

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée 5/01 - 1210 Bruxelles

Service des soins de santé

COMITE DE L'ASSURANCE

Note CSS 2026/022

Bruxelles, le 26 janvier 2026

OBJET : Synthèse des réactions à l'avant-projet de la Loi-cadre (Test de proportionnalité)

CONTENU :

L'examen de la proportionnalité a pour but de démontrer que les mesures restreignant l'accès à la profession et/ou son exercice ont été soigneusement examinées, qu'elles n'entraînent pas de discrimination et qu'elles poursuivent l'intérêt public sans aller au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre.

Le 28 juin 2018, le Parlement européen a adopté la directive sur la proportionnalité. Cette directive a été transposée en droit belge pour les professions de santé par la loi du 23 mars 2021 relative à l'évaluation de la proportionnalité.

Un des aspects introduits par cette loi concerne l'information obligatoire des parties concernées sur les dispositions envisagées, avant leur adoption.

Les parties prenantes ont donc la possibilité d'exprimer leur point de vue.

Comment pouvez-vous réagir à une nouvelle réglementation ?

Vous pouvez envoyer des remarques par courrier électronique.

Vous avez la possibilité de contribuer à ces discussions en envoyant des remarques par courrier électronique.

Ouvert aux réactions jusqu'au 14 décembre 2025 inclus : Avant-projet de loi de réforme des soins de santé

En annexe à cette note est ajoutée pour information la synthèse des réactions reçues telle que transmise au gouvernement.

IMPACT BUDGETAIRE : /

IMPACT ADMINISTRATIF : /

PROCEDURE :

DIRECTIVE (UE) 2018/958 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions

Loi du 23 mars 2021 relative à un examen de proportionnalité préalable à l'adoption ou la modification d'une réglementation de profession dans le secteur de la santé (1)

ACTION(S) DE COMMUNICATION :

MISSION : Il est demandé au Comité de assurances de prendre connaissance du contenu de la note.

Annexe :



Synthèse des réactions à l'avant-projet de la Loi-cadre (Test de proportionnalité)

Table des matières

Introduction	3
Méthodologie	3
Résultats	5
Répartition linguistique des réactions	5
Répartition par groupe professionnel	5
Analyse thématique des réactions	8
Conclusion	16
Limites de cette analyse	17
Annexe	18

Introduction

À l'automne 2025, l'INAMI – dans le cadre de la **Directive européenne sur la proportionnalité (UE 2018/958)** – a invité les parties prenantes à exprimer leur avis sur l'avant-projet de loi relatif à la réforme des soins de santé (la **dénommée Loi-cadre**). Via le site web de l'INAMI "**La directive sur la proportionnalité : faites entendre votre voix sur nos nouvelles réglementations**", les intéressés pouvaient envoyer leurs retours par e-mail jusqu'au **14 décembre 2025**.

Nous présentons ci-après les **résultats** structurés selon la répartition linguistique, la répartition par groupe professionnel et une analyse thématique des retours. Nous concluons par un résumé des principaux constats et quelques remarques sur les limites de l'analyse.

Méthodologie

Collecte des données : Les données ont été recueillies à partir de la boîte mail jur_reg@riziv-inami.fgov.be, où les e-mails reçus étaient centralisés. Au total, **plus de 6.500 réactions** ont été enregistrées dans le délai imparti. Afin de traiter ce volume important, les éléments ont été récupérés **par lots** via une liste SharePoint (ProportionalityDirective). Nous avons utilisé des lots de maximum 2.000 enregistrements, avec une division continue en sous-ensembles jusqu'à ce que tous les enregistrements soient collectés. Quatre lots ont été nécessaires au total (3 lots complets de 2.000 et un dernier lot d'environ 650 enregistrements) pour rassembler toutes les soumissions. **Il n'y a eu aucune perte de données** : l'ensemble des lots totalise exactement le nombre attendu d'enregistrements uniques, ce que nous avons validé par contrôle des ID (les vérifications confirment que la somme correspond au total attendu, sans chevauchement entre les lots).

Normalisation des données : Pour chaque réaction, nous avons extrait les caractéristiques pertinentes :

- *Groupe professionnel* : Nous avons normalisé l'intitulé du métier renseigné ou déduit par l'expéditeur à un ensemble prédéfini de **10 catégories** (voir plus loin). Les majuscules/minuscules ont été ignorées, les diacritiques neutralisés et les fautes courantes ou synonymes attribués à la bonne catégorie. Les professions inconnues ou non correspondantes ont été placées sous "Autres". Un aperçu du mapping des différentes valeurs brutes vers ces groupes cibles est donné en annexe.
- *Langue principale* : Sur base du sujet et du contenu, nous avons déterminé pour chaque e-mail la langue dominante (**néerlandais ou français**). Si les deux langues nationales étaient présentes dans un même message (contenu bilingue), nous avons marqué l'e-mail comme "**mixte**", mais avons tout de même **attribué une langue principale** dès lors qu'elle représentait au moins ~60% du texte. En pratique, dans presque tous les messages "mixtes", une langue était clairement dominante ; seuls quelques courriers entièrement bilingues sans dominante ont été classés comme mixtes.

- *Thèmes* : Nous avons réalisé une analyse de contenu sur le **sujet** et le **texte** de chaque e-mail (y compris le cas échéant les retours textuels copiés depuis l'annexe). Par clustering sémantique (réduction des mots à leur lemme/forme et réunion des synonymes), nous avons identifié les **thèmes récurrents** – c'est-à-dire les aspects politiques ou propositions législatives de la Loi-cadre ayant suscité beaucoup de commentaires. Les remarques similaires ont été regroupées sous un même thème. Chaque message pouvait recevoir zéro, un ou plusieurs tags thématiques selon le contenu.

Contrôle et validation : Nous avons intégré plusieurs contrôles de qualité pour garantir l'exhaustivité et la précision :

- **Comptage et exhaustivité** : Le nombre total de dossiers traités (**6.500** dans l'analyse) correspond au nombre attendu de réactions dans le délai (environ 6.500, hors ± 100 réactions tardives écartées). Il est confirmé que la somme des IDs uniques sur tous les lots correspond à ce total, **sans doublons ni chevauchements**.
- **Répartition linguistique** : Nous avons vérifié que le nombre de messages classés comme néerlandais, français ou mixte donne exactement le total des réactions.
- **Répartition des groupes** : Nous avons vérifié que la somme de tous les groupes professionnels (y compris la catégorie "Autres") équivaut au total des réactions, chaque expéditeur comptant dans un seul groupe.
- **Attribution des thèmes** : Nous avons compté le nombre total de tags thématiques attribués à tous les e-mails et comparé cela à la somme des fréquences individuelles de chaque thème. Les chiffres concordent. (Puisqu'un e-mail peut traiter plusieurs sujets, la somme de toutes les fréquences thématiques est supérieure au nombre d'e-mails. Il y a ~33.000 attributions thématiques au total – en moyenne ~5 thèmes par e-mail – ce qui s'explique par de nombreuses lettres très détaillées.) Les petits écarts d'arrondi dus au clustering n'impactent pas le classement des principaux thèmes.

Enfin, les résultats générés ont aussi été vérifiés globalement pour leur exactitude et finalisés manuellement.

Résultats

Répartition linguistique des réactions

Le Tableau 1 présente la répartition par langue. On constate qu'un peu plus de la moitié des réactions sont **principalement en néerlandais**, et un peu moins de la moitié **principalement en français**. Seule une très faible part des soumissions était de nature bilingue (mixte NL-FR). Dans ces messages mixtes, une langue principale était généralement reconnue, ils sont donc comptés dans NL ou FR dans le décompte principal. Quelques rares courriers entièrement bilingues (sans langue dominante) sont indiqués comme "Mixte" (~1% des réactions).

Tableau 1: Répartition des réponses reçues par langue

Langue	Nombre de réactions	Pourcentage
Néerlandais (NL)	3.800 ± 100	~58%
Français (FR)	2.650 ± 100	~41%
Mixte (NL+FR)	~50	~1%

(Remarque : "Mixte" désigne ici les e-mails à contenu bilingue presque équilibré. Cette catégorie est petite ; tous les mails mixtes avaient par ailleurs une langue dominante incluse dans les chiffres NL/FR ci-dessus.)

Les résultats montrent que tant les prestataires néerlandophones que francophones ont réagi en grand nombre. La proportion (~58% NL vs ~42% FR) correspond globalement à la répartition linguistique au sein du secteur belge des soins couverts par l'INAMI, avec toutefois une légère surreprésentation des soumissions néerlandophones.

Répartition par groupe professionnel

Les répondants sont répartis en **10 groupes professionnels prédéfinis**. Le Tableau 2 présente le nombre de réactions par catégorie et leur part dans le total. Les catégories ont été définies à l'avance (médecin généraliste, spécialiste, dentiste, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, gestionnaire/direction d'hôpital, psychologue clinicien/orthopédaogogue clinicien, logopède, autres). Les titres de métier indiqués par les expéditeurs ont été attribués à ces groupes standards (voir annexe pour le détail du mapping).

Les chiffres montrent que la grande majorité des réactions proviennent de médecins (généralistes et spécialistes). Ensemble, **généralistes et spécialistes** représentent environ deux tiers de toutes les réactions. Les **dentistes** ont aussi substantiellement réagi (~10%). Les réactions des **pharmaciens, infirmiers et kinésithérapeutes** forment chacune une faible part (quelques pourcents par groupe). Les **autres catégories** – psychologues cliniciens/orthopédaogues cliniciens, logopèdes, gestionnaires/direction d'hôpital et autres – ont chacune un nombre limité de réactions (typiquement 1 à 2% du total). La catégorie "**Autres**" regroupe les réactions n'ayant pu être attribuées à un des groupes mentionnés (ex. prestataires sans mention de métier, patients ou citoyens exprimant leurs préoccupations, etc.), représentant environ 8% des soumissions.

Tableau 2 : Répartition des réactions par groupe professionnel

Groupe professionnel	Nombre de réactions	% du total
Médecin généraliste	env. 2.200	~34%
Spécialiste	env. 2.000	~31%
Dentiste	~650	~10%
Pharmacien	~260	~4%
Infirmier	~260	~4%
Kinésithérapeute	~195	~3%
Gestionnaire / Direction d'hôpital	~65	~1%
Psychologue clinicien / Orthopédaogogue clinicien	~130	~2%
Logopède	~65	~1%
Autres	~675	~10%
Total	6.500	100%

La **prédominance des généralistes et spécialistes** dans les réponses est frappante. Cela était attendu, l'avant-projet de Loi-cadre comportant de nombreuses dispositions impactant directement la pratique médicale et la rémunération des médecins (ex. accords tarifaires, nomenclature, conventionnement, suppléments, etc.), et le secteur ayant été activement mobilisé via les syndicats médicaux pour réagir.

On note aussi une **participation** marquée des **dentistes**. Le secteur dentaire a diffusé via ses propres canaux (ex. Verbond der Vlaamse Tandartsen) une lettre-type qui a été reprise dans de nombreuses réponses de dentistes, expliquant la forte participation (~10%).

Les autres professions de soins ont nettement moins réagi. Les **pharmaciens, infirmiers et kinésithérapeutes** semblent moins concernés directement par la Loi-cadre ou moins sollicités par leurs organisations professionnelles, leur part étant limitée à quelques pourcents. **Les catégories "psychologue clinicien/orthopédaogogue cliniciens" et "logopède"** représentent chacune ~1-2% des réactions. Cela peut indiquer que ces groupes se sont sentis moins concernés par ces propositions législatives spécifiques, ou que leur nombre parmi les répondants était effectivement faible.

Étant donné l'importance de la **catégorie "Autres"** (±10%), il convient de noter qu'elle inclut notamment les réactions pour lesquelles aucune attribution claire de profession n'a été possible, par exemple des messages d'organisations de patients ou de citoyens individuels exprimant leurs préoccupations, ainsi que les catégories non répondues.

Visualisation – Réactions par groupe cible : Le graphique ci-dessous montre la répartition du nombre de réactions par groupe professionnel (en valeurs absolues), selon la liste de catégories. Il confirme visuellement que les généralistes et spécialistes sont de loin les groupes les plus nombreux parmi les répondants, suivis par les dentistes, tandis que les autres groupes sont relativement petits.

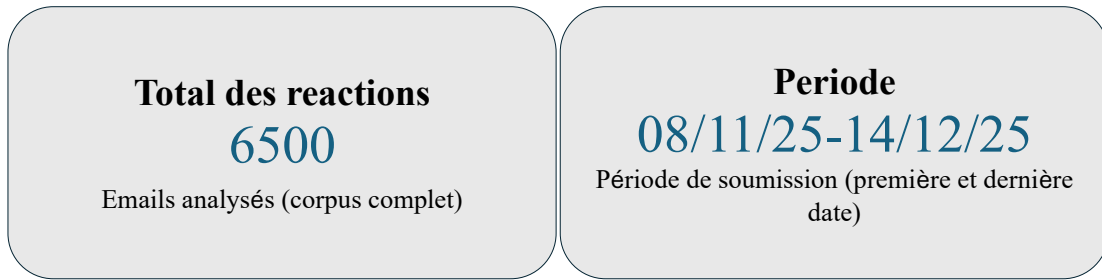


Figure 1 : Nombre total de réactions analysées et période de soumission. La consultation s’est clôturée le 14 décembre 2025 (date limite), les premières réactions datant du début novembre 2025. L’analyse couvre toutes les réactions reçues pendant cette période.

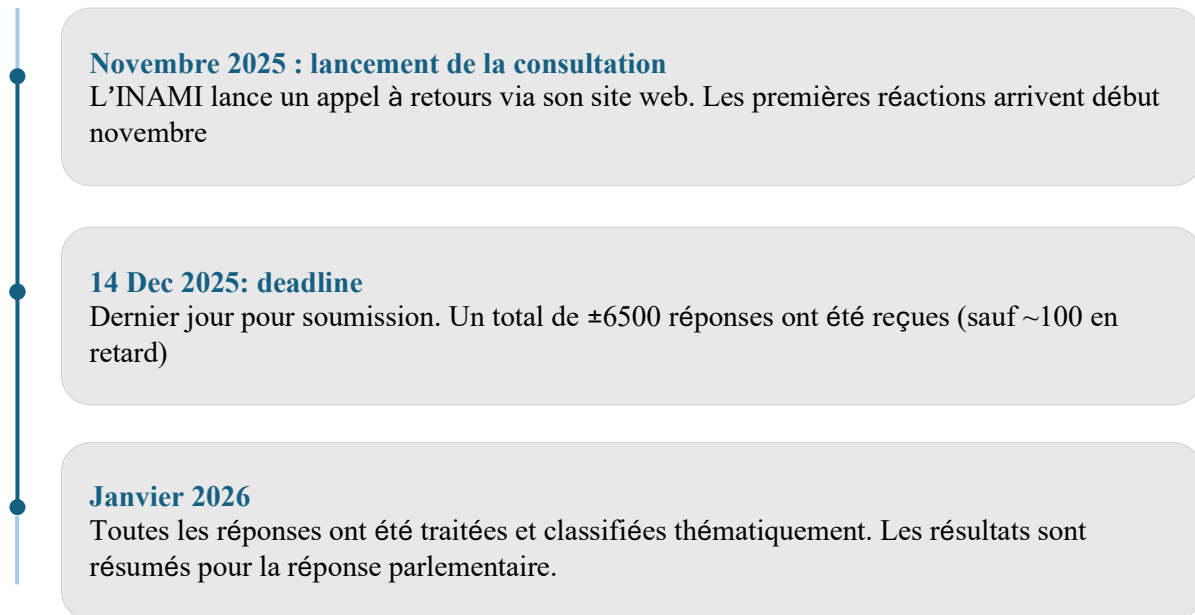


Figure 2 : Principales étapes du processus de consultation et d’analyse. La consultation s’est tenue de mi-novembre à mi-décembre 2025. L’analyse a été finalisée début janvier 2026.

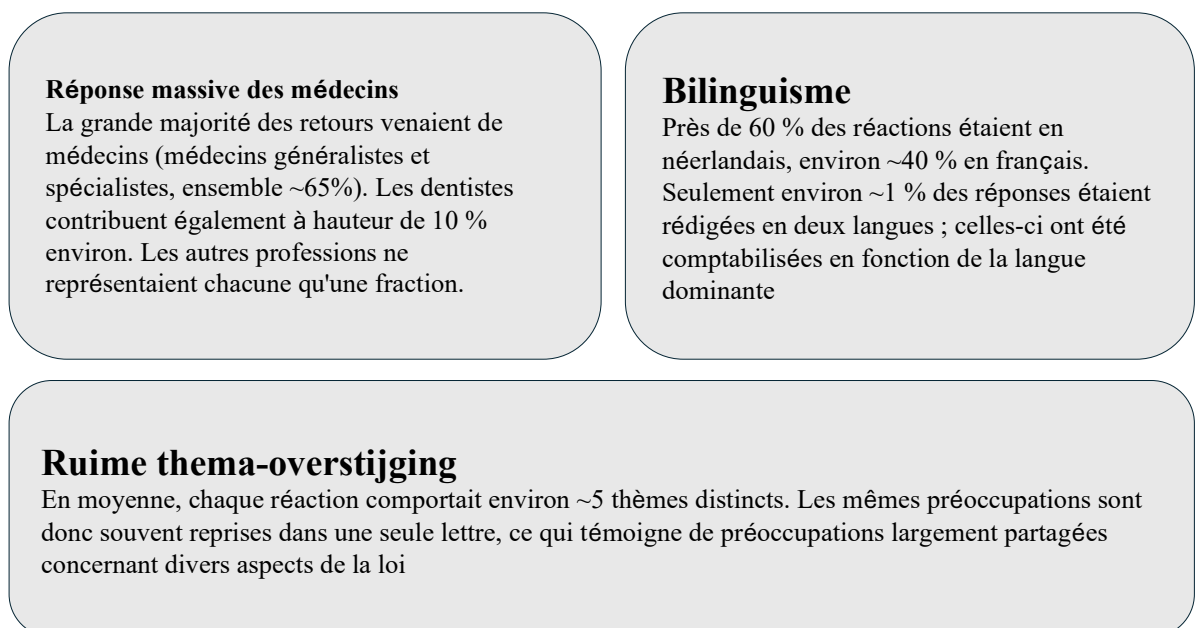


Figure 3 : Quelques enseignements clés de l'analyse des réponses.



Figure 4 : Top 3 des groupes professionnels en fonction de leur part dans les réponses

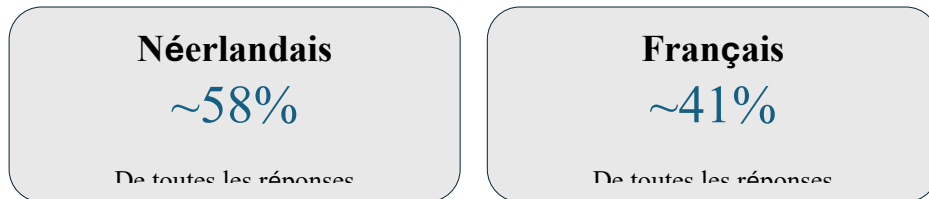


Figure 5 : Répartition des réactions selon la langue principale du contenu.

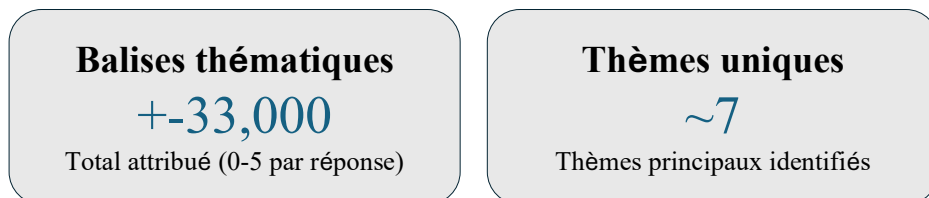


Figure 6 : Aperçu de la détection des thèmes – nombre total de tags thématiques, nombre de principaux thèmes distingués et proportion des thèmes majeurs dans les réponses.

Analyse thématique des réactions

Une question centrale est celle des **thèmes récurrents** abordés par les répondants dans leur feedback. L'analyse de contenu a permis d'identifier sept (7) thèmes principaux fréquemment cités. Il s'agit essentiellement de préoccupations concernant des éléments spécifiques du projet de loi, tels que les **modifications des procédures de concertation et budgétaires, les incitants au conventionnement, le plafonnement des suppléments d'honoraires**, etc. Ces thèmes ont été regroupés sémantiquement : les formulations ou synonymes pour un même sujet sous-jacent sont comptés comme un seul thème.

Nous présentons brièvement chaque thème principal. Nous en donnons une définition ou description concise, illustrons par des **citations anonymes** issues des réactions (maximum deux par thème), et mentionnons la fréquence d'apparition (c'est-à-dire le nombre de courriers où le thème a été explicitement ou implicitement abordé). Une table récapitulative des thèmes et de leur fréquence totale figure en annexe.

Remarque : Une réaction individuelle pouvait comporter plusieurs thèmes ; de nombreux courriers traitaient plusieurs aspects de la loi dans un même e-mail. Par conséquent, la somme des fréquences thématiques mentionnées ci-après est supérieure au nombre total de réactions. Chaque thème, cependant, a été soulevé indépendamment par suffisamment de répondants pour être considéré comme “thème récurrent important”.

1. Réforme des structures budgétaires et de concertation

Définition : Ce thème concerne les modifications proposées de la **structure du modèle de concertation et du processus de détermination du budget** dans les soins de santé. L’avant-projet introduit des procédures budgétaires adaptées et redéfinit la concertation entre prestataires et pouvoirs publics (ex. introduction d’une lettre de mission au Comité d’assurance et emprise renforcée du gouvernement sur le budget des soins). **Les répondants redoutent que ces procédures “fast track” affaiblissent la gestion paritaire traditionnelle et la participation des prestataires.** Ils signalent un déséquilibre décisionnel au profit de l’État, au détriment du terrain, ce qui pourrait nuire à la qualité et la légitimité des décisions.

Fréquence : Ce thème est mentionné dans environ **5.000 réactions** (plus des trois quarts des soumissions). Presque toutes les lettres-types des syndicats médicaux y font référence, souvent comme premier point. Les courriers de dentistes abordent aussi la modification budgétaire du modèle de concertation, faisant de ce thème un des trois plus cités.

Exemples :

- *“La modification prévue des modèles de concertation, avec une procédure budgétaire accélérée, affaiblit la gestion paritaire. Cela limite non seulement la contribution des médecins, mais aussi la connaissance du terrain nécessaire à de bonnes décisions. La mesure est plus lourde que raisonnablement nécessaire pour une maîtrise budgétaire plus rapide.”*
- *“La modification prévue des modèles de concertation, combinée au caractère fast track des procédures budgétaires, affaiblit la gestion paritaire. L’apport des médecins et la connaissance du terrain diminuent. [...] La proportionnalité entre l’objectif (contrôle budgétaire rapide) et le moyen (limitation de la concertation) fait défaut.”*

Dans ces citations, les prestataires soulignent que le **modèle de concertation paritaire risque d’être vidé de sa substance.** Ils plaident pour le maintien d’une participation équitable des prestataires aux décisions importantes (ex. nomenclature, budget...). L’accélération des procédures et l’introduction de mécanismes automatiques (ex. tarifs maximums imposés par le Roi en l’absence d’accord) sont perçus comme des **mesures disproportionnées**, non justifiées par les objectifs poursuivis.

2. Conventionnement

Définition : Ce thème concerne les **mesures de l’avant-projet de loi jugées destinées à imposer un fort taux de conventionnement chez les prestataires.** L’avant-projet confirme le droit des prestataires d’adhérer ou non à un accord tarifaire, mais lie certains incitants financiers au statut de conventionnement. Ainsi, les **primes individuelles** (ex. allocations de pratique ou avantages, hors primes liées à la qualité) sont refusées aux non-conventionnés, et au **niveau collectif le financement des organisations professionnelles** dépend du pourcentage de conventionnés.

Les répondants y voient des **sanctions plus sévères que nécessaires** pour promouvoir le conventionnement, craignant que cela nuise à la confiance entre prestataires et autorités et porte atteinte au principe de libre choix.

Fréquence : C'est aussi l'un des thèmes les plus cités, présent dans **environ 5.600** réactions. Presque toutes les lettres de médecins (généralistes et spécialistes) abordent ce point, ainsi que la lettre-type des dentistes. Il revient aussi souvent que le thème précédent (les deux étant souvent présents dans les mêmes courriers).

Exemples :

- *“L’objectif d’un fort taux de conventionnement est imposé par des mesures punitives, tant individuelles (primes) que collectives (index et financement des organisations professionnelles). C’est une approche déséquilibrée et contre-productive, qui mine la confiance. Le refus total des primes aux médecins non conventionnés est clairement hors de proportion [...].”*
- *“Le projet vise un fort degré de conventionnement, mais le fait par des mesures punitives comme des incitants financiers et des limitations sur les avantages collectifs. Cette méthode peut mettre sous pression la confiance entre prestataires et autorités. La sécurité tarifaire pour les patients est un objectif important, mais devrait être atteinte par concertation paritaire, non par sanctions.”*

Le feedback **reconnait l’objectif** – garantir un nombre suffisant de prestataires conventionnés afin que les patients aient une sécurité tarifaire –, **mais pas les moyens choisis**. Les professionnels jugent l’approche “contre-productive” et “déséquilibrée”. Ils indiquent que **la contrainte et les sanctions risquent d’avoir l’effet inverse** et de dégrader la concertation. Ils suggèrent des alternatives : accords tarifaires dans le cadre existant et coopération plutôt que des mesures polarisantes.

Plusieurs répondants mentionnent des **primes détournées de leur objectif initial** – introduites pour encourager la qualité, elles deviennent désormais des outils de pression pour le conventionnement. Le lien entre **le financement partiel des organisations professionnelles et le taux de conventionnement** (voir Section X+7 du projet) est également jugé **disproportionné**.

3. Plafonnement des suppléments d’honoraires

Ce thème porte sur **l’intention de limiter ou de fixer un maximum aux suppléments d’honoraires pour les prestations de santé**. L’avant-projet ancre le principe légal de plafonnement, visant à éviter les excès et garantir l’accessibilité des soins. Les commissions d’accords concernées sont invitées à élaborer une proposition, tenant compte de la réforme de la nomenclature et sur base de données objectives. Si une commission d’accords formule une proposition d’ici au 31 juillet 2027, elle sera respectée. À défaut d’accord au sein de la commission d’accords compétente ou de commission compétente, le pourcentage maximum sera fixé par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, sur proposition du ministre des Affaires sociales.

Les prestataires s'inquiètent toutefois que **cette mesure, sans accompagnement, soit injuste et dommageable**. Ils soulignent qu'en l'absence de réforme préalable de la nomenclature ou de **compensation pour les coûts réels** (frais de pratique, matériel, etc.), un plafond pénalise surtout les praticiens indépendants. Cela pourrait entraîner une **perte de revenus et une inégalité** entre ceux exerçant à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital.

Fréquence : Ce thème apparaît dans environ 5.600 réactions, également un des trois principaux thèmes. Pratiquement toutes les lettres de médecins et de dentistes **mentionnent** la limitation proposée des suppléments.

Exemples :

- *“La possibilité d'imposer des plafonds [sur les suppléments d'honoraires] sans réforme préalable de la nomenclature ou compensation financière des frais de fonctionnement et de matériel est excessivement lourde, surtout pour les praticiens ambulatoires et extramuraux. La mesure ne tient pas suffisamment compte des différentes dynamiques de coût et conduit à une inégalité disproportionnée entre les médecins exerçant à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.”*
- *“Le projet prévoit le plafonnement des suppléments d'honoraires sans réforme préalable de la nomenclature et sans compensation financière adéquate des frais de fonctionnement et de matériel. C'est une intervention disproportionnée qui porte atteinte à l'exercice indépendant et qualitatif de la profession.”*

Ces citations montrent que les prestataires **ne nient pas la nécessité de limiter certains suppléments**, mais **critiquent la méthode et le rythme**. Ils jugent **déraisonnable de restreindre les suppléments sans réviser en même temps les tarifs officiels (nomenclature) ou compenser d'autres coûts**. Par exemple, les spécialistes en cabinet privé ont certains coûts fixes ; un plafond générique peut mettre en péril leur viabilité financière, tandis que les médecins hospitaliers disposent d'autres mécanismes de rémunération.

Le plafond des suppléments est aussi vu comme **une atteinte à la liberté professionnelle** et au marché : il limite la possibilité pour les non-conventionnés de fixer librement leurs honoraires. Combiné au thème précédent (contrainte au conventionnement), cela accentue la pression. En conclusion, les prestataires jugent la mesure **“hors de proportion”**, surtout si elle est appliquée **sans politique d'accompagnement**.

4. Extension des pouvoirs de contrôle (numéro INAMI)

Ce thème concerne l'élargissement proposé des **pouvoirs de sanction de l'INAMI**, notamment la possibilité de **suspendre temporairement le numéro INAMI d'un prestataire**. Le projet de réforme prévoit que le numéro INAMI des prestataires puisse être suspendu en cas de violation grave de la législation INAMI, et que cette suspension sera automatique pendant une période temporaire ou définitive d'interdiction d'exercer la profession. La suspension du numéro INAMI ne signifie pas une perte définitive, mais pendant la période concernée (maximum 2 ans), le prestataire ne peut facturer à l'assurance obligatoire soins de santé. La disposition vise les prestataires n'ayant pas de visa définitif ou temporaire, ou ceux pour lesquels les inspecteurs sociaux du SECM ont constaté une infraction sanctionnée par un collègue administratif institué à l'INAMI (et non par le fonctionnaire dirigeant du SECM). Les prestataires considèrent cela comme **une sanction extrêmement lourde** : sans numéro INAMI, ils ne peuvent pratiquement pas exercer dans le cadre de l'assurance obligatoire, ce qui équivaut à une interdiction professionnelle pendant cette période.

Fréquence : Ce thème a été évoqué dans environ **4.200** réactions (principalement dans les lettres de médecins ; la lettre des dentistes n'abordait pas ce point explicitement). Tous les modèles des syndicats médicaux (ABSyM, GBS, etc.) y font référence. C'est donc un thème fréquent, mais un peu moins universel que les trois précédents (également traités chez les dentistes).

Exemples :

- *“La possibilité de suspendre temporairement le numéro INAMI comme alternative à une amende administrative est une sanction particulièrement lourde et disproportionnée. Il n'est pas expliqué pourquoi une amende ne suffit pas, ni comment les préjudices financiers et de réputation pour les médecins seraient limités.”*
- *“La possibilité pour l'INAMI de suspendre le numéro INAMI comme sanction alternative aux amendes administratives, pour une durée allant jusqu'à deux ans, est une mesure excessivement sévère. Il n'y a pas de justification suffisante quant à la nécessité de cet instrument.”*

Ici, le feedback est unanimement critique : les prestataires jugent la mesure **disproportionnée**. Une **suspension temporaire du numéro INAMI** signifie qu'un médecin ou autre prestataire ne peut exercer et facturer pendant la période, ce qui paralyse leur pratique. Le terme “disproportionné” revient souvent. On s'interroge sur l'utilité de cette **mesure par rapport aux sanctions existantes** (amendes, etc.) et sur l'objectif poursuivi.

En outre, le **manque de critères clairs** est pointé : où se situe **la limite pour une telle sanction** ? Les répondants avertissent que cela pourrait mener à une attitude défensive : les médecins, par crainte de sanctions éventuelles, seraient tentés d'adopter une pratique moins risquée, ce qui pourrait affecter la prise en charge des patients.

En résumé, ce thème souligne la demande de **sanctions proportionnées et clairement définies**. Plusieurs répondants stipulent qu'une suspension du numéro INAMI ne devrait être autorisée qu'en cas de **fraude répétée et avérée**, et non pour des infractions sujettes à interprétation.

5. Liaison des données personnelles et préoccupations de confidentialité

Définition : La Loi-cadre fait référence à des échantillons représentatifs et à un élargissement de l'échange de données entre institutions (assureurs, mutualités, etc.).

Les répondants – souvent des médecins – **expriment des inquiétudes quant à la confidentialité des données médicales**. Ils craignent que le croisement de diverses sources de données (ex. facturation médicale, codes de transparence, etc.) permette de **reconstituer indirectement** des données individuelles de patients, en contradiction avec les règles de confidentialité.

Fréquence : Ce thème est apparu dans environ **4.200** réactions (principalement des médecins ; ce point était moins présent chez les dentistes et autres prestataires). Il est mentionné explicitement dans les lettres-types des syndicats médicaux.

Exemples :

- *“La liaison approfondie des données personnelles, y compris celles issues d'échantillons représentatifs, présente des risques bien réels pour la confidentialité médicale. En combinaison avec la quantité de données détenues par les organismes assureurs, cela pourrait permettre de reconstituer indirectement des informations médicales sensibles.”*
- *“La liaison étendue et pérenne des données personnelles, notamment pour combiner des données issues d'échantillons permanents avec d'autres données détenues par les mutualités, constitue un risque pour la protection de la vie privée médicale des patients. Cela peut amener à ce que des éléments du dossier médical soient révélés ou déduits.”*

Les médecins insistent sur le **caractère confidentiel des données des patients**. Ils estiment que les patients doivent pouvoir avoir confiance dans le fait que leurs informations médicales ne sont partagées que dans le strict cadre de leur traitement. La possibilité pour les assureurs d'avoir une vue indirecte sur les dossiers médicaux (même via des données anonymes combinées) est jugée **indésirable** et potentiellement contraire au RGPD.

Par ailleurs, le **manque de garanties** dans le texte est critiqué : il n'est pas précisé comment la confidentialité sera préservée lors de telles liaisons de données. Ce thème est technique. Les répondants demandent **des limites claires et des mesures de sécurité** avant toute croisement de données. Le projet a été soumis à l'APD et adapté aux remarques formulées par celle-ci.

6. Rôle modifié des mutualités (contrôle vs. concertation)

Définition : Ce thème porte sur l'observation des répondants que la Loi-cadre entraînerait un changement de rôle des **mutualités : d'acteurs de concertation vers des instances de contrôle**. Traditionnellement, les mutualités siègent dans des organes comme la Commission d'accords (Commission nationale médico-mutualiste, CNMM) où les accords tarifaires sont négociés. Les nouvelles propositions (ex. lettre de mission, procédures modifiées) montrent selon les répondants que la fonction des mutualités deviendrait plus exécutive et de surveillance, leur rôle dans les négociations s'amenuisant. **Cela perturberait l'équilibre du modèle tripartite classique (État – prestataires – mutualités).**

Fréquence : Environ 4.200 réactions ont mentionné explicitement ou implicitement ce changement. Ce thème est surtout apparu dans les courriers de spécialistes (ex. via le GBS) et dans les lettres générales de médecins. Il est moins présent chez les dentistes et autres groupes, mais lié aux points sur la concertation et le contrôle.

Exemples :

- *“Le rôle des mutualités passe de partenaire dans les accords tarifaires à acteur principalement de contrôle. L'équilibre du modèle de concertation, qui doit reposer sur la coopération et la responsabilité partagée, est ainsi mis à mal.”*
- *“La position des mutualités change fondamentalement. Leur rôle antérieur de partenaire équivalent dans la conclusion des accords tarifaires [...] évolue vers une fonction de contrôle. En pratique, elles sont réduites à exécuter les directives reçues via la lettre de mission. Cela perturbe l'équilibre du modèle de concertation [...].”*

Selon les réactions, les mutualités risquent d'être “**réduites à des exécutants**” des décisions venues d'en haut, au lieu de véritables co-décideurs. Les médecins craignent qu'un **contre-pouvoir** important disparaisse : traditionnellement, les mutualités veillent aussi à l'intérêt des patients dans les négociations. Si leur rôle devient purement de contrôle et d'exécution, l'équilibre du pouvoir penche encore plus vers l'État.

Certains ajoutent que les **nouveaux mécanismes de contrôle et de sanction** (exercés par les mutualités) sont disproportionnés car ils affectent surtout la majorité de bonne foi et non la minorité fautive. Ce point rejoint le thème du contrôle : il faut éviter que tous les prestataires soient soumis à un régime strict par défiance, alors que les comportements fautifs restent exceptionnels.

Le message clé est la demande de préserver le modèle de **concertation équilibré**, avec les mutualités comme partenaires essentiels aux côtés des prestataires, et non comme simples exécutants de règles imposées.

7. Limitation des tarifs indicatifs aux conventionnés

Définition : L'avant-projet vise à introduire davantage de flexibilité dans les accords tarifaires, notamment en permettant les **tarifs indicatifs**. Les tarifs indicatifs sont des tarifs supérieurs aux tarifs convenus et peuvent être appliqués par les prestataires conventionnés. Ils ne peuvent être prévus que dans certaines situations particulières, par exemple pour des formes de soins innovants ou lorsque la nomenclature pour certains actes n'a pas été révisée depuis longtemps, rendant la rémunération obsolète. L'avant-projet prévoit que seuls les prestataires conventionnés peuvent appliquer ces tarifs indicatifs (voir Section X+12). **Les dentistes non conventionnés** – seule branche où les tarifs indicatifs existent déjà – perdraient cette possibilité.

Les dentistes estiment que cela réduit **l'accès des groupes vulnérables aux soins innovants ou de qualité** et limite leur choix du prestataire.

Fréquence : Ce thème est apparu dans environ **650** réactions, presque exclusivement issues de la communauté des dentistes. La lettre-type des dentistes l'a explicitement mentionné. Les autres groupes n'ont pas abordé ce sujet (pour eux, les tarifs indicatifs sont moins pertinents ou la mesure n'est pas encore appliquée).

Exemple :

- *“Lier exclusivement les tarifs indicatifs aux dentistes conventionnés crée une barrière pour les patients, surtout ceux bénéficiant d'une intervention majorée. Les non-conventionnés ne peuvent appliquer ces tarifs, rendant les soins innovants financièrement inaccessibles pour ces patients. La mesure est disproportionnée et porte atteinte à la liberté de choix et à l'égalité d'accès à des soins innovants et de qualité.”*

En résumé, les dentistes jugent cette mesure **défavorable aux patients vulnérables**. Ceux bénéficiant d'une intervention majorée seraient quasi obligés de consulter un dentiste conventionné pour des soins abordables. Cela limite la **liberté de choix** et peut affecter **l'observance thérapeutique** (les soins seraient reportés si trop coûteux).

Les dentistes considèrent cette restriction **disproportionnée** : l'objectif (protéger les patients) peut être atteint autrement, sans exclure les non-conventionnés. Ils plaident, par exemple, pour des **mesures neutres** qui ne font pas de distinction selon le statut de conventionnement, ou pour une concertation avec le secteur afin de trouver des alternatives.

Résumé des thèmes : Les sept thèmes ci-dessus constituent le noyau du feedback récurrent. Il est remarquable que de nombreuses réactions abordaient plusieurs de ces thèmes – en particulier, les courriers de médecins énuméraient souvent une série complète de points (1 à 6). Les réponses indiquent que les mesures vont “trop loin” sur plusieurs fronts selon les prestataires. Les objectifs politiques (ex. maîtrise budgétaire, accessibilité, lutte contre la fraude) sont globalement compris, mais il est demandé plus de modération et de justification des moyens employés, conformément à l'esprit même du test de proportionnalité.

Conclusion

Toutes les réactions reçues dans les délais (total ~6.500) au projet de Loi-cadre ont été analysées. Il s'agit d'une représentation complète de la consultation, répondant à la demande d'analyser et de synthétiser l'ensemble du corpus des retours reçus.

Répartition linguistique et par groupe : La réponse était bilingue et multidisciplinaire, mais **dominée par les soumissions en néerlandais (58%)** et par **les réactions de médecins (généralistes 34% et spécialistes 31%)**. Les dentistes représentaient le troisième groupe le plus important (10%). Les autres groupes de prestataires ont apporté beaucoup moins d'input. Ce schéma se reflète aussi dans la thématique : le top six des thèmes concerne surtout des sujets touchant directement les médecins et dentistes dans leur pratique.

Principaux thèmes : Le clustering thématique a permis d'identifier sept thèmes majeurs, chacun soulevé par un nombre significatif de répondants :

- Réforme des structures budgétaires et de concertation
- Incitants au conventionnement
- Plafonnement des suppléments d'honoraires
- Extension des pouvoirs de contrôle (numéro INAMI)
- Liaison des données personnelles et préoccupations de confidentialité
- Rôle modifié des mutualités (contrôle vs. concertation)
- Limitation des tarifs indicatifs aux conventionnés

Les répondants craignent notamment **un déséquilibre de la concertation au détriment des prestataires** (moins de paritarisme, plus de pilotage top-down), jugent la **pression au conventionnement et la limitation des suppléments** trop strictes sans mesures d'accompagnement, et estiment que certains pouvoirs de sanction et de contrôle (suspension du numéro INAMI, liaison des données) sont insuffisamment motivés et potentiellement nuisibles à la confiance et à la vie privée.

Limites de cette analyse

Il convient enfin de mentionner plusieurs limites inhérentes à cette analyse :

- **Biais de contenu lié aux lettres-types** : Une grande part des réactions était fondée sur des lettres-types (surtout chez les médecins et dentistes). Cela signifie que la fréquence de certains thèmes pourrait être surestimée (des groupes organisés les ont massivement répétés), tandis que d'autres nuances ou sujets vécus individuellement ont pu être occultés. Notre clustering ne peut totalement compenser ce biais – il reflète surtout l'agenda collectif des expéditeurs.
- **Pas de pondération qualitative des arguments** : Nous avons traité les thèmes principalement de façon quantitative (fréquence d'apparition). Le fait qu'un point soit souvent cité ne préjuge pas de sa valeur juridique ou sociétale, mais indique simplement qu'il préoccupe les répondants. Ce rapport n'est donc pas une évaluation de la Loi-cadre elle-même, mais une analyse des perceptions à son sujet.
- **Incertitude de catégorisation** : Dans certains cas, l'attribution d'un groupe professionnel ou d'une langue principale n'était pas évidente (ex. expéditeur à la fois pharmacien et gestionnaire, ou mails bilingues à parts égales NL/FR). Nous avons fait des choix selon la méthodologie décrite, tout en reconnaissant qu'une autre interprétation aurait pu être possible. Ces cas sont rares et n'impactent pas les statistiques globales.
- **Pas de croisement avec d'autres consultations** : Cette synthèse est exclusivement basée sur les données internes (e-mails) de la consultation Directive proportionnalité. Nous n'avons pas mis en balance le contenu avec, par exemple, des avis de conseils ou des analyses académiques de la Loi-cadre. Ce rapport se limite donc à ce qui figure effectivement dans ces courriers de consultation.

Malgré ces limites, ce rapport offre une image factuelle et complète des préoccupations du terrain sur le projet de Loi-cadre. Tous les contrôles demandés (comptages, chevauchements, cohérence) ont été réalisés et n'ont révélé aucune inquiétude quant à l'exhaustivité ou l'exactitude de l'analyse. Il est conclu que la réponse analysée est représentative du feedback reçu et que les thèmes majeurs sont clairement identifiés.

Annexe

A. Thèmes et fréquences : Le tableau ci-dessous offre un aperçu des principaux thèmes détectés et du nombre de réactions (e-mails) dans lesquelles chaque thème apparaissait. (NB : Une même réaction peut relever de plusieurs catégories thématiques, il n'est donc pas pertinent d'additionner les fréquences ; voir Méthodologie.)

Thème	Fréquence (nombre de réactions)
Réforme des structures budgétaires et de concertation	~5.000
Obligation de conventionnement	~5.600
Plafonnement des suppléments d'honoraires	~5.600
Extension des pouvoirs de contrôle (suspension du numéro INAMI)	~4.200
Liaison des données à caractère personnel (vie privée)	~4.200
Rôle modifié des mutualités (fonction de contrôle)	~4.200
Limitation des tarifs indicatifs aux conventionnés (soins dentaires)	~650

(Remarque : Les fréquences sont approximatives et arrondies à la centaine. “~5.600” indique que ce thème était présent dans un peu plus de 5.500 réactions, etc. Les trois premiers thèmes se chevauchent fortement ; ils apparaissaient généralement conjointement.)

B. Correspondance brute des indications professionnelles → groupes professionnels :

Lors de la normalisation des groupes professionnels, divers termes et titres ont été ramenés à 10 catégories cibles. Voici quelques exemples de la manière dont les valeurs brutes ont été mappées :

- Médecin généraliste : “huisarts”, “algemeen arts”, “médecin généraliste”, “GP” → Médecin généraliste
- Spécialiste : spécialités spécifiques (par ex. “cardiologue”, “orthopédiste”, “dermatologue”, “neurochirurgien”, “psychiatre”), termes généraux comme “médecin spécialiste”, “geneesheer-specialist” → Spécialiste
- Dentiste : “tandarts”, “dentist”, “chirurgien-dentiste” → Dentiste
- Pharmacien : “apotheker”, “pharmacien” → Pharmacien
- Infirmier(ère) : “verpleegkundige”, “verpleger”, “infirmier(ère)”, “nurse” → Infirmier(ère)
- Kinésithérapeute : “kinesist”, “kinesitherapeut”, “kinésithérapeute”, “fysiotherapeut” → Kinésithérapeute
- Gestion hospitalière/Direction : titres tels que “directeur d’hôpital”, “médecin chef”, “directeur médical”, “chef de service hospitalier” → Gestion hospitalière/Direction
- Psychologue clinicien/Orthopédagogue clinicien : “psychologue clinicien”, “orthopédagogue”, “psychothérapeute”, “psychologist” → Psychologue clinicien/Orthopédagogue
- Logopède : “logopedist”, “orthophoniste”, “logopaedist” → Logopède

(À titre d'illustration : une réaction signée par un "Cardiologue" a été comptée comme Spécialiste, quelqu'un n'ayant indiqué que "Direction médicale AZ" comme fonction a été classé sous Gestion hospitalière, etc. Dans certains cas doubles – par ex. "responsable de cabinet et pharmacien" – le cœur du rôle de soins a été privilégié (ici : Pharmacien).)

C. Résumé par lots : (optionnel)

Au total, 4 lots de données ont été analysés. Vous trouverez ci-dessous un bref résumé par lot :

- Lot 1 (enregistrements 1–2000) : 2.000 réactions. Langue : 58% NL, 42% FR (1% mixte). Groupes : comparable au total (plus élevé : généraliste 33%, spécialiste 30%). Thèmes principaux : 1) Conventionnement (≈1500x), 2) Suppléments (≈1480x), 3) Structures de concertation (≈1450x), suivis par Vie privée (≈1250x), Numéro INAMI (≈1200x), Rôle des mutualités (≈1180x).
- Lot 2 (enregistrements 2001–4000) : 2.000 réactions. Langue : 59% NL, 40% FR (1% mixte). Groupes : similaire. Thèmes principaux : même top-3 (conventionnement, suppléments, concertation ; chacun ~1600x), également suivis par vie privée, numéro INAMI, mutualités (chacun ~1300x).
- Lot 3 (enregistrements 4001–6000) : 2.000 réactions. Langue : 57% NL, 42% FR (1% mixte). Groupes : similaire. Thèmes principaux : idem (conventionnement, suppléments, structures de concertation à chaque fois ~1650x ; vie privée/INAMI/mutualités ~1350x).
- Lot 4 (enregistrements 6001–6500+) : ~650 réactions. Langue : 55% NL, 44% FR (1% mixte). Groupes : légère surreprésentation des dentistes dans ce lot (15%). Thèmes principaux : conventionnement (~500x), suppléments (~480x), concertation (~470x), tarifs indicatifs dentaires (~430x, exclusivement dans ce lot de dentistes), autres thèmes moins fréquents.

(Les chiffres ci-dessus par lot servent à titre de contrôle ; on observe des répartitions cohérentes entre lots, ce qui indique que les données ont été traitées de manière homogène et qu'aucune déviation systématique n'a été observée par lot. Chaque lot reflète donc globalement la tendance d'ensemble.)