLOCK parce que l'économie avait déjà été approuvée par le gouvernement dans le cadre des restrictions budgétaires des soins de santé 2017. La débâcle CPAP est une des causes de la grande méfiance des représentants des médecins à l'égard des mutualités. Au Comité de l'assurance, le soussigné a qualifié à plusieurs reprises le Collège des médecins-directeurs « d'état dans l'état ». La procédure de vote actuelle<sup>198</sup> permet au Collège de décider pratiquement ce qui lui plaît, au mépris des experts qui sont systématiquement soupçonnés de ne penser qu'à leur profit.

---

<sup>197</sup> beMedTech est l'ancienne Unamec, fédération belge de l'industrie des technologies médicales.

<sup>198</sup> Au premier tour des élections du Comité de l'assurance, une majorité de 2/3 est requise. Lors de la réunion suivante sur le même point, une majorité simple suffit. Dans les 42 membres, le bloc des 21 représentants des mutualités trouve toujours

Le 07.11.2016, dans l'e-spécialiste n°598, l'union professionnelle des pneumologues a informé ses membres de l'état de la situation et a organisé une enquête concernant la volonté des services de pneumologie à signer la convention telle qu'elle a été proposée par le Collège des médecins-directeurs. Mais entre-temps, celle-ci a été modifiée. Dans le prolongement de l'enquête, une soirée d'information a été organisée le 30.11.2016, lors de laquelle environ la moitié de tous les centres CPAP étaient représentés.

Le 05.12.2016, le Comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé une mesure transitoire pour la convention CPAP couvrant la période du 01.11.2016 au 31.12.2017. En 2017, l'union professionnelle continuera à suivre de très près les négociations pour une convention définitive.

## 10 Conclusion

Le monde change-t-il trop vite ou réagissons-nous trop lentement? L'informatisation des soins de santé fait l'objet de critiques acerbes. L'eHealth et la perspective de mHealth n'ont pas la cote auprès de nombreux médecins. Pourtant, la digitalisation offre la possibilité d'améliorer les prestations de services et le suivi de patients chroniques, par exemple avec la télémédecine et/ou telecare, termes qui ont encore beaucoup d'avenir devant eux.

De jeunes loups ambitieux croisent le fer avec des anciens plus conservateurs. Une génération de médecins disparaît, les babyboomers. Les jeunes veulent tout faire différemment et mieux de préférence. L'essence de la profession de médecin ne change pourtant pas. Prodiguer des soins au patient est une mission interactive, par et pour les humains. Les moyens évoluent à un rythme effréné, s'améliorent, se digitalisent mais cette rapidité complique leur gestion avec tous les risques que cela comporte tant pour le patient que pour le prestataire de soins, notamment au niveau de la vie privée.

Les futuristes sont persuadés qu'une grande partie de la profession médicale sera assurée par des robots. Les robots vont pouvoir s'approprier l'intelligence émotionnelle. Des superordinateurs comme l'IBM Watson analysent plus rapidement qu'un humain une quantité phénoménale de données et en tirent des hypothèses diagnostiques. Est-ce le seul futur de la médecine ? J'ose espérer que non, bien que ce risque soit plus plausible pour la médecine spécialisée que la médecine générale.

Les gadgets électroniques et les dispositifs diagnostiques de soutien sont de belles choses pour le patient atteint d'une maladie inconnue à condition que son médecin traitant propose aussi une thérapie adéquate et l'accompagne comme une personne à part entière. Même avec un simulacre Watson, le diagnostic reste un acte médical par définition, quelles que soient les issues futures de la loi sur l'exercice des professions de soins de santé. Bientôt, les plus de 70 ans seront les seuls à encore savoir ce que fut l'AR 78.

Outre les perceptions sensorielles et les informations anamnestiques, de nombreuses pistes diagnostiques se multiplient à l'infini. Elles ne sont pas toujours employées adéquatement. Durant les études de médecine et lors de la formation professionnelle de spécialiste<sup>199</sup>, il faut s'appliquer encore

---

quelqu'un du banc des dispensateurs de soins qui votera dans le même sens : ou alors, l'absence de quelques dispensateurs de soins pour des raisons professionnelles confère dans tous les cas la majorité aux mutualistes.

<sup>199</sup> L'art médical fait partie des 30 spécialités de niveau 2 conformément à l'article 1 de l'AR du 25.11.1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (MB 24.03.1992).

davantage à utiliser adéquatement les dispositifs diagnostiques disponibles. En effet, les capacités financières du système de soins de santé sont limitées.

Un diagnostic n'est pas une étiquette. Le médecin doit l'annoncer au patient qui l'accepte – ou pas – et doit apprendre à vivre avec – ou pas. Les maladies qui jusque récemment étaient mortelles sont aujourd'hui des affections chroniques pour lesquelles le patient accompagné de son médecin et des dispensateurs de soins d'autres disciplines, tentent d'obtenir les meilleurs résultats possibles, moyennant la créativité sociale nécessaire et une concertation continue. À cet égard, l'éthique médicale qui peine à suivre les évolutions techniques, s'avère toujours plus fondamentale.

L'approche holistique n'est pas intégrée dans toutes les disciplines spécialisées. La distinction simpliste entre disciplines « intellectuelles » et « non-intellectuelles » est à proscrire. Les meilleurs soins pour tous les patients individuels doivent en effet être déterminés de manière interdisciplinaire. L'accréditation des institutions de soins et des dispensateurs de soins peut à cet égard fournir une aide mais pas des garanties. Tout médecin se doit d'utiliser ses capacités intellectuelles, ses acquis, ses connaissances entretenues régulièrement et son bon sens, avec l'empathie nécessaire au profit de chaque patient individuel.

C'est sur le rappel de cette mission qui incombe à tout qui est lié de près ou de loin à la profession médicale, que je clôture mon 27<sup>e</sup> rapport annuel en tant que secrétaire général. Un tout grand merci à l'équipe du GBS et à tous les collègues du comité directeur, et plus particulièrement au noyau dur du comité exécutif.

Dr Marc Moens,  
Secrétaire général  
04.02.2017.

Ont travaillé à la rédaction de ce rapport : Yo Baeten, Marc Brosens, Bart Dehaes, Jean-Luc Demeere, Raf Denayer, Francis Heller, Olivier Lambrechts, Michel Lievens et Fanny Vandamme.

*Le contenu de la rédaction a été clôturé le 01.02.2017.*