

---

# Le Médecin Spécialiste

---

Organe du Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
des Médecins Spécialistes

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

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

**N° 5 / SEPTEMBRE 2015**

Bureau de dépôt : Bruxelles X – N° d'Agr. P918437

---

## LE COUPLAGE DES DONNÉES SPF SANTÉ PUBLIQUE – DATAWAREHOUSE

### **VERS UNE PLANIFICATION MÉTICULEUSE ET SÉRIEUSE DES SOINS DE SANTÉ EN PHASE AVEC LA RÉALITÉ DU TERRAIN ?**

Selon la ministre de la santé Maggie De Block, « Les cadastres dynamiques des professions de soins dressent une cartographie précise de la situation actuelle – combien de professionnels sont actifs actuellement, quel est leur taux d'activité, où ils travaillent, quel âge ils ont, etc. – et permettent à la Commission de planification de calculer les besoins futurs en termes d'offre médicale. »<sup>1</sup>

En mai dernier, la commission de planification de l'offre médicale du SPF santé publique a présenté le PlanCAD médecins 2004-2012 ou le cadastre dynamique.

Le cadastre détaillé se compose de 52 documents.<sup>2</sup> Il y a également un document de synthèse divisé en 2 parties : la première partie explique la méthodologie suivie, et la seconde partie présente un tableau synthèse pour chaque spécialité.<sup>3</sup>

***Le cadastre permet de cadrer la discussion et de mettre en évidence les besoins et les tendances en termes d'offre de la médecine spécialité par spécialité***

Pour vous aider à mieux comprendre l'intérêt que revêt ce cadastre pour mieux planifier l'évolution de l'offre de soins, le nombre de spécialistes à former, ou détecter des spécialités en pénurie ou surabondantes nous allons vous présenter ce cadastre, et les biais qu'il présente.

#### **Pourquoi un cadastre dynamique ?**

Depuis une quinzaine d'années, le SPF santé publique publie des statistiques annuelles des professionnels de santé. Ces statistiques sont brutes, et ne donnent aucune indication quant à l'activité des médecins spécialistes répertoriés.

La mise en place d'un cadastre dynamique doit permettre d'estimer avec la plus grande précision possible le niveau d'activité des professionnels de santé, afin de faire en sorte que le nombre de prestataires de soins corresponde aux besoins de soins de la population.

---

<sup>1</sup> <http://www.deblock.belgium.be/fr/installation-de-la-nouvelle-commission-de-planification>: op. cit.

<sup>2</sup> Pour chaque spécialité, la commission de planification a réalisé une étude détaillée, qui se trouve dans les documents du cadastre. Pour votre facilité, nous avons mis un lien vers les documents produits par la commission de planification sur le site internet du GBS. Vous pouvez consulter ce document sur [www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org) > NEWS > [19.08.2015 Cadastre dynamique des médecins 2004-2012 \(SPF Santé publique - mai 2015\)](#)

<sup>3</sup> Vous pouvez consulter le document de synthèse sur [www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org) > NEWS > [Rapport de synthèse: Médecins sur le marché du travail 2004-2012](#)

Les seules données du nombre de spécialistes en activité n'indiquent que la densité théorique du nombre de spécialistes en Belgique ; ces données sont insuffisantes pour tenir compte de l'activité effectivement réalisée, et pour faire des projections un tant soit peu fiables.

Plus fiable, le cadastre dynamique sera ensuite lié à un modèle mathématique d'analyse de flux pour faire des prévisions robustes afin d'estimer la densité de chaque spécialité (le nombre de spécialistes pour 10 000 habitants) dans un horizon de temps donné, en tenant compte de l'évolution de la population médicale et de la population globale.

### **Comment a-t-il été mis en place ?**

Le SPF santé publique en collaboration avec la Commission de planification ont « injecté » des données d'activité de l'INAMI (sur la base du volume des prestations remboursées, sur la période 2004-2012) qu'ils ont combiné avec des données en provenance d'autres sources (ONSS...).

Pour tenir compte de l'activité, le nombre de spécialiste doit être déterminé en termes d'ETP<sup>4</sup>.

En procédant au couplage de données, les auteurs du cadastre ont dû retenir des seuils pour déterminer si un médecin spécialiste est actif : il est considéré comme actif en Belgique s'il a effectué au cours de l'année au moins deux prestations INAMI ou s'il a presté au moins 0,1 ETP dans le cadre de l'ONSS<sup>5</sup>.

En effet, il faut considérer que tous les médecins spécialistes ne travaillent pas de la même manière durant toute leur carrière, et que dans certaines spécialités, les spécialistes terminent ou réduisent fortement leurs activités.

Dans le cadastre, les ETP sont estimés sur la base du volume médian de prestation INAMI en euros dans la tranche d'âge des 45-54 ans. Cela permet de calculer l'ETP moyen par spécialité, et de ventiler l'ETP par région.

En théorie, ce couplage de données permet notamment de répondre plus précisément aux questions suivantes :

- Quel est le nombre de personnes actives par spécialité ?
- Comment se présente la pyramide des âges d'une spécialité ?
- Quel est le nombre de prestations en équivalent temps plein effectuées par ces spécialistes ?

Parmi les nombreuses réactions qui nous sont parvenues, certaines sont parues dans la presse, ont été envoyées au cabinet de la ministre De Block, ou vous ont été communiquées sous forme d'e-spécialistes. Nous vous en présentons certaines *in extenso* dans ce bulletin.

S'il faut saluer le travail accompli par le SPF santé publique pour produire ce cadastre, il convient de rappeler qu'il présente de nombreux biais notamment liés aux données de base, et aux seuils retenus. Ces biais sont clairement mentionnés dans la section consacrée à la méthodologie.

Le cadastre ne fait que confirmer que la statistique est la reine des sciences inexactes. Certaines conclusions, certains chiffres prêtent parfois à confusion, sont discutables, voire erronés, sans pour autant qu'il y ait la moindre intention trompeuse :

- Nous sommes loin de la cartographie précise, du moins au niveau régional. Le critère géographique n'est pas basé sur le lieu d'activité du médecin mais sur son domicile ! ;
- Certaines spécialités seraient mal estimées en termes d'ETP ;

---

<sup>4</sup> L'équivalent temps plein exprime la quantité de travail accomplie par une personne proportionnellement au volume de travail d'un employé normal à temps plein.

<sup>5</sup> Office national de sécurité sociale

- Les prestations pour déterminer le volume d'ETP sont calculés exclusivement sur la base des montants de remboursements INAMI, or ce n'est pas nécessairement parce qu'un spécialiste a presté en valeur moins que l'ETP médian dans le temps qu'il ne travaille pas à temps plein ; peut-être même que le concept même d'ETP est inadéquat dans des professions où le temps de travail n'est pas régulé ! ;
- Le taux d'activité est quelque peu faussé, puisqu'il suffit à un médecin spécialiste d'avoir au moins attesté deux prestations dans l'année pour être considéré comme actif ;
- L'activité des médecins indépendants effectuée en dehors du système de remboursement des soins INAMI n'est pas répertoriée.

Il ne faut malgré tout pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Ce cadastre dynamique est sérieux, rigoureux et suffisamment nuancé. Il permet de cadrer la discussion et de mettre en évidence les besoins et les tendances en termes d'offre de la médecine spécialité par spécialité ; c'est beaucoup mieux qu'un cadastre qui ne tient pas compte de l'activité du tout.

À l'avenir, à l'heure de planifier les besoins de formation et le nombre de spécialistes à former, ce cadastre dynamique pourrait être affiné pour tenir compte des biais évoqués ci-dessus.

En dépit des biais qu'il présente, ce cadastre est un instrument essentiel pour estimer l'évolution de l'offre médicale, et d'aller au-delà de considérations purement financières pour répondre de la façon la plus précise possible à la demande inhérente au vieillissement de la population médicale ainsi qu'à l'évolution des pratiques professionnelles des médecins spécialistes (qui recherchent de plus en plus l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée) d'une part, et à l'évolution démographique ainsi qu'au vieillissement de la population qui induisent une plus forte demande de certains soins d'autre part.

Au vu des limites qu'il présente, ce cadastre dynamique ne peut constituer le seul outil de décision pour planifier dans le temps l'offre de médecins spécialistes, et les besoins de formation. Ces conclusions devraient être croisées avec des analyses qualitatives, et des panels de discussion représentatifs de l'exercice de la médecine spécialisée.

**Tribune de Roger DETRY, Prof. de chirurgie émérite et ex-président de l'école de médecine de l'UCL**

***CADASTRE MANQUANT, CADASTRE TABOU ?***

*L'émoi fut grand et bien médiatisé face à la situation des étudiants en médecine qui, après 7 ans d'études, n'auraient pas accès à un numéro INAMI. La responsabilité en incombait largement aux parties intéressées (pouvoir politique francophone, autorités académiques et étudiants), hostiles pour des raisons diverses à une régulation à l'entrée des études, laquelle existe dans nombre de pays voisins et en Flandre. Des solutions ont été ébauchées.*

*La pénurie médicale annoncée est sélective, en médecine générale par exemple vers laquelle s'oriente moins de la moitié des étudiants (= médecins en formation professionnelle, NDLR). Les médecins étrangers viennent-ils combler un manque réel ou, en partie, occuper des postes dans des spécialités moins attractives aux yeux de nos nationaux ? Un cadastre des médecins est indispensable ; il doit aussi être confronté à celui des besoins raisonnables en soins de santé.*

*Un paramètre fondamental est resté absent du débat, escamoté à tous les niveaux. Nombre d'étudiants qui revendiquent un libre accès à la formation universitaire ne manquent pas, une fois diplômés et même en cours d'études, d'en dénoncer le caractère insatisfaisant ; ils se disent 'très peu préparés par leurs études à relever les défis sociétaux'.*

*La transmission du savoir peut se faire devant des cohortes illimitées, entassées dans des amphithéâtres géants, par des universités virtuelles, par internet. Cet enseignement 'passif' a des limites notoires. Il y a plus important. La transmission du savoir théorique ne suffit pas, mais doit être complétée par une formation de l'homme. Compétence, création, communication, sens critique, savoir être et savoir faire, apprendre à apprendre constituent le challenge universitaire spécifique.*

*Cette dimension est critique en médecine. Tous le revendiquent : l'Humain, au centre de la pratique, doit être au centre de la formation. L'approche du Malade, pas simplement de la maladie, ne s'apprend pas d'abord par des cours magistraux ex cathedra ; elle exige du temps et un encadrement humain étoffé, proche de l'étudiant, formant des médecins capables de penser, analyser, gérer leurs émotions, prendre en charge le patient dans toutes ses dimensions, ses angoisses, sa souffrance, connaître le monde dans lequel patients, maladies et praticiens s'inscrivent. Cette formation au savoir être et du savoir faire s'impose davantage chez des jeunes fragilisés, selon certaines études, par la place envahissante d'un virtuel narcissique dans leur quotidien. Parallèlement, le temps de contact 'salutaire' de l'étudiant avec les patients lors des stages ne peut que diminuer. Le nombre d'étudiants explose, mais on ne crée pas des cohortes de maîtres de stage compétents ni des places de stage d'un coup de baguette magique. L'hôpital voit sa capacité pédagogique effective réduite par la diminution imposée du nombre et de la durée des hospitalisations. Les hôpitaux se démarquent de plus en plus par une haute technicité, souvent déshumanisante, excellente pour former des ingénieurs techniques en machinerie humaine, moins pour former des médecins complets. La sonnette d'alarme a été tirée de façon magistrale par l'Académie nationale de Médecine (Rapport Michel, Paris, 2011).*

*Il ne suffit pas de proclamer que nous formons et continuerons à former les meilleurs médecins avec les moyens actuels et davantage encore d'étudiants. L'adéquation du nombre d'étudiants et des ressources consacrées à leur formation est une condition indispensable à la qualité de cette formation. Tous les modèles pédagogiques cités en exemple de par le monde n'ont été possibles que sur base d'un ratio enseignants/enseignés incomparable au nôtre.*

*Un cadastre des médecins s'impose, complété par une évaluation des besoins raisonnables. Mais il faut aussi d'urgence dresser le cadastre des possibilités pédagogiques effectives permettant de former les médecins d'aujourd'hui. Combien de médecins compétents peut-on former avec nos moyens est la question prioritaire que personne ne pose. En faire l'évaluation relève d'abord de la responsabilité et du devoir des universités qui ne doivent pas être prises en otage par des politiciens dogmatiques ou clientélistes, le protectionnisme étudiant ou professionnel, la course aux parts de marché. Il y a un numerus clausus pédagogique de fait ; il est urgent de l'intégrer au débat, aussi dérangentant soit-il.*

*R. Detry*

## **Analyse du cadastre des médecins par l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Soins intensifs**

### **INSTRUMENT UTILE POUR UNE POLITIQUE PROSPECTIVE, MAIS TROP TÔT POUR COMPRENDRE LES FLUX ENTRANTS ET SORTANTS DES INTENSIVISTES**

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a publié en mai 2015 le Rapport de synthèse Médecins sur le marché du travail, 2004-2012. Ce rapport peut être consulté sur le site Internet du GBS ([www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org)) sous l'onglet News.

Il s'agit d'une première version de cadastre des médecins répertoriant les différentes spécialités des médecins. Ce cadastre a été créé en rassemblant les données de plusieurs banques de données.

Cette méthode de travail suscite différentes inexactitudes et suppositions, mais l'objectif est de rendre le cadastre des médecins de plus en plus correct et fiable au fil des années.

Nous devons surtout interpréter avec prudence les chiffres sur les compétences particulières obtenues après la spécialité de base. Le fait que de nombreux intensivistes continuent à exercer une activité dans leur spécialité de base en plus de leur activité au sein de la fonction soins intensifs complique considérablement l'interprétation des données présentées.

L'union professionnelle soins intensifs s'est efforcée de donner quelques explications aux données sur le titre professionnel particulier soins intensifs. Cette analyse constitue la vision des membres du comité directeur et peut bien évidemment être complétée par d'autres visions.

A. Le cadastre comptait, fin décembre 2012, 801 médecins avec titre professionnel particulier soins intensifs :

- 503 intensivistes en Région flamande ;
- 197 intensivistes en Région wallonne ;
- 68 intensivistes en Région Bruxelles capitale ;
- 33 intensivistes à l'étranger ou sans données.

Chaque médecin jouissant du titre professionnel particulier soins intensifs et qui a réalisé au moins deux prestations par an issues de la nomenclature réanimation (article 13 de la loi assurance maladie invalidité) est considéré comme un intensiviste « actif ». Le nombre de « véritables » intensivistes au sein de la fonction soins intensifs est par conséquent fortement surestimé. L'enregistrement s'est fait en 2012, soit avant l'entrée en vigueur de la nomenclature spécifique pour les intensivistes. Ceci explique pourquoi 89,5 % de tous les intensivistes agréés depuis 1996 sont encore considérés comme « actifs ».

Le nombre d'intensivistes actifs à Bruxelles est fortement sous-estimé étant donné que c'est le domicile qui est considéré comme critère, et non l'hôpital où le médecin est actif. Selon la carte de répartition géographique, il apparaît que les intensivistes vivent surtout dans des régions résidentielles.

En fonction de la spécialité de base, nous obtenons les proportions suivantes :

- 45,6 % d'anesthésistes
- 25,8 % d'internistes
- 12 % de cardiologues
- 4,5 % de pédiatres
- 1,5 % de chirurgiens
- 10,6 % de spécialités sans prestations INAMI en 2012

79,8 % des intensivistes sont accrédités. Étant donné qu'il n'existe aucune accréditation spécifique pour l'agrément spécial en soins intensifs, nous ne pouvons en déduire combien de médecins ont effectivement leur activité principale au sein de la fonction soins intensifs.

B. Le cadastre fait un calcul arbitraire du nombre d'intensivistes équivalents temps plein (ETP).

On compte 785 ETP au sein du système INAMI (indépendants) et 168,9 ETP au sein du système ONSS (salariés). Les médecins salariés qui facturent également des prestations au sein de l'INAMI sont comptés dans les deux groupes.

Afin de calculer le nombre d'ETP selon les données de la sécurité sociale, on tient compte du nombre effectif de jours de travail en 2012 en tant que médecin salarié. Les 168,9 ETP représentent une activité aussi bien au sein des soins intensifs qu'en dehors.

Pour le calcul d'un ETP au sein de l'INAMI, on regarde quels revenus ont perçus les intensivistes de la tranche d'âge 45-54 ans à partir des remboursements INAMI au sein des soins intensifs ou en dehors (à l'exception des indemnités pour permanence médicale). La médiane de ce montant (environ 260 000 euros) correspond à 1 ETP. Les médecins jouissant d'un agrément spécial en soins intensifs et provenant des différentes spécialités de base ont un niveau d'activité variable au sein des soins intensifs. La médiane obtenue ne reflète donc pas les revenus de l'activité des soins intensifs.

Le nombre total d'ETP presté est divisé par le nombre total d'intensivistes (785) et donne l'ETP moyen presté par intensiviste. L'ETP moyen national presté dans le cadre de l'INAMI s'élève à 0,98 ETP.

- 1,13 ETP en Région flamande ;
- 0,87 ETP en Région wallonne ;
- 0,61 ETP en région de Bruxelles capitale.

La valeur ETP n'a qu'une valeur relative et ne peut, comme le cadastre le mentionne, être utilisé de manière normative.

C. 96,4 % des intensivistes agréés ont la nationalité belge et 98,5 % des intensivistes agréés ont obtenu un diplôme de médecin dans une université belge.

Parmi les 801 intensivistes, seuls 27,1 % sont des femmes. Nous sommes donc bien en dessous de la moyenne de 39 % de médecins femmes établie fin 2012.

- 42,3 % des intensivistes ont moins de 45 ans ;
- 55,1 % ont entre 45 et 65 ans ;
- 2,6 % ont plus de 65 ans.

Le nombre d'intensivistes âgés de plus de 45 ans est surestimé étant donné qu'en 1996-1998, un certain nombre de médecins ont reçu le titre professionnel particulier en soins intensifs via les mesures transitoires. Une partie inconnue de ces médecins ne sont actifs que de manière limitée au sein de la médecine intensive.

D. Entre 2004 et 2012, le nombre d'intensivistes actifs a augmenté de 26,1 %, tandis que le nombre total de médecins a augmenté de 7,7 %.

Étant donné qu'en pratique, tous les médecins qui ont déjà été agréés en tant qu'intensiviste sont encore considérés comme « actifs », cette augmentation de 26 % est fortement surestimée.

Comme évoqué plus tôt, ce cadastre de médecins constitue un outil de travail utile pour mettre en œuvre une politique prospective. Est-ce que suffisamment de médecins spécialistes sont formés ? La spécialité est-elle suffisamment attrayante ?

Pour avoir une idée de « l'avenir de l'intensiviste », nous devons être en mesure de déterminer les flux entrant et sortant de médecins spécialistes en soins intensifs. Nous pensons que la plupart des intensivistes accomplissent une carrière professionnelle plus courte que les autres spécialistes. Les données disponibles ne nous permettent pas encore d'avoir un aperçu correct.

Nous constatons que les spécialités pour lesquelles la charge de travail est importante la nuit et le week-end sont devenues moins attrayantes. Le cadastre signale également dans les points d'attention :

« Un point important est la continuité 24h/24 et 7j/7. Les patients hospitalisés dans les services de soins intensifs sont des patients très complexes. Il faut veiller à ce que la continuité des soins reste attractive (rémunération suffisante). »

D'autre part, il est indiqué : « Il y a probablement un besoin d'échelonnement dans les soins intensifs comme c'est le cas au Pays-Bas. » L'union professionnelle ne voit pas bien sur quoi est basée cette affirmation.

Lors d'une prochaine version, les données basées sur la nomenclature réanimation révisée de 2013 donneront une image plus réaliste des intensivistes en tant que groupe professionnel.

## LOI DU 17.07.2015 PORTANT DES DISPOSITIONS DIVERSES EN MATIÈRE DE SANTÉ

### **TRANSPARENCE FINANCIÈRE: MESURE EN VIGUEUR À PARTIR DU 01.07.2017 OU DU 27.08.2015 (?)**

La loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, qui entre en vigueur le 27.08.2015, contient une section relative à la transparence financière<sup>6</sup>. L'article 23 de cette loi stipule cependant que cette section est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2015. La question cruciale que cela soulève est la suivante : comment un médecin, avant de découvrir la nouvelle loi du 17 juillet 2015 le 17 août 2015 dans le Moniteur belge, pouvait-il être au courant des obligations relatives à la transparence financière qui pesaient déjà sur lui depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015. En effet, les publications dans la presse spécialisée et sur le site de l'INAMI qui ont annoncé cette mesure n'ont jusqu'à présent aucun caractère juridiquement contraignant.

La section du Moniteur belge relative à la transparence financière doit être lue en corrélation avec le règlement du 22 juin 2015 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994<sup>7</sup>. **L'utilisation des nouveaux modèles d'attestations de soins est obligatoire à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016.** À partir de cette date, une attestation uniforme doit être utilisée par les médecins qui exercent leur activité en leur nom propre ou pour le compte d'une société. La différence de couleurs des anciennes attestations est supprimée.

Quelles sont les principales modifications ? Dorénavant, chaque prestataire de soins doit communiquer son numéro BCE (Banque-Carrefour des Entreprises) sur l'attestation de soins. Si vous ne connaissez pas votre numéro BCE, il vous suffit de le vérifier sur le site Internet de la Banque-Carrefour des Entreprises :

<http://kbopub.economie.fgov.be/kbopub/zoeknaamfonetischform.html?lang=fr>. Le numéro BCE doit être noté sur le reçu.

Le montant total reçu doit être indiqué sur le reçu de l'attestation de soins, aussi bien par le médecin qui perçoit en son nom propre que par celui qui perçoit pour le compte de tiers. Contrairement au principe selon lequel l'attestation de soins ne peut comprendre de mentions non prévues, et lors la phase transitoire jusqu'à ce que les nouveaux modèles d'attestation soient disponibles (au plus tard jusqu'au 30 juin 2016 inclus), le médecin doit remplir ces données sur l'attestation de soins.

<sup>6</sup> Loi du 17 juillet portant des dispositions diverses en matière de santé (MB 17.08.2015). Le texte intégral est disponible sur le site Internet du GBS.

<sup>7</sup> MB 30.06.2015

Les modèles pour les différents prestataires de soins de la nouvelle attestation de soins uniforme ont été publiés avec le règlement du 22 juin 2015 au Moniteur belge du 30 juin 2015.

Dans certains cas, le médecin doit, outre l'attestation de soins donnés, délivrer un document justificatif dans lequel le montant à verser est clairement indiqué :

1. Si le médecin atteste à la fois des prestations remboursables et non remboursables.  
À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, le médecin doit remettre un document justificatif s'il atteste des prestations remboursables en même temps que des prestations non remboursables (c'est-à-dire des prestations pour lesquelles l'assurance soins de santé n'intervient pas).
2. Si le médecin facture électroniquement des prestations en tiers payant.

Sur demande de l'ayant-droit, cette pièce justificative pour les prestations de santé et les dispositifs médicaux visés à l'article 33, § 1<sup>er</sup>, premier alinéa, 11<sup>o</sup>, de la loi du 15 décembre 2013 en matière de dispositifs médicaux, déterminée par la commission de conventions ou d'accords compétente, comprend le montant d'achat des dispositifs médicaux livrés par le prestataire de soins s'ils font l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire ou font partie d'une prestation médicale qui entraîne une telle intervention.

Jusqu'à présent, le Comité de l'assurance de l'INAMI n'a pas fixé de manière définitive le modèle de la pièce justificative à utiliser. En attendant la publication d'un modèle de document justificatif, n'importe quelle pièce justificative peut être utilisée.

#### **DÉROGATION DES CONDITIONS D'AGRÈMENT POUR LES TIM ET LES TLM**

La loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé (Moniteur belge du 17.08.2015) prévoit dans son article 77 la dérogation suivante des conditions d'agrément pour les Technologues en Imagerie Médicale (TIM) et les Technologues de Laboratoire Médical (TLM) :

« Par dérogation à l'alinéa 1er et par dérogation à l'article 72, §1er, les personnes qui ne satisfont pas aux conditions de qualification prévues à l'article 72, §2, alinéa 2, pour les professions de technologue en imagerie médicale ou de technologue de laboratoire médical, mais qui, au 2 décembre 2013, ont exécuté des actes de la profession de technologue en imagerie médicale ou de technologue de laboratoire médical pendant au moins trois ans, peuvent continuer à exercer les mêmes actes dans les mêmes conditions que les technologues en imagerie médicale ou les technologues de laboratoire médical effectuant ces actes. »

Cette disposition ne remet pas en cause l'obligation qu'avaient ces personnes d'introduire leur demande d'agrément (provisoire) avant le 2 décembre 2014. Les dossiers introduits seront évalués tenant compte de la disposition ci-dessus.

#### **INTERDICTION DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES POUR LES CHAMBRES À 2 LITS OU LES SALLES COMMUNES EN HÔPITAL DE JOUR**

En vertu des modifications publiées aux articles 95 et suivants, il sera interdit, à partir du 27 août 2015, de porter en compte des suppléments d'honoraires à des patients admis dans des chambres doubles ou en salles communes en hôpital de jour.



## L’AFFILIATION À UNE POLICE DE PROTECTION JURIDIQUE EST PLUS QUE JAMAIS D’ACTUALITÉ

### **DE NOUVELLES MESURES RENDENT L’ACCÈS À LA JUSTICE BELGE ENCORE PLUS CHER**

Deux mesures récentes donnent à réfléchir car elles pèsent significativement sur le coût de l’accès aux Tribunaux belges pour trancher les litiges.

La première concerne l’application de la TVA de 21% aux honoraires des avocats et ce depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

La seconde traite des « droits de mises au rôle » modifiés par l’arrêté royal du 12 mai 2015, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2015.

Comme vous le savez, tout justiciable qui entend recourir à l’appareil judiciaire doit voir son affaire « mise au rôle ».

Le coût de cette taxe a été modifié.

Ces droits seront désormais fonction de la valeur estimée de la demande définitive du demandeur.

Vu l’accroissement substantiel du coût d’accès à la Justice qui résulte de l’application cumulée de ces deux mesures, l’importance de bénéficier d’une assurance « protection juridique » s’avère plus que jamais d’actualité.

Depuis de nombreuses années, le GBS a veillé à mettre à la disposition de ses membres une formule d’assurance exclusive placée auprès de la compagnie d’assurance DAS à l’intervention de notre courtier Concordia.

Pour votre complète information, nous joignons,

- une synthèse des notions à maîtriser eu égard aux droits de mise au rôle,
- une synthèse des garanties acquises dans le cadre de l’assurance « Protection juridique – formule GBS »

Les droits de mise au rôle :

Il s’agit des taxes qui doivent être payées lors de l’inscription d’une affaire à l’agenda du tribunal. L’objectif du législateur consiste à adapter les droits de mise au rôle en proportion de la charge de travail de la justice et, d’autre part, de dissuader le recours aux procédures irréfléchies et téméraires qui surchargent les tribunaux.

Quels sont les points-clé de cette réforme ?

Il y a instauration d’un tarif unique par juridiction et par instance. Auparavant, ce « droit » différait selon que la cause était inscrite au rôle général ou aux rôles particuliers (ex rôle des requêtes, rôle des référés).

Les droits font l’objet d’une augmentation générale. Les montants des taxes varient de 40 € à 1200 €.

Le montant de la taxe est fonction de la « valeur de la demande ». Plus celle-ci sera élevée, plus le « droit » le sera.

Une obligation de joindre une « déclaration pro fisco » de la valeur de la demande définitive est instaurée. Elle servira à déterminer la valeur de la demande lors du dépôt de l’acte en vue de sa mise au rôle.

La taxe est perçue par demandeur. Toute personne physique ou morale est tenue d’acquitter un droit de mise au rôle proportionnel à sa part dans la valeur totale de la demande (avant, ce droit était perçu par « cause »).

#### **L’assurance « protection juridique du GBS :**

Elle intervient dans tous les domaines du droit repris ci-dessous, que ce soit en tant que demandeur ou en tant que défendeur.

La formule d'assurance est du type « tous risques ». Cela signifie qu'il y a présomption que tout ce qui n'est pas exclu est couvert, les Assureurs supportant la charge de la preuve qu'un cas relève d'une exclusion ou sort du champ de l'assurance.

Cette inversion de la charge classique de la preuve est évidemment très confortable pour nos membres.

<u>Garanties d'intervention</u>	<u>Plafonds</u>
Le recours civil	50.000 €
La défense pénale	50.000 €
La défense disciplinaire	15.000 €
La défense civile	50.000 €
Les contrats généraux	15.000 €
L'insolvabilité des tiers	20.000 €
La caution pénale	20.000 €
Le droit du travail et le droit social	15.000 €
Le droit administratif	15.000 €
Le droit fiscal	15.000 €
La protection juridique après incendie	50.000 €
La protection juridique location	15.000 €
Questions préjudicielles devant la Cour Européenne	15.000 €

Le processus d'implication de la DAS est le suivant :

- dans une première phase, les services de l'Assureur s'efforcent d'aboutir à un règlement amiable ;
- dans une seconde étape, l'affaire est confiée à un avocat (que vous êtes libre de choisir, après avoir informé l'assureur et obtenu son accord).

Les plafonds assurés couvrent également les frais d'expert ou de tout autre intervenant et, bien sûr, les frais de justice.

La prime annuelle, entièrement déductible de vos frais professionnels, s'élève à 261 € (ttc), ce qui représente une réduction de 25% du tarif en votre qualité de membre du GBS.

Concrètement, si vous désirez rejoindre les très nombreux confrères qui bénéficient déjà de cette protection, il vous suffit de compléter et de signer le formulaire ci-dessous pour, ensuite le faire parvenir chez notre courtier Concordia qui établira le contrat définitif.

✂.....

### **FORMULAIRE D'ADHÉSION**



Je désire souscrire l'assurance « Protection Juridique Professionnelle » auprès de la compagnie DAS

Je désire être contacté par téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom/prénom (ou société):

Adresse :

Date de naissance :

Tél. privé :

Tél. bureau :

E-mail :

Fax :

Date: .. /.. /.... Signature :

FORMULAIRE À RENVOYER A :

CONCORDIA S.A.  
À l'attention de Bertrand Stienlet  
Romeinsesteenweg 564B  
1853 STROMBEEK-BEVER  
Fax: 02/420.16.34  
e-mail: bstienlet@concordia.be

## NOUVELLES RÈGLES INTERPRÉTATIVES

**MB 28.07.2015:**

**ART. 18, § 2 (MÉDECINE NUCLÉAIRE)**

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 6

QUESTION

Comment attester le traitement de tumeurs du foie ou de métastases hépatiques par la méthode SIRT (« Selective Internal Radiation Therapy »), utilisant des sphères Y-90 ?

RÉPONSE

Il s'agit d'un traitement avec un produit radioactif de forme liquide.

La prestation 442013-442024 " Injection(s) ou absorption(s) valable(s) pour trois mois " est utilisée pour attester ce traitement.

Règle d'application existante :

« Les honoraires pour cette prestation comprennent les frais de contrôle des produits et les tests d'absorption en cours de traitement ».

Donc, la prestation comprend le contrôle par scintigraphie après l'administration des sphères Y-90.

La règle interprétative précitée entre en vigueur le jour suivant sa publication au Moniteur belge.

## MODIFICATION DES RÈGLES INTERPRÉTATIVES

**MB 13.07.2015:**

**ART. 14, H (OPHTALMOLOGIE)**

La règle interprétative 03<sup>8</sup> est abrogée.

Cette abrogation entre en vigueur le jour de la publication au Moniteur belge.

## DEUXIÈME ENQUÊTE SUR L'INFLUENCE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS MÉDICAUX SUR LA PRATIQUE MÉDICALE (RAPPEL)

À la suite de la première étude sur la perception du système de responsabilité médicale en Belgique menée à l'automne 2013 par Tom Vandersteegen, le GBS a de nouveau collaboré avec cette économiste de l'université d'Hasselt dans le cadre de son doctorat.

La collaboration des médecins est primordiale dans la mesure où les données relatives à l'impact du système de remboursement des accidents médicaux sur la pratique et la prise de décision des médecins dans le contexte belge sont rares.

Si vous n'avez pas encore participé à cette enquête, vous pouvez la trouver sur notre site Internet : [www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org) > E-SPECIALIST > [25.06.2015 e-spécialiste n° 517 : enquête sur l'influence du système d'indemnisation des accidents médicaux sur la pratique des médecins](#).

Les résultats du premier questionnaire ont été présentés par l'enquêteur et par Tom De Gendt lors du symposium « La médecine spécialisée : d'évolution à révolution » du 11 octobre 2014.

<sup>8</sup> QUESTION : Sous quel numéro de code l'intubation des voies lacrymales avec placement de petits tubes en silicone peut-elle être attestée ? RÉPONSE : En attendant la création d'une prestation spécifique dans la nomenclature, la prestation 245770-245781 Canthoplastie N 125 peut être attestée.

## ANNONCES

**15132 BRUXELLES** - Le Fonds des accidents du travail désignera sous peu un médecin-conseil en chef qui assurera le suivi et la coordination des activités des médecins-conseils. Les candidatures doivent parvenir au Fonds pour le 5.10.2015 à 14 heures au plus tard en utilisant le formulaire disponible en annexe à l'appel aux candidatures ([www.publicprocurement.be](http://www.publicprocurement.be)) ou auprès de M. Martiny (tél. : 02.506.85.20).

**15127 BRUXELLES** - Le WIV-ISP recrute un médecin/anatomo-pathologiste/docteur en sciences (bio)médicales - agréments, évaluation externe de la qualité et inspections des laboratoires d'anatomie pathologique. Contrat durée indéterminée. Pour plus d'informations : Stefaan Vernaeve, service P&O - [stefaan.vernaeve@wiv-isp.be](mailto:stefaan.vernaeve@wiv-isp.be) - tél. 02/642 50 16. Candidature : pour le 15/09/2015 au plus tard via <http://www.wiv-isp.be/jobs>

**15126 BRUXELLES** - Le CHIREC Clinique Ste-Anne St-Remi, bd Graindor 66 - 1070 Anderlecht, recrute un médecin spécialiste gériatre temps plein pour développer l'activité gériatrique, les projets transversaux (liaison gériatrique, orthogériatrie, oncogériatrie) et transmuraux (collaboration étroite avec les médecins traitants et coordinateurs MR/MRS). Envoi candidature et CF au Dr P. Mary, médecin chef de site, tél. 02/434 26 90, e-mail: [paul.mary@chirec.be](mailto:paul.mary@chirec.be)

**15125 BRUXELLES** - CHU Brugmann recrute un médecin résident au service d'O.R.L. et chirurgie cervico-faciale H/F 11/11e. Candidature avec réf. A 26/15 pour le 30/09/15. Info: <http://www.chu-brugmann.be>. Candidature : [gestionmedecins@chu-brugmanne.be](mailto:gestionmedecins@chu-brugmanne.be) à l'att. du Dr. Florence HUT, Dir. Gén. Méd. ou CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles.

**15124 SUISSE GENÈVE** - Fondation Phenix recherche médecin cadre psychiatre psychotér. (100%) FMH en psychothér. ou équiv. et form. complémentaire en addictions; expér. clinique en addictions indispensable. Info : [www.phenix.ch](http://www.phenix.ch) ou Sandrine Borie tél. +41 22 404 02 06. Candidature : par mail de préférence : Dr Marina CROQUETTE KROKAR - Dir. gén.-Centre Phénix Chêne - Route de Chêne 100 - CP 215 - 1224 Chêne-Bougeries ([marina.croquette-krokar@phenix.ch](mailto:marina.croquette-krokar@phenix.ch))

**15123 OVERIJSE** - A céder et à enlever cabine audiométrie (en T.B.E.), dimensions : 208 x 100 x 100 + tablette 78 x 95 x 45 ainsi que fauteuil électrique (en B.E.). Tél soir : 0475/66 76 78

**15122** - Dame pensionnée recherche poste secrétaire médicale dans la région du Brabant wallon ou région namuroise. Tél. 081/312281 ou 0472/913149.

**15121 HAINAUT** - Les Centres Hospitaliers Jolimont recrutent des médecins. Pour site de Jolimont : Gériatrie, Dermatologie, Oncologie, ORL, Rhumatologie. Pour site de Lobbes : Soins d'urgence. Lettre de motivation et CV au Dr Ravoet, Directeur médical, [christophe.ravoet@jolimont.be](mailto:christophe.ravoet@jolimont.be) (ou Centres Hospitaliers Jolimont, rue Ferrer 159, 7100 Haine Saint Paul).

**15119 CHIMAY** - Centre Santé des Fagnes recrute un médecin en chef H/F avec expérience en établissement de soins. Info : M. Jean-Paul LEVANT, Dir. gén. 00-32.60.218.494 ou 218.493) ou par courriel [jp.levant@csf.be](mailto:jp.levant@csf.be). Candidature pour le 30/09/2015 : M. Jean-Paul LEVANT, Centre de Santé des Fagnes, Bd Louise 18 à 6460 CHIMAY. Site internet : [www.csf.be](http://www.csf.be).

**15117** - CHU Brugmann recrute

- un cardiologue H/F 11/11e pour cardiologie non invasive. Candidature avec réf. A 23/15 pour le 07/9/15

- un psychiatre spécialiste en psychiatrie « adultes » H/F 11/11e. Candidature avec réf. A 20/15 pour le 31.10.15.

- un médecin spécialiste au département de médecine interne H/F 11/11e Candidature avec réf. A24/15 pour le 18/09/15.

- 4 gynécologues-obstétriciens H/F 11/11e. Candidature avec réf. A 25/15 pour le 18/09/15.

Info: <http://www.chu-brugmann.be>. Candidature : [gestionmedecins@chu-brugmanne.be](mailto:gestionmedecins@chu-brugmanne.be) à l'att. du Dr. Florence HUT, Dir. Gén. Méd. ou CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles.

**15116 SOIGNIES** - Le CHR Haute Senne recrute des médecins neurologues, psychiatres, urologues, pédiatres et médecin physique. Candidature et CV : Dr Brice PAYEN, Directeur Médical, 067/348998 - 067/348789 ; [brice.payen@chrhautesenne.be](mailto:brice.payen@chrhautesenne.be).

**15114 1150 BRUXELLES** - Centre médical recherche médecins spécialistes pour compléter l'équipe existante. Info : Mme Van Naemen au 0473/240.992 ou le secretariat 02/772.16.24.

**15111 NAMUR** - A remettre : clientèle de psychiatrie générale existant depuis 40 ans. Possibilité de louer le bureau aménagé avec salle d'attente et secrétariat. Bonne situation. Conditions et renseignements : [pauljonard@yahoo.fr](mailto:pauljonard@yahoo.fr). Tél : 0479/73.30.01.

## Table des matières

• <b>Analyse du cadastre des médecins</b> .....	<b>1</b>
• <b>Cadastre manquant, cadastre tabou ? – tribune du Prof. Dr R. Detry</b> .....	<b>3</b>
• <b>Avis de l'Union professionnelle de Soins intensifs sur le cadastre</b> .....	<b>5</b>
• <b>Loi portant des dispositions diverses en matière de santé : transparence financière</b> .....	<b>7</b>
• <b>Dérogation des conditions d'agrément pour les TIM et les TLM</b> .....	<b>8</b>
• <b>Interdiction suppl. d'honoraires chambres à 2 lits ou salles communes en hôp. de jour</b> .....	<b>8</b>
• <b>Article Concordia : la protection juridique</b> .....	<b>9</b>
• <b>Nouvelles règles interprétatives</b> .....	<b>11</b>
• <b>Modification des règles interprétatives</b> .....	<b>11</b>
• <b>Réunion de consensus: médicaments hypertension artérielle 05.11.2015</b> .....	<b>11</b>
• <b>Annonces</b> .....	<b>12</b>