

RAPPORT ANNUEL GBS 2018

Dr Jean-Luc DEMEERE

Président

LA SYMPHONIE INACHEVÉE DE MAGGIE

Bruxelles

02.02.2019

Table des matières

1	Rapport d'activités	7
1.1	Réunions internes	7
1.2	Publications.....	8
1.3	Les symposiums organisés par le GBS et ses unions professionnelles affiliées	9
1.3.1	Symposium annuel du GBS 03.02.2018 – « General Data Protection Regulation et votre activité médicale »	9
1.3.2	Me and My Hospital – 17.03.2018.....	11
1.3.3	Radioprotection – 22.09.2018	11
1.3.4	Teach the Teacher, symposium destiné aux maîtres de stage – 16.10.2018.....	12
1.3.5	La qualité de la formation de médecin spécialiste à l'occasion de la cérémonie du « Prix du Spécialiste de l'année » – 24.11.2018 -.....	13
1.3.6	« Anaesthesia: evolution with revolution – Ambulatory care » - Journée d'étude de l'APSAR – 20.01.2018.....	15
1.3.7	Symposium de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Soins intensifs – 20.02.2018.....	16
1.3.8	Symposium de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Anatomie pathologique – 26.05.2018.....	17
1.3.9	Symposium de l'Union professionnelle des médecins belges spécialistes en Pneumologie – 12.06.2018	17
2	Représentations du GBS.....	18
2.1	Représentation en Belgique	18
2.1.1	AVS : Activités de l'Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten	18
2.1.1.1	Concertation structurelle entre le cabinet du ministre Jo VANDEURZEN et les représentants des médecins.....	18
2.1.1.2	La Commission de Planification flamande.....	18
2.1.1.3	Proposition de modification de l'arrêté du 24.02.2017 du gouvernement flamand relatif à l'agrément des médecins spécialistes ou généralistes	19
2.1.1.4 MaNaMa, de 120 à 180 CP – opportunités pour le GBS et les unions professionnelles.....	20
2.1.1.5	Symposium du 04.05.2018 « Opleiding tot ziekenhuisarts - Gedeelde verantwoordelijkheid! Universitair en Niet-Universitair » - UGent.....	20
2.1.1.6	Le collège des présidents.....	22
2.1.2	Activités de l'Association des Médecins Spécialistes Francophones (AMSFr).....	23
2.1.2.1	Procédure agrément des médecins spécialistes et des généralistes	23

2.1.2.2	Examen d'entrée (communauté française) versus "numerus fixus" (communauté flamande)	24
2.1.3	Mdeon	25
2.1.4	Le Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes	26
2.2	Représentation à l'étranger	30
2.2.1	UEMS	30
2.2.1.1	FEMS et AEMH	35
2.2.1.2	CPME	36
3	Financement	36
3.1	Le GBS et l'étude sur le poids relatif de la nomenclature (Pr. Magali PIRSON-Pr. LECLERCQ)	36
3.2	Le Rapport MAHA 2018	37
3.3	Les soins à basse variabilité	39
3.3.1	Les pédiatres et les soins à basse variabilité	42
4	Politique	43
4.1	Les réseaux hospitaliers	43
4.2	Projet de loi relatif à la qualité des soins	47
4.3	Centralisation de la chirurgie de l'œsophage et du pancréas	52
5	Accord médico-mutualiste	54
5.1	Accord médico-mutualiste 2018-2019	54
5.2	Budget 2019	57
5.3	Accréditation	58
5.4	Élections médicales	60
6	Imagerie médicale	63
6.1	Protocole d'accord Imagerie médicale: « Houston, we have a touchdown or not? »	63
6.2	Directive EURATOM	64
6.3	BELMIP	65
7	Procédures juridiques	66
7.1	Jugements – Désistement d'instance	66
7.1.1	Génétique clinique	66
7.2	Actions intentées par le GBS ou ses unions professionnelles	67
7.2.1	Soins à basse variabilité	67
8	Dans les grandes lignes	68
8.1	BeCEP	68
9	Conclusion	68

1 Rapport d'activités

1.1 Réunions internes

En 2018, le comité exécutif s'est réuni à 13 reprises¹. Pendant plus de 20 ans, les réunions se sont déroulées au rythme d'une par semaine le lundi à midi mais depuis quelques d'années, leur fréquence est moindre et elles ont lieu le mardi ou le jeudi soir. Ainsi, les membres du comité exécutif peuvent plus facilement se libérer pour assister aux réunions planifiées longtemps à l'avance. Elles se déroulent dans les locaux du GBS au 20 de l'Avenue de la Couronne, 1050 Bruxelles. Il ne faut donc pas louer un local pour les réunions. Cependant, c'est toujours la croix et la bannière pour trouver une place de parking dans les environs.

À côté des membres en fonction au comité exécutif, ceux qui y ont exercé une fonction par le passé restent informés des activités et peuvent assister aux réunions. Après l'assemblée générale du 03.02.2018, le Dr Johan BOCKAERT, interniste et membre du comité exécutif entre 2011 et 2016, a définitivement décroché. Très alerte, le Pr Jacques GRUWEZ continue à suivre les activités à distance et n'hésite pas communiquer franchement son point de vue. Ce sont surtout les dossiers liés à la formation des candidats spécialistes qui retiennent son attention. Il réagit toujours très vivement à chaque fois qu'est mise à mal la parité entre l'université et la profession concernant la formation des candidats spécialistes.

Les membres du comité directeur sont régulièrement invités à assister aux réunions du comité exécutif. Le Dr Alin DEROM, biologiste clinique, est systématiquement invité chaque fois qu'on peut faire appel à ses connaissances informatiques.

En 2018, le comité directeur s'est réuni 6 fois². Pendant des années, ces réunions ont eu lieu à l'hôtel Autogrill sur le parking de l'E40 à Grand-Bigard. En raison de la fermeture nocturne de plusieurs parkings le long de l'E40 en direction de la côte, du grand nombre de camions qui se sont concentrés sur le parking à Grand-Bigard et du sentiment croissant d'insécurité qui en a résulté, les réunions se sont tenues à l'hôtel Gosset également situé à Grand-Bigard.

La tradition veut que l'assemblée générale du GBS soit précédée d'un symposium³. Cet événement annuel s'est donc clôturé avec la présentation du rapport annuel du Dr Marc MOENS, document toujours très attendu, suscitant un vif intérêt de la part de la presse spécialisée notamment. Toutefois, l'édition de cette année était très spéciale. En effet, après 28 ans, le Dr Marc Moens n'a pas renouvelé sa candidature à la fonction de secrétaire général du GBS. Le rapport annuel 2017 présenté à l'assemblée générale était donc le dernier écrit de sa main. Cet événement ne pouvait pas passer inaperçu. Afin que la surprise soit totale pour le roi de la fête, à l'initiative du Dr Jean-Luc DEMEERE, et avec la gracieuse collaboration du Journal du Médecin, quelques pointures des soins de santé ont été interviewées comme la ministre Maggie DE BLOCK, Bert WINNEN, Jo DE COCK et Pedro FACON ainsi que Geert VERRIJCKEN du Journal du Médecin : tous l'ont félicité pour son formidable engagement au sein du GBS. Le Dr Jean-Luc DEMEERE et Fanny VANDAMME ont été interviewés au nom du GBS. Ces entretiens ont été projetés juste après la dernière intervention publique officielle du Dr Marc MOENS en tant que secrétaire général du GBS.

Pendant l'assemblée générale du GBS qui suit le symposium annuel, une petite bande dessinée réalisée par un collaborateur du GBS, Koen SCHRIJE, a été projetée en arrière-plan. Depuis le cabinet de Maggie DE BLOCK, l'INAMI, le SPF Santé publique, l'ABSyM et le GBS, le Dr Marc MOENS a reçu de la part de

¹ 08.01.2018, 25.01.2018, 12.03.2018, 10.04.2018, 23.04.2018, 08.05.2018, 12.06.2018, 28.06.2018, 03.09.2018, 17.09.2018, 23.10.2018, 22.11.2018, 18.12.2018

² 11.01.2018, 22.03.2018, 31.05.2018, 12.07.2018, 27.09.2018, 15.11.2018

³ Cf. 1.2.1

Marc célèbres à savoir Marc COUCKE, Markske van de F.C. Kampioenen⁴, Mark KNOPFLER⁵, Marc SLEEN⁶ et Mark ZUCKERBERG, des suggestions pour utiliser son temps libre de manière agréable et constructive. Pendant le lunch offert aux participants de l'assemblée générale, l'auteur a aussi reçu un coffret personnalisé rassemblant tous les rapports annuels écrits de sa main depuis 1990⁷. En outre, lui a été remis un florilège des lettres écrites par toutes les unions professionnelles à l'occasion de la fin de son mandat en tant que secrétaire général.

Une époque s'achève tandis qu'une nouvelle s'annonce. Le Dr Marc BROSENS, médecin spécialiste en radiothérapie-oncologie, a été élu nouveau secrétaire général du GBS. Mais son mandat devait être de courte durée. Une heure avant la réunion du comité directeur du 31 mai 2018, le Dr Marc BROSENS informait le Dr Jean-Luc DEMEERE que, pour des raisons professionnelles personnelles, il se voyait obligé de remettre très prochainement sa démission officielle de secrétaire général du GBS. Afin d'évaluer correctement les conséquences de cette démission imminente, il a été décidé au terme d'une consultation d'urgence de tenir cette démission en délibéré. Un débat a eu lieu et pour éviter d'influencer les élections médicales, il a été convenu que la démission du Dr Marc BROSENS ne serait officialisée que lors de la réunion du comité directeur du 12 juillet 2018. Les membres du comité exécutif ont été informés de cette démission au cours de leur réunion du 28 juin 2018.

Les statuts prévoient qu'en cas de démission du secrétaire général, ce sont les secrétaires adjoints néerlandophone et francophone, respectivement le Dr Bart DEHAES, spécialiste en médecine nucléaire, et le Dr Etienne MARBAIX, anatomopathologiste, qui reprennent les tâches du secrétaire général jusqu'à la prochaine assemblée générale. Ces tâches qui comprennent entre autres les contacts avec l'INAMI, le SPF, les mutualités et d'autres fédérations, ont été réparties, autant que faire se peut, entre les membres du comité exécutif. En outre, le GBS peut toujours compter sur le Dr Marc MOENS qui reste actif au sein du GBS, en coulisse.

1.2 Publications

En 2018, le secrétariat du GBS a envoyé 49 numéros du « e-spécialiste » aux membres des unions professionnelles affiliées, pour les tenir informés des sujets qui intéressent directement leur spécialité (nomenclature, symposiums). Le contenu de ces e-mails est ensuite publié sur la page d'accueil du site du GBS.

En outre, un grand nombre d'e-mails ont été envoyés aux membres des unions professionnelles concernant plutôt le fonctionnement interne de leur union, comme par exemple des appels à candidature pour le renouvellement du comité directeur ou les ordres du jour des assemblées générales. Ces e-mails ne sont pas postés sur le site. Effet secondaire positif, grâce à l'envoi électronique des ordres du jour et autres documents, les frais de poste et d'impression des unions professionnelles concernées sont nettement moins élevés que lorsque l'on doit tout envoyer par courrier postal ordinaire. La configuration des serveurs ou le service de messagerie peuvent expliquer que des e-mails du GBS n'arrivent pas toujours dans la boîte à messages principale des destinataires. De tels problèmes sont inhérents aux communications digitales et nécessitent un suivi permanent de la part du secrétariat du GBS. Les envois par e-mails ont d'autre part une influence positive car ils limitent notre empreinte écologique. En cette période de manifestation d'écoliers qui sèchent les cours pour défiler chaque jeudi à Bruxelles ou dans d'autres grandes villes, tout est bon à prendre.

7 numéros réguliers du « Médecin spécialiste » ont été publiés. Ils sont envoyés tant par courrier postal que par e-mail. Dans le contexte des élections médicales, deux numéros – en mars et en juin – ont été

⁴ Série flamande populaire (1990 – 2011) sur les aventures d'un café et son équipe de foot

⁵ Guitariste du groupe légendaire Dire Straits

⁶ Célèbre dessinateur de bande-dessinée flamand (1922-2016), auteur de Néron

⁷ L'année zéro de la médecine sans médecins

envoyés non seulement aux membres mais à tous les médecins qui figurent dans la base de données du GBS afin de les informer de l'enjeu important de ces élections.

Le GBS respecte strictement les prescriptions relatives à la protection des données et s'y tenait déjà bien avant l'entrée en vigueur du RGPD. Les campagnes e-mails sont exclusivement envoyées aux membres qui nous en ont donné l'autorisation (précisé dans la fiche d'identification et les formulaires d'adhésion). Cela signifie qu'il n'y a pas de mailing à destination des non-membres.

Enfin, signalons aussi que le 56^e Annuaire des Médecins spécialistes a été envoyé aux membres des unions professionnelles cet été.

1.3 Les symposiums organisés par le GBS et ses unions professionnelles affiliées

Organiser des symposiums et des sessions d'informations est une manière d'éclairer les médecins spécialistes sur les sujets brûlants des actualités médicales. Chaque année, le GBS et certaines unions professionnelles affiliées organisent des événements, parfois programmés à l'occasion de l'assemblée générale. Ces sessions d'informations entrent en ligne de compte pour l'accréditation. D'autres unions professionnelles n'ont pas encore franchi le pas qui consisterait à intégrer dans un « mini symposium », la profusion d'informations que l'assemblée générale leur prodigue pour les tenir au courant de l'évolution de leur spécialité. Pourtant les participants aux symposiums font d'une pierre deux coups. Ils restent informés des activités de leur union professionnelle et reçoivent en primeur un point de vue actualisé sur les développements de leur discipline.

La presse spécialisée parle régulièrement de ces symposiums. L'an dernier, le GBS a collaboré à l'organisation des symposiums des anesthésistes, des médecins spécialistes en soins intensifs, des anatomopathologistes et des pneumologues.

1.3.1 Symposium annuel du GBS 03.02.2018 – « General Data Protection Regulation et votre activité médicale »

Le symposium consacré au GDPR (RGDP) a attiré quelque 180 médecins et leur a apporté les éclaircissements attendus sur le dossier médical informatisé et la gestion des données privées.

Les médecins ne sont pas assez conscients de la sensibilité de l'information médicale et de la valeur de celle-ci. Elle prend une valeur commerciale dans le contexte d'un circuit criminel donné. Aux États-Unis, les cyberattaques contre les hôpitaux sont quasi quotidiennes. Et les criminels exigent des rançons pour restituer les données sous peine de les vendre.

Une législation européenne, (ordonnance 2016/679) est entrée en vigueur le 25/05/2018 et a été transposée dans le droit belge. Pour le président de la Commission de la vie privée⁸, Willem DEBEUCKELAERE, la nouvelle législation est comme un mécano rassemblant plus de 85 pièces (règlements, arrêtés, lois) dans un volumineux document qui synthétise et coordonne toutes ces dispositions. Selon lui, peu de choses changeront pour le médecin « individuel ». Les changements essentiels résident dans la protection des données des personnes physiques, la manipulation de ces données et les limitations de leur archivage justifiées par leur caractère légal ou historique, et surtout l'échange des données qui doivent être sécurisées. Pour les structures comme les hôpitaux, les changements sont plus profonds. Un DPO, « data protection officer », devra veiller à ce que les données soient non seulement protégées contre le piratage mais aussi à ce qu'elles ne soient utilisées que dans les champs d'application autorisés par le patient et avec la garantie de la protection de leur caractère

⁸ Ainsi dénommée depuis le 25.05.2018.

privé grâce au chiffrement des données par exemple. Désormais, les échanges de communications devraient uniquement passer par des encryptages comme dans le système e-health.

Dans son exposé, Maître Éric THIRY a souligné non seulement l'importance des obligations de sécurité relatives au matériel et aux programmes informatiques mais aussi le caractère essentiel du contrat d'utilisation de ces données conclu avec le patient. Philippe DE BACKER, secrétaire d'état compétent en matière de vie privée qui a participé à l'élaboration de la directive au Parlement européen, a expliqué la nécessité de cette législation et la complexité des échanges d'informations à la lumière de la vie privée des citoyens. Le secrétariat d'état veut travailler en toute transparence. Ainsi, on peut s'adresser à ce service public pour poser des questions, exposer des problèmes et recevoir des liens utiles relatifs au GDPR. L'Autorité de Protection des Données (APD) propose un site intéressant qui met à la disposition du visiteur des dossiers thématiques et des questions fréquentes (FAQ), des publications de l'APD et les 13 étapes nécessaires à l'implémentation du GDPR ainsi que les publications du groupe de travail accompagnées des lignes directrices⁹.

Une chose est certaine : le médecin qui dispose d'informations privées (de patients) dans sa base de données doit s'assurer de la protection efficace et correcte de ces données, ainsi que de leur usage conformément au contrat d'utilisation conclu avec le patient. Il ne peut garder ces données que le temps nécessaire à leur utilisation. Maître Éric THIRY a rappelé l'avis de l'Ordre des médecins qui veut que les données soient archivées pendant 30 ans. La responsabilité de l'archivage des DMI (dossiers médicaux informatisés) incombe au médecin-chef. En 2020, le « dossier des patients » sera un DMI, à l'hôpital et hors hôpital. Les pratiques privées ne disposent pas de DPO ni de médecin-chef mais bien d'un ou de plusieurs médecins. Ils sont donc directement responsables. Afin d'assurer le respect de l'ordonnance européenne, on peut demander un audit du fonctionnement et de la sécurité du système informatique du cabinet du médecin. Il ne faut pas oublier la communication et l'échange des données à partir des portables ou autres médias. André VAN VARENBERG de Concordia, l'assureur du GBS, a donné un aperçu des polices d'assurances et d'aide à la sécurisation des données informatisées. Ces contrats offrent également une assistance technique.

Que retenir de cette session intéressante:

1. Nous disposons tous de données concernant des personnes privées.
2. Ces données doivent être protégées, sécurisées.
3. Ces données ne peuvent être utilisées que dans le cadre de la mission, du contrat qui nous a été confié par la personne (patient).
4. Ces données ne peuvent être conservées que le temps nécessaire à cette mission.
5. Les échanges de données ne se font qu'avec l'accord de la personne (patient)
6. Les échanges de données doivent être sécurisés et ne couvrir que la mission définie par le patient.
7. Toute irrégularité, infraction ou vol de données doit être signalé à l'Autorité de protection des données et aux personnes dans la base de données qui sont victimes de la malveillance.
8. Cette autorité exerce la fonction de régulateur, contrôleur mais peut également sanctionner.
9. Tout médecin peut demander un audit de son système informatique et de ses procédures. L'hôpital dispose d'un DPO. Le médecin est le gestionnaire de sa banque de données. À l'hôpital, la responsabilité est institutionnelle mais le médecin engage sa responsabilité propre pour l'utilisation (et l'échange) de ces données.
10. Les assurances offrent une couverture des dommages comme le vol, le piratage ou le blocage malveillant. La couverture proposée par Concordia assure au contractant une aide technique et juridique (et financière).

⁹ <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/>

1.3.2 Me and My Hospital – 17.03.2018

Le 17 mars 2018, en collaboration avec le GBS et la Vlaamse vereniging voor Gezondheidsrecht, « Le Spécialiste » a organisé pour la deuxième fois d'affilée un symposium intitulé « Me and My Hospital » au Dolce de La Hulpe. Le Dr Marc BROSENS et le Dr Jean-Luc DEMEERE ont introduit respectivement les sessions « Y aura-t-il encore un spécialiste dans la salle demain? » et « Leadership et vision malgré le stress lié aux réseaux ». Ce fut le baptême du feu du Dr Marc Brosens en tant que secrétaire général du GBS.

1.3.3 Radioprotection – 22.09.2018

Cette année, c'était la septième fois que le GBS organisait un symposium de radioprotection destiné aux radiologues et aux connexistes, en collaboration avec l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire (AFCN). Tout a commencé en 2011 et depuis lors, un symposium de ce genre a toujours eu lieu chaque année, à l'exception de 2014. Cette année, le symposium a déménagé à la Bibliothèque royale de Belgique dont l'auditorium bondé a accueilli 258 médecins le 22 septembre 2018.

Comme toujours, l'un des sujets est présenté par l'AFCN. Cette année, le Dr Sc Katrin VAN SLAMBROUCK a parlé de la transposition de la directive Euratom^{10 11} dans le droit belge et du management de la qualité qui l'accompagne. La séance de questions-réponses qui a suivi s'est très vite animée : dans la salle, des points de vues clairs ont fusé de toutes parts concernant la faisabilité et la nécessité de toutes les obligations découlant de ces directives et formations continues, tant pour les médecins que pour les infirmiers et les technologues. Les présentations de Françoise MALCHAIR et du Dr Denis HENROTEAUX ont également retenu l'attention de l'auditoire. Nous tenons à remercier tout particulièrement Toon VAN CAUTEREN, étudiant PhD de la Vrije Universiteit Brussel travaillant au service de radiologie du Pr Johan DEMEY, qui, à la suite du désistement imprévu d'un des orateurs, a présenté les résultats de son étude consacrée à l'influence de la dose du produit de contraste sur les lésions de l'ADN induites par une exposition à des rayons.

Problème récurrent lors des symposiums précédents, l'obligation imposée par l'AFCN d'une double liste de présences à signer avant et après le symposium a suscité beaucoup moins de frustrations parmi les participants, ce qui a permis d'éviter les longues files d'attente à la fin du symposium.

Le nombre de participants a été à peu près égal à celui de l'an dernier. Ce succès prouve clairement que les médecins continuent à s'adresser au GBS pour répondre à leur demande d'organisation de formations continues de ce type. Le GBS lance à nouveau un rappel aux différents groupements professionnels pour qu'ils demandent plus systématiquement une accréditation de l'AFCN pour les symposiums destinés à leurs membres ou ceux auxquels leurs membres participent, si ces symposiums peuvent entrer en ligne de compte pour être agréés « formations continues en radioprotection ».

Le cadre législatif actuel, à savoir l'AR du 12 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants, exige toujours que tous les médecins et dentistes qui utilisent des rayonnements ionisants dans leur pratique professionnelle, suivent une formation spécifique en radioprotection. Concernant les médecins, il n'est pas seulement question des radiologues, radiothérapeutes et nucléaristes mais aussi desdits connexistes, à savoir toutes les autres disciplines qui utilisent des rayonnements ionisants même à titre exceptionnel. Cette formation obligatoire n'est pas seulement exigée par l'AFCN mais aussi par la nomenclature des prestations de santé qui spécifie que, pour toutes les prestations nécessitant des rayonnements ionisants, celles-ci peuvent être exclusivement attestées à l'assurance maladie pour autant qu'aussi bien le médecin-prestataire que l'établissement disposent des agréments AFCN requis.

¹⁰ 2013/59 du 5 décembre 2013

¹¹ Voir aussi point 6.2, directive EURATOM

Auparavant, cet agrément était accordé aux médecins pour une durée indéterminée : cependant, dès son entrée en vigueur (2001), le règlement général imposait aux médecins de suivre aussi une formation continue mais sans plus de précisions: il fallait juste être en mesure de prouver qu'on avait suivi une formation continue dans le passé (pendant 4 heures au cours des 10 années précédentes). Cependant en 2016, l'AFCN a durci ses critères et a mené une grande campagne d'information à ce sujet.

Ce durcissement implique que les autorisations ne sont valables que pour 10 ans et que leur prolongation pour une période supplémentaire de 10 ans supplémentaires n'est possible que si les radiologues et les connexistes concernés peuvent prouver que pendant l'ensemble de cette période de 10 ans, ils ont suivi en moyenne 6 heures de formation permanente tous les 3 ans (soit environ 2 heures par an). Les exigences imposées aux nucléaristes et radiothérapeutes sont plus strictes.

Comme de très nombreux médecins ne disposaient pas d'une telle autorisation et ne pouvaient prouver avoir suivi les formations continues requises, le durcissement des critères n'a pas manqué de causer de l'inquiétude. L'an dernier, ce sujet a fait moins de vagues mais il n'est pas inutile de souligner que l'AFCN contrôlera strictement le respect de ces critères. Vu les impacts considérables au niveau de l'attestation des prestations de la nomenclature, il faut y accorder toute l'attention nécessaire. En organisant chaque année des formations continues en radioprotection pour les radiologues et les connexistes, le GBS a essayé de contribuer à cet effort. Dans notre rapport annuel précédent, nous avons évoqué la possibilité de suivre éventuellement ces formations continues via des modules d'e-learning mais à ce jour, ces programmes n'ont pas encore pu être développés concrètement.

À la fin du symposium, le Dr Bart DEHAES a pu annoncer que le prochain symposium du GBS consacré à la radioprotection se tiendrait le 21 septembre 2019.

1.3.4 Teach the Teacher, symposium destiné aux maîtres de stage – 16.10.2018

Le 16 octobre, plus de 150 maîtres de stage ont assisté au symposium « Teach the Teacher ». Ce symposium a été organisé dans le cadre de l'arrêté ministériel du 24 avril 2014 qui prévoit l'obligation pour les maîtres de stage de suivre une formation annuelle en ce compris une formation à l'évaluation des candidats en formation¹².

Trois thèmes différents ont été abordés : les nouvelles tendances dans la formation des médecins spécialistes, le feedback pour l'assistant et le HILL ou « high impact learning that lasts ». Dans la formation de médecin spécialiste, la formation ne vise pas l'obtention d'un doctorat mais l'acquisition de compétences, attitudes et aptitudes afin de pouvoir exercer une profession. Ces compétences doivent être définies dans les critères propres à chaque spécialité. Il ne s'agit pas seulement de compétences intellectuelles ou d'un savoir. C'est par son activité clinique que le candidat spécialiste peut acquérir les attitudes et aptitudes nécessaires. Le rôle du maître de stage est dès lors crucial. La formation ne consiste pas à répéter ce que le professeur fait mais à développer les talents propres à chaque médecin en formation pour devenir spécialiste. L'assistant n'est pas celui qui, au sein du service, doit accomplir les tâches négligées par le maître de stage. Il est le collaborateur qui apprend son futur métier. De nombreux assistants se plaignent d'être une main d'œuvre bon marché qui a pour tâche d'assurer le bon fonctionnement du service. L'assistant est un médecin qui apprend une spécialité et qui, dans son apprentissage, est encadré par un spécialiste reconnu. Dans cette vision, le maître de stage ou son collègue est à la fois le « tuteur » et le « mentor » ou coach. Il dirige l'enseignement et la formation et encadre l'assistant dans l'expérience de sa future profession. Le parcours de formation est donc personnel en vue d'acquérir les compétences nécessaires.

¹² Art. 23 de l'arrêté ministériel 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.

Cécile LEBURTON, consultante en évaluation et actrice, a souligné l'importance du feedback. L'assistant attend de son maître de stage des évaluations non seulement de ses démarches intellectuelles mais surtout de sa façon d'agir comme médecin spécialiste. N'oublions pas qu'il s'agit de médecins. Ils doivent bien entendu encore assimiler beaucoup de connaissances mais l'exercice de la médecine spécialisée n'est pas seulement une question de connaissances. L'approche de Madame Leburton était très intéressante, suscitant la réactivité des participants. Elle a commencé par demander qui était enchanté de venir assister à cette session de « Teach the Teacher »: la question a reçu un écho peu enthousiaste de l'auditoire. Cette réunion est une obligation légale. Nombreux sont les maîtres de stage pour qui ces sessions sont un mal nécessaire. Cependant, au fil de l'exposé, le public a compris que le maître de stage a une responsabilité mais qu'il n'existe pas de formation qui permette d'exercer pleinement et correctement cette responsabilité. La communication et le feedback sont alors des éléments essentiels de la formation. Et une évaluation correcte ne peut être réalisée que sur la base de critères prédéfinis et d'un dialogue avec l'assistant.

Comment apprendre et s'assurer de l'acquisition des compétences a été le thème développé par Ann MARTIN, directrice d'étude du domaine « Enseignement » à la Haute Ecole Odisee. La pédagogie ne consiste plus à « faire ce que le maître fait ». La pédagogie nouvelle consiste à exploiter les talents propres à chaque individu, à chaque médecin, pour s'assurer qu'il acquiert les connaissances, l'attitude et l'aptitude à exercer sa profession. Le « tuteur » ne peut réaliser cette mission seul. La notion de « service de stage » prend alors tout son sens. Chaque médecin spécialiste participant dans un service donné à la formation des assistants devra contribuer à leur formation et faire passer des messages pertinents qui rendent l'apprentissage possible. Dans une société informatisée, on abandonne le seul bagage des connaissances pour évoluer vers les « high impact learning » permettant d'acquérir du savoir-faire. Tout ceci s'inscrit dans un processus de « permanent learning », de formation continue. Il s'agit d'apprendre à apprendre.

Pour certains, ces messages étaient quelque peu « dérangeants ». L'assistant n'a qu'à faire ce qu'il a toujours fait. Cette vision n'est plus d'actualité. À la fin de la soirée, une grande partie du public qui avait d'abord réagi mollement a donné une évaluation positive à la formation. « Teach the Teacher » porte bien son nom. Une formation réussie.

1.3.5 La qualité de la formation de médecin spécialiste à l'occasion de la cérémonie du « Prix du Spécialiste de l'année » – 24.11.2018 -

Tout comme l'an dernier, le GBS s'est joint à l'initiative du « Journal du Médecin » pour récompenser le « Spécialiste de l'année ». Un jury professionnel indépendant¹³ a sélectionné 5 lauréats des deux communautés linguistiques parmi les 10 candidats néerlandophones et les 11 candidats francophones présentés par les unions professionnelles affiliées au GBS. La procédure de vote était ouverte à tous les médecins. Côté francophone, pour la deuxième fois, le prix a été décerné à un anesthésiste connu de tous en tant que syndicaliste, le Dr Gilbert BEJJANI. Et côté néerlandophone, pour la deuxième fois, le prix a été décerné à un médecin qui dirige un projet humanitaire en Afrique, le Dr Greta DEREYMAEKER¹⁴. La ministre de la Santé publique Maggie DE BLOCK avait répondu présent à notre invitation à remettre personnellement aux deux vainqueurs, le prix d'une valeur de 7 500 euros

A l'occasion de cette cérémonie, le GBS a organisé le symposium sur la qualité de la formation du médecin spécialiste.

¹³ Les chefs d'entreprise Xavier BOUCKAERT (Roularta Media Group) et Melchior WATHELET (Xperthis), Pedro FACON (directeur général Soins de santé du SPF Santé publique), Jo DE COCK (directeur général adjoint INAMI), Pr émérite Alain DE WEVER (ULB), Pr Renaat PELEMAN (médecin en chef UZ Gent), Marc MOENS et Jean-Luc DEMEERE du GBS.

¹⁴ Le Dr Greta DEREYMAEKER a versé l'intégralité de son prix à deux asbl : la Chaîne de l'Espoir Belgique (asbl dont la mission est de traiter des pieds bots au Katanga) et le fonds pour la biomécanique pied-cheville.

C'est assurément un sujet complexe. Quand on parle de la qualité, on voudrait définir ce qu'est la qualité et ensuite vérifier que la formation des médecins spécialistes correspond à cette définition. Comme toujours, l'évaluation de la qualité nécessite des standards de qualité, lesquels sont définis par les clients. Dans le cas présent, les clients sont les assistants. Les assistants ont pris la parole. Le Dr Frederik DEMAN (VASO) a donné un bilan mitigé de la formation des assistants. Il a d'abord fait état d'un réel problème dans la formation. Les assistants sont considérés comme des médecins auxiliaires essentiellement engagés pour accomplir des tâches souvent administratives, assurer des gardes, prester des heures et prendre des responsabilités alors qu'ils sont encore en formation et n'ont pas toujours le bagage suffisant pour assumer les responsabilités exigées. Le tableau s'obscurcit encore avec la nécessité d'être présent dans l'hôpital, en bafouant la loi sur le temps de travail, la vie privée et le titre de médecin. Ce qu'ils demandent, c'est un véritable partenariat et la possibilité de participer réellement à leur formation. Il faudrait que les lieux et les services de stage fassent l'objet d'évaluations qui accordent une place centrale à la formation. Cependant, le partenariat avec le formateur est souvent absent ou inexistant. Il n'y a pas de partenariat mais une subordination d'un assistant à un maître qui a tous les pouvoirs.

Le Pr Marc DECRAMER a contesté cette vision avec force. Il a présenté les outils-qualité mis en place à la KUL pour évaluer la qualité des stages académiques et hors cliniques universitaires. Fait surprenant, les assistants se sentent un peu mieux guidés et apprennent plus en milieu non universitaire, sauf pour les aspects purement théoriques. Ce sujet a été très rapidement occulté sous prétexte de transparence. L'instrument de mesure le plus approprié est un questionnaire. Nombre d'assistants n'y ont pas répondu, par manque d'intérêt ou manque de temps, ou par crainte des conséquences d'une évaluation peu favorable voire négative. Cependant, la KU Leuven a le mérite d'évaluer la formation qu'elle dispense aux médecins spécialistes et d'être transparente en publiant les résultats dans les différents centres de formation.

Le Dr Bert WINNEN, chef de cabinet de la ministre DE BLOCK, a réellement jeté un pavé dans la mare. Il a évoqué le livre vert et le livre blanc qui traitent de la formation des médecins spécialistes et décrivent le nouveau mode de financement. La partie B7 A ou B et les 10 millions d'euros que l'INAMI verse aux maîtres de stage non-académiques serviront, conjointement à une aide substantielle du budget de la santé et de l'aide opératoire, à financer des « vouchers » pour assurer la mission d'enseignement de tous les maîtres de stage. Ceci signifie une perte de financement considérable pour les hôpitaux académiques. Et, cerise sur le gâteau, le voucher ne sera payé qu'à condition que les assistants fassent un rapport favorable sur le maître de stage et le service de stage. Sinon, pas de voucher. Le Pr DECRAMER a protesté à l'idée que le financement dépende de l'avis favorable de l'assistant. Il s'est aussi directement opposé à la volonté des assistants de soutenir et faire respecter ce financement par voucher.

Le Dr Baudouin MANSVELT a dénoncé l'intention de limiter la pratique d'interventions chirurgicales rares en imposant des quotas sur le nombre d'opérations. Il a démontré que le quota de 20 opérations de l'œsophage ou du pancréas est arbitraire et ne se base sur aucune preuve scientifique. L'obligation de confier ces prestations exclusivement à des centres universitaires ou des grands hôpitaux portera préjudice à la formation des assistants en chirurgie, voire pire, elle compromettra l'acquisition de la compétence requise pour traiter chirurgicalement ces cas rares en situation d'urgence. Il faut espérer que toutes les pathologies du pancréas ou de l'œsophage ne seront pas réservées à ces seuls centres d'élite sachant que, au cours de leur formation, beaucoup d'assistants n'auront plus l'opportunité d'apprendre à maîtriser ces pathologies faute d'avoir pu accomplir un stage dans l'un de ces centres d'élite.

Le Dr Jean-Luc DEMEERE a parlé de la qualité de la formation et de l'avis du Conseil Supérieur des Médecins Spécialistes et des Médecins Généralistes. Le texte propose des réseaux fonctionnels de formation avec, en leur sein, une université offrant une formation complète du master en médecine,

une commission de formation coupole par réseau (universitaire et interdisciplinaire), une commission de formation fédérale ou communautaire par spécialité et enfin, une commission de formation du réseau universitaire. Le maître de stage coordinateur (MSC) universitaire est à la tête du réseau de formation pour chaque spécialité. On crée le titre de maître de stage responsable (MSR) du trajet de la formation, on y inclut les maîtres de stage non-universitaires. On nomme aussi un coach pour les assistants et enfin, un médiateur. Par spécialité, au niveau fédéral ou de la communauté, il faudrait aussi créer des commissions de formation qui auraient pour tâche de définir les critères de la formation. Le Conseil Supérieur centralise les informations et les audits de la qualité et de la sécurité. L'assistant joue un rôle central puisque c'est lui qui évalue la formation, le lieu et le service de stage et enfin, « last but not least », le maître de stage. Ce projet est très louable : cependant il y a une ombre au tableau. Actuellement, l'assistant choisit ses lieux de stage et établit son plan de stage. Ce plan de stage est approuvé par la commission d'agrément et n'est pas lié à un réseau de formation universitaire. Actuellement, on ne parle pas de réseaux fonctionnels de formation et encore moins de réseaux universitaires. En fin de formation, l'assistant demande son agrément. La commission d'agrément contrôle son dossier et sur cette base, elle soumet l'agrément au ministre. En Flandre, le MaNaMa est obligatoire sauf si l'on peut prouver qu'on a suivi une formation théorique équivalente. En communauté française, on exige le certificat de pratique autonome signé par le maître de stage coordinateur. Si on assemble les différentes pièces du puzzle, force est de constater que la formation est entre les mains des réseaux de formation universitaires. Le maître de stage coordinateur établit un plan de stage dans le réseau, le MaNaMa devient une condition indispensable pour demander l'agrément, la pratique autonome est entre les mains du maître de stage coordinateur. En d'autres termes, les commissions d'agrément deviennent superflues car elles ne valident les plans de stage et accordent les agréments que si le maître de stage coordinateur autorise l'assistant à remettre son dossier. La formation académique est devenue réalité. La parité entre le banc académique et le banc professionnel est purement et simplement ignorée. La formation est entre les mains des universitaires avec la complicité des maîtres de stage non-universitaires qui jouent un rôle de second plan dans ce réseau de formation. La profession ne peut pas accepter d'être subordonnée à une formation académique. La richesse d'une formation réside dans l'équilibre entre la formation universitaire et la formation professionnelle concrète en milieu non-académique.

1.3.6 « Anaesthesia: evolution with revolution – Ambulatory care »- Journée d'étude de l'APSAR – 20.01.2018

Lors du symposium annuel du 20 janvier 2018 au Blue Point à Bruxelles, le follow-up des états généraux du 10 octobre 2017 ont été largement analysés. Ces états généraux avaient remporté un franc succès et permis à la profession d'exprimer son opposition à l'introduction du forfait pour les soins à basse variabilité. Le Dr Stefaan CARLIER a fait le point des acquis et a manifesté son impatience à prendre connaissance (ou non) des textes de la ministre. De bonne source, on a appris que l'honoraire forfaitaire de l'anesthésiste serait « encapsulé » dans le forfait. Il y aurait des honoraires forfaitaires avec ou sans anesthésie comme pour les accouchements (avec ou sans péridurale). Avec le Dr Dirk HIMPE, le Dr Erika SLOCK a donné un exposé innovant sur la vision nouvelle du rôle de l'APSAR. Ces deux orateurs ont bien voulu remplacer au pied levé le Dr René HEYLEN empêché au dernier moment pour raison de santé. Si le syndicat, comme organe représentatif des médecins, est présent à l'INAMI, l'APSAR-BSAR est la voix de la profession pour définir notre pratique et son financement. L'idée est donc que l'APSAR soutienne la présence des anesthésistes au sein des syndicats, par des cotisations communes, une communication et des actions consensuelles issues des deux organisations.

Nos états généraux ont donné naissance à l'association des anesthésistes en formation, le BAT (Belgian Anesthesia Trainees) qui à l'invitation de l'ESA, représente les candidats anesthésistes dans la société scientifique européenne mais qui désire également les défendre durant leur formation. Le Dr Arnaud GAUDIN, président, a expliqué l'ambition des jeunes anesthésistes.

M. Paul D'OTREPPE, directeur de l'Association belge des Directeurs d'Hôpitaux a démontré que des réformes sont souhaitables et cruciales pour garantir le futur des soins de santé. Bien que tout le monde soit d'accord sur ce point, ces réformes demanderont du temps. Les politiques protègent encore les hôpitaux locaux qui représentent une source d'emploi et de voix dans leur circonscription électorale. La situation politique en Belgique francophone est délicate et diffère de celle de la Flandre en raison de la « lasagne institutionnelle » (sic) qui superpose couches de pouvoirs publics et couches d'influence catholique. Maître Filip DEWALLENS a fourni des réponses d'ordre juridique aux questions concernant les réseaux hospitaliers, le Conseil médical et le médecin-chef. Le Dr Jacques DE TOEUF a expliqué le réseau des soins et la situation politique actuelle. En s'appuyant sur des commentaires d'experts, il a annoncé que la réforme des hôpitaux serait maintenue ou supprimée lors de la réunion du Conseil des ministres du 03.02.2018.

L'après-midi, Carine VAN DE VOORDE a présenté le rapport n° 282 du KCE sur la chirurgie ambulatoire intitulé « Comment accroître le recours à la chirurgie de jour en Belgique » : elle a montré le retard de la Belgique en la matière. Un des problèmes est clairement le financement défavorable pour l'ambulatoire et la perte de journées d'hospitalisation pour nos hôpitaux financés à l'activité. Et pourtant, le projet est réalisable. Le Pr Marc COPPENS (UGent) a expliqué les techniques en anesthésie. Le Pr Baki TOPAL, champion de la cholécystectomie en ambulatoire, a présenté sa pratique. Le Dr Arnaud BOSTEELS a démontré qu'on peut faire des prothèses de hanches en ambulatoire à condition de créer des trajets de soins, de définir des protocoles, de mettre en place un processus-qualité avec des évaluations et corrections et surtout, de créer une équipe pour concrétiser ce projet. Il a aussi abordé le concept des trajets de soins et du financement. Ce projet demande une organisation différente des quartiers opératoires, un concept de « fast track » service, avec des trajets-patients simplifiés et efficaces, comme l'a démontré Olivier YKMAN.

La conclusion a été donnée par le Dr Jean-Luc DEMEERE. Jusqu'à présent, l'APSAR a toujours été réactive aux propositions de la ministre. Toutefois, au lieu de s'opposer à l'évolution, l'association professionnelle doit être proactive et créer le changement pour améliorer les soins aux patients, les rendre financables et favoriser l'activité florissante des anesthésistes. Un premier pas sera la création d'une alliance entre l'APSAR, la SBAR (société scientifique) et la BAAS (société de chirurgie ambulatoire). Ensemble, les sociétés doivent exiger de la ministre une modification du financement de la « journée ambulatoire ». Il faut élaborer des guidelines de bonne pratique médicale et surtout, développer des trajets de soins, créer des équipes et en tant qu'anesthésistes, présents en permanence dans les quartiers opératoires, nous devons prendre les choses en main pour définir le circuit-patient et améliorer la qualité des soins.

1.3.7 Symposium de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Soins intensifs – 20.02.2018

Le 20 février 2018, l'union professionnelle des soins intensifs a accueilli une quarantaine de collègues venus assister à son assemblée générale annuelle à l'hôtel Gosset de Grand-Bigard. Lors de la soirée d'information et de discussions qui a lieu conjointement à l'assemblée générale, ont été développés deux thèmes centraux qui impactent considérablement l'activité professionnelle de l'intensiviste.

Premier sujet abordé : le consentement éclairé (« Informed Consent ») aux soins intensifs. Lors de la rencontre de 2017, un certain nombre d'experts de l'Ordre des Médecins, du Fonds professionnel des Accidents médicaux et du monde juridique avaient donné leurs points de vue et recommandations. L'union professionnelle en a fait la synthèse et a élaboré un modèle de consentement éclairé présenté cette année pour approbation.

Deuxième sujet abordé : l'influence des soins à basse variabilité sur les soins intensifs. Le traitement standard prévu dans les soins à basse variabilité est en conflit avec les soins à haute variabilité qui

doivent être administrés dans le cadre de la fonction des soins intensifs. Les données que l'INAMI met à disposition à ce sujet ne correspondent pas non plus à la réalité. Il est évident que les soins à basse variabilité ont été élaborés sans tenir compte de la particularité d'un service de soins intensifs. Les remarques concernant cette initiative de la ministre DE BLOCK et les points d'actions potentiels ont été discutés lors du symposium.

1.3.8 Symposium de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Anatomie pathologique – 26.05.2018

Le samedi 26 mai 2018 à Grand-Bigard, l'union professionnelle d'anatomie pathologique a organisé un symposium consacré à « la sécurité et l'hygiène au laboratoire médical ». Cette année encore, le symposium a suscité un vif intérêt (plus de 100 inscriptions) parmi les anatomopathologistes et les responsables-qualité de l'ensemble du pays. Après un exposé assez théorique sur ce qu'il faut faire et ne pas faire selon de RGPD (Règlement général sur la Protection des Données - GDPR), le Dr Bart LELIE a donné aux participants des explications concernant la réglementation nationale relative aux valeurs limites pour l'exposition au formaldéhyde dans nos laboratoires qui semblent plus strictes que celles de l'avis de la Commission Scientifique Européenne¹⁵.

Comme de coutume, il est fort probable qu'au printemps 2019 une nouvelle journée de formation soit organisée en collaboration avec la Commission d'Anatomie pathologique. Les sujets potentiels seront la nouvelle nomenclature au sein de l'article 32, le dépistage HPV primaire et les implications de l'Ordonnance européenne 2017/746 (IVDR) sur notre pratique... Les sujets ne manquent pas en cette période mouvementée !

1.3.9 Symposium de l'Union professionnelle des médecins belges spécialistes en Pneumologie – 12.06.2018

Le 12 juin 2018, l'Union professionnelle des Pneumologues belges (UPPB) a organisé son assemblée générale statutaire suivie d'un symposium scientifique présentant l'état des lieux de la revalidation respiratoire.

Lors de l'assemblée générale, l'accent a été mis sur la somnologie ou médecine du sommeil. On essaie d'obtenir un agrément pour une spécialisation distincte en « somnologie ». Les pneumologues ne le souhaitent pas. Cependant, les participants ont approuvé qu'un statut de « titre 4 » (attestation) ou tout au plus un « titre 3 » (compétence particulière en « somnologie ») soit accordé à cette discipline accessible au pneumologue. Cela pourrait stimuler la multidisciplinarité mais implique aussi le respect de la compétence propre à chacun (par ex. le pneumologue est le spécialiste de la thérapie du SAOS (syndrome des apnées obstructives du sommeil) avec CPAP).

Le Dr Marc BROSENS, à l'époque secrétaire général du GBS, assistait au symposium. Il a souligné l'importance de fixer soi-même des normes assorties de critères de qualité. Il a promis de soutenir plusieurs dossiers. C'était la dernière prestation officielle de Dr Marc BROSENS en tant que secrétaire général.

Pendant la session scientifique, le Pr Eric DEROM (UZ Gent) a fait le point sur la revalidation respiratoire.

¹⁵ <https://publications.europa.eu> > Publications Office of the EU > Publication detail > [SCOEL/REC/125 formaldéhyde](#)

2 Représentations du GBS

2.1 Représentation en Belgique

2.1.1 AVS : Activités de l'Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten¹⁶

2.1.1.1 Concertation structurelle entre le cabinet du ministre Jo VANDEURZEN et les représentants des médecins

Le 15 mars 2018, la concertation structurelle avec les organisations médicales s'est tenue au cabinet du ministre Jo VANDEURZEN. Le GBS était représenté par le Dr Marc BROSENS et Fanny VANDAMME. Le Dr Marc MOENS qui officiellement ne portait plus la double casquette GBS/VAS depuis quelques semaines, représentait le VAS.

Pendant cette réunion, on a annoncé la création du groupe de travail « Sous-quotas ». Ce sont les entités fédérées (communautés) qui déterminent les sous-quotas des médecins et des dentistes. La fixation du quota global reste une compétence fédérale.

Le groupe de travail « Sous-quotas » poursuit deux missions. Premièrement, le groupe doit remettre un avis sur la modification de l'art. 92 de la LEPS¹⁷ afin de l'adapter au contexte flamand. Deuxièmement, le groupe doit aussi formuler des suggestions concernant la création et les tâches d'une Commission de Planification flamande.

2.1.1.2 La Commission de Planification flamande

Le groupe de travail « Sous-quotas » s'est réuni à trois reprises, les 25.04.2018, 20.09.2018 et 23.10.2018, pour discuter du projet d'arrêté du gouvernement flamand relatif à cette commission.

La Commission de Planification flamande se composera de:

- 4 médecins représentants des organisations professionnelles (+ suppléants) dont au moins un généraliste et un spécialiste;
- 4 médecins représentants des universités dont au moins un généraliste et au moins un spécialiste (+ suppléants)
- 2 fonctionnaires

Lors de la réunion du 23 octobre 2018, le Dr Roel VAN GIEL, représentant d'AADM, s'est de nouveau vivement emporté sur l'absence de critères légaux de représentativité des organisations médicales en Flandre : il fustigeait donc indirectement le GBS qui était présent.

Tout en respectant un certain nombre de principe fondamentaux, la Commission de Planification flamande aura pour tâche de déterminer les quotas minimaux et maximaux des différentes disciplines à l'intérieur du quota fédéral fixé. Le nombre de candidats spécialistes en formation dans une discipline donnée devra être déterminé en fonction des besoins des patients et non en fonction des besoins des services de stage universitaires et non universitaires soucieux de faire tourner leur service. Pour fixer les sous-quotas, la Commission de Planification flamande se basera également sur les chiffres de la Commission de Planification fédérale. En effet, il n'est pas productif ni rentable de recommencer les travaux de la Commission de planification fédérale d'autant plus que les fonctionnaires des communautés sont aussi présents aux réunions de la Commission de Planification.

En déterminant des maximums pour certaines disciplines, on espère que les spécialités en pénurie sévère attireront plus de candidats. Cependant, il ne suffit pas d'imposer des quotas maximaux à

¹⁶ AVS : aile flamande du GBS

¹⁷ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé.

certaines disciplines. Il faut rendre les spécialités en pénurie plus attrayantes en améliorant entre autres la rémunération des médecins concernés, qui reste toutefois une matière fédérale. En outre, il importe de tenir les candidats informés à temps sur la situation de ces spécialités en pénurie. Vu que le marché du travail est saturé pour certaines disciplines comme la gynécologie, la radiologie et la radiothérapie, les autres disciplines pourraient attirer plus de monde. Il faut aussi essayer d'endiguer l'afflux de médecins venant de l'étranger. À cet égard, le GBS déplore beaucoup que l'avant-projet de la loi relative à la qualité des pratiques a supprimé l'examen linguistique et l'examen portant sur les connaissances du système de soins de santé belge. Le MR du premier ministre et la N-VA ne sont pas parvenus à un accord à ce sujet.

Pour réguler l'afflux de médecins, la Flandre a choisi de passer du « numerus clausus » à un « numerus fixus »¹⁸ à partir de l'année académique 2018-2019. Une seule session d'examens d'entrée est encore organisée. Les médecins et les dentistes passent des tests distincts.

Les 3 et 4 juillet, 6 233 candidats ont participé à l'examen d'admission : 5 165 médecins et 1 068 dentistes. 1 154 candidats ont réussi l'examen d'entrée de médecine, soit 22,4% des participants. Concernant les participants à l'examen d'entrée des dentistes, 24,3% des 1 068 participants ont réussi, ce qui équivaut à 260 candidats. Parmi ceux qui ont réussi l'examen, il y avait quelques élèves de cinquième secondaire avaient participé pour se tester. Tous les autres candidats retenus ont pu entamer leur formation immédiatement.

2.1.1.3 Proposition de modification de l'arrêté du 24.02.2017 du gouvernement flamand relatif à l'agrément des médecins spécialistes ou généralistes

En 2017, le GBS a introduit un recours en annulation au Conseil d'État contre l'art. 3, l'art. 4, l'art. 14§1, alinéa 3,4°, l'art. 18 et l'art. 22 de l'arrêté précité¹⁹.

La proposition de modification de l'arrêté du 24.02.2017 répond largement aux objections formulées contre les articles 3, 22 et 18. L'art. 3 stipule expressément qu'un nombre égal de membres doivent être nommés sur les bancs professionnel et universitaire. Le cadre de l'art. 22 prévoit explicitement qu'on ne peut exiger d'autre attestation de la part des candidats spécialistes qui ont entamé leurs études sous l'ancienne législature fédérale, que celle qui prouve que, parallèlement à leurs deux premières années de formation, ils ont suivi une formation universitaires spécifique avec fruit. Dans l'art. 18 de l'arrêté, les termes « et les critères d'agrément » ont été supprimés. Donc, le médecin agréé doit seulement continuer à remplir les conditions du maintien de son agrément. Les critères d'agrément actuels de nombreuses spécialités sont obsolètes. Ces dernières années, le Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes a déjà formulé un avis pour l'actualisation des critères d'agrément de 26 spécialités. Si les médecins spécialistes déjà agréés ne remplissaient pas les nouveaux critères de leur spécialité, ils risquaient de perdre leur agrément.

Le projet de proposition modifiant la procédure d'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes s'intègre dans la révision globale des procédures d'agrément des différentes professions des soins de santé, dont les professions paramédicales, les praticiens de l'art infirmier et de l'enregistrement en tant que professionnel de la santé, l'agrément du pharmacien hospitalier et l'agrément des praticiens de l'art dentaire.

¹⁸ 8 DÉCEMBRE 2017. – Décret du 8 décembre 2017 modifiant le décret du 30 avril 2009 relatif à l'enseignement secondaire après secondaire et l'enseignement supérieur professionnel HBO 5 et du Code de l'Enseignement supérieur du 11 octobre 2013, en ce qui concerne l'enseignement supérieur (M.B.08.02.2018)

¹⁹ Cf. rapport annuel 2017 « Chantiers inachevés », p. 68, point 6.2.2.

Après avoir pris contact avec Danny VANDEWALLE, responsable de l'équipe « Zorgberoepen » de « l'Agentschap Zorg en Gezondheid », on peut confirmer que le projet a suivi presque toute la procédure juridique et réglementaire. On espère que l'arrêté pourra être publié avant les élections du 26 mai 2019.

Le GBS a pris l'engagement d'annuler son recours en annulation introduit au Conseil d'État contre cet arrêté, dès que l'arrêté de modification proposé sera publié au Moniteur belge.

2.1.1.4 MaNaMa, de 120 à 180 CP – opportunités pour le GBS et les unions professionnelles

En vertu de l'art. IV.54 du Décret de l'autorité flamande du 19.06.2015 relatif à l'enseignement XXV²⁰, le paragraphe suivant complète l'article II.160 du Code de l'Enseignement supérieur: « § 8. *Le volume des études du master en médecine générale et du master en médecine spécialisée est étendu à 180 crédits (auparavant appelés « unités d'étude »). Ce volume des études étendu vaut pour tous les étudiants qui s'inscrivent pour la première fois à une de ces formations de master à partir de l'année académique 2018-2019 après l'accomplissement d'une formation de master en médecine comprenant un volume des études de 180 crédits.* »

Le ministre de l'Enseignement est facilement passé outre le fait que la formation de médecin spécialiste est une formation professionnelle plutôt qu'un enseignement. Les 180 unités d'étude sont réparties sur la totalité de la formation. Chaque université peut décider de son contenu. Une unité d'étude correspond à minimum 25 et maximum 30 heures d'enseignement et d'activités d'apprentissage et d'examen. Les universités ne reçoivent pas de moyens financiers additionnels pour mener à bien cette mission d'enseignement supplémentaire.

Il faut souligner qu'en Flandre, décrocher le diplôme du MaNaMa n'est pas une condition d'agrément. Le candidat spécialiste dispose de la possibilité théorique de prouver par tous les moyens possibles qu'il a suivi une formation équivalente. Cependant, il importe qu'au terme de sa formation, le candidat spécialiste puisse présenter une attestation certifiant qu'il est compétent pour exercer sa spécialité de manière autonome.

Le 12 février 2018 au Faculty Club de Leuven, une rencontre a eu lieu entre une délégation de la KU Leuven et du GBS pour savoir dans quelle mesure on pourrait mettre en place une collaboration pour donner un contenu utile à ces points d'étude supplémentaires. Étaient présents pour la KUL: le Pr Dr Paul HERIJGERS, doyen de la KUL, le Dr Chris VERSLYPE, vice-doyen et le Dr Martin HIELE, directeur du MaNaMa. Étaient présents pour le GBS: les Drs Marc MOENS, Jean-Luc DEMEERE, Marc BROSENS et Mme Fanny VANDAMME.

À l'occasion de la concertation structurelle avec les organisations médicales au cabinet du ministre Jo VANDEURZEN, l'UA a aussi pris un premier contact via le Dr Marc BROSENS. Jusqu'à présent, aucun de ces contacts n'a abouti à une collaboration formelle. Les activités, (mini) symposiums et sessions d'information organisés par le GBS et ses unions professionnelles pourraient faire partie du panier de choix des candidats spécialistes. Il importe que chaque union professionnelle réfléchisse à la manière d'organiser cela activement.

2.1.1.5 Symposium du 04.05.2018 « Opleiding tot ziekenhuisarts- Gedeelde verantwoordelijkheid! Universitair en Niet-Universitair »- UGent

Le 04.05.2018, l'UGent a organisé ce symposium sur la formation du médecin hospitalier et la responsabilité partagée entre universitaires et non universitaires, à l'occasion du départ à la retraite du Pr Dr Martine DEVOS. Le Dr BROSENS, alors secrétaire général, et le Dr Jan DE NEVE, vice-président du

²⁰ MB 21.08.2015

GBS et président de l'AVS, sont intervenus comme orateurs. Le Dr Jan DE NEVE est également membre ayant droit de vote de la commission de la formation du Master en Médecine spécialisée de l'UGent.

Pour le Pr. Dr Martine De Vos, cet événement était une sorte de consécration. Il y a 15 ans, il était en effet impensable qu'un tel symposium puisse rassembler des orateurs tant universitaires que non universitaires.

Le Pr. Dr Gerda CROISET, doyenne de l'enseignement et de la formation de la Rijksuniversiteit Groningen, a présenté le système de formation des Pays-Bas. Ce système diffère fondamentalement du nôtre. Aux Pays-Bas, avant d'entamer sa formation, le médecin est un « Agnio » pendant les deux premières années, c'est-à-dire médecin assistant qui n'est pas en formation. Cependant, pour des raisons économiques, certains stages/formations qui ont été suivis quand le médecin était encore « Agnio » peuvent quand même être reconnus pour l'obtention de l'agrément. D'où l'importance pour les « Agnios » de suivre ces formations et stages dans des services de stage agréés.

Le Dr Bruno VANDEKERCKHOVE²¹ s'est exprimé ouvertement en faveur des grands services de stage non universitaires. Les services de certains grands hôpitaux sont plus grands que les services de certains hôpitaux universitaires.

Grâce à un système de vote interactif, les participants ont pu « aller tous ensemble à la recherche de la qualité » en abordant des sujets comme le lieu de stage, le maître de stage, « l'opting-out »,... La coordination avait été confiée au Pr. Dr Philippe GEVAERT, Médecin VZ OC²², et au Dr Jan DE NEVE.

À la fin du congrès, le Pr. Dr Paul HOEBEKE, Doyen, a affirmé haut et fort qu'il n'est plus question de maîtres de stage « périphériques » mais bien de maîtres de stage « non universitaires » : c'était sa manière d'exprimer son respect pour la qualité du travail et l'engagement des maîtres de stage non universitaires.

Le Pr. Dr DEVOS et le Dr Bruno VANDEKERCKHOVE ont également établi une sorte de « testament » à l'usage de la prochaine « génération ».

Une formation de qualité pour les candidats spécialistes requiert :

1. Des lieux de stage de qualité (universitaires et non universitaires) qui :
 - a. Proposent un large éventail de pathologies ou une formation spécifique
 - b. Garantissent un environnement d'apprentissage sécurisé
 - c. Sont axés sur la culture de la formation
 - d. Sont ouverts à l'évaluation et à la remédiation
 - e. Disposent d'un personnel adapté et de qualité
2. Des maîtres de stage de qualité (universitaires et non universitaires) qui :
 - a. Sont actifs à l'hôpital au sein de la discipline
 - b. Disposent des compétences didactiques et organisationnelles
 - c. S'engagent à favoriser une culture de la formation au sein de leur service en réservant du temps et de l'espace à la formation du candidat spécialiste
 - d. S'engagent à suivre et faciliter les exigences liées au « MaNaMa » (master après master) en médecine spécialisée)
 - e. Se concertent régulièrement (au moins une fois par an) avec tous les maîtres de stage de la discipline pour uniformiser et au besoin rectifier la formation et donc l'optimiser
 - f. Sont honorés au sein de la faculté pour les efforts fournis et qui officialisent donc leur affiliation.

²¹ Maître de stage non universitaire – AZ St. Jan Brugge

²² VZ OC voorzitter opleidingscommissie – président commission de formation.

3. Une formation de qualité au sein du réseau fonctionnel de formation
 - a. Avec une bonne répartition de périodes de stage dans les lieux de stage universitaires et non universitaires pour chaque candidat spécialiste
 - b. Avec des conventions claires concernant le programme attendu pour chaque période de stage (tant en termes de pathologies que de manières de travail)
 - c. Avec un engagement de tous les partenaires à respecter les objectifs et moyens pédagogiques prédéterminés
 - d. Avec de l'espace et de l'attention pour la progression individuelle et le bien-être psychosocial en :
 - i. Libérant du temps pour l'enseignement
 - ii. Procurant des feedbacks adéquats dans un environnement d'apprentissage sécurisé
 - iii. Formulant des objectifs adaptés et concrets qui aident le candidat spécialiste à acquérir les compétences prédéterminées
4. Un contrôle de la qualité de la formation grâce à :
 - a. L'organisation de visites pédagogiques des pairs au sein de la discipline
 - b. L'organisation d'un audit spécifique au sein du réseau fonctionnel de formation

Le Pr Dr Paul HOEBEKE, doyen, a proposé qu'une délégation du GBS et de l'UGent se rencontrent pour voir dans quelle mesure ils pourraient collaborer dans le cadre de la formation des candidats spécialistes. Une collaboration avec l'université devrait permettre au GBS d'augmenter sa visibilité parmi les jeunes collègues.

2.1.1.6 Le collège des présidents²³

En application de l'Arrêté du Gouvernement flamand du 24 février 2017 relatif à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, un collège des présidents composé de tous les présidents des commissions d'agrément néerlandophones a été créé le 9 octobre par l'Agentschap Zorg en Gezondheid. La tâche de ce collège est d'étudier les problèmes régulièrement identifiés par les différentes commissions d'agrément dans le traitement des demandes d'agrément. Le collège des présidents peut adresser une note à l'administrateur général accompagnée d'un avis et de remarques sur la procédure d'agrément ou sur le fonctionnement des commissions d'agrément. Lors de la fondation du collège, le Dr Jan STROOBANTS (médecine d'urgence) a été élu président et le Dr Jos DE SMEDT (médecine générale) et le Dr Stefaan GOUWY (soins intensifs), vice-présidents.

Lors de cette première et unique réunion de 2018, les sujets et avis suivants ont été directement traités :

- a) La rédaction d'un règlement d'ordre intérieur pour toutes les commissions d'agrément et le collège des présidents
- b) Une formation à temps partiel est seulement possible après l'accord tant du maître de stage coordinateur que du maître de stage directement concerné. Ensuite la demande motivée est soumise à la commission d'agrément concernée.
- c) Le champ d'application et l'interprétation de l'art. 20 de l'AM du 23 avril 2014²⁴
« En vue de son agrément le candidat doit à la fin de sa formation réussir une évaluation finale organisée de façon paritaire par les associations professionnelles de la spécialité concernée et par les établissements universitaires sous le contrôle du ministre qui a la santé publique dans ses attributions. En vue de son agrément le candidat doit à la fin de sa formation démontrer

²³ Art. 5 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24.02.2017 relatif à l'agrément des médecins spécialistes ou généralistes.

²⁴ MB 27.05.2014.

l'aptitude à réaliser une analyse scientifique et en particulier par le biais d'une publication scientifique validée par des pairs. »

De l'avis juridique de l'AZG²⁵, il découle que l'évaluation finale à laquelle se réfère le premier alinéa de l'art. 20, ne peut pas être organisée au sein de la commission d'agrément en tant que telle. La commission d'agrément est un organe consultatif, pas un acteur de la formation. Elle détermine en quoi l'évaluation peut consister, par exemple l'évaluation de tous les rapports de stage des différentes années de formation. La disposition selon laquelle l'évaluation est « *organisée de façon paritaire par les associations professionnelles de la spécialité concernée et par les établissements universitaires* » a toutefois pour corollaire que l'évaluation est souvent effectuée par les mêmes personnes, ces dernières étant aussi membres de la commission d'agrément.

La notion « *sous le contrôle du ministre qui a la santé publique dans ses attributions* » implique que le résultat de l'évaluation doit être soumis à la commission d'agrément (qui conseille l'autorité agréée).

Concernant l'art. 20 alinéa 2, la commission d'agrément a pour tâche de donner forme à l'esprit de la loi. Il incombe au candidat de prouver qu'il a accompli des recherches scientifiques. Les critères relatifs à la publication ont été convenus au sein de la commission d'agrément. Il peut s'agir d'un premier auteur mais aussi par exemple d'un second auteur si le premier confirme que la contribution du second est importante.

Dans certaines disciplines, il est très difficile de se faire publier parce que la demande est énorme. Un abstract peut être accepté dans certaines disciplines si le sujet est pointu. L'article peut être le même que le travail réalisé dans le cadre du MaNaMa si celui-ci remplit les mêmes conditions de révision par des pairs.

2.1.2 Activités de l'Association des Médecins Spécialistes Francophones²⁶ (AMSFr)

2.1.2.1 Procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des généralistes²⁷

En 2017, l'AMSFr a pu participer aux travaux préparatoires du projet d'arrêté relatif à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes et a eu la possibilité de formuler des remarques²⁸. Un certain nombre de ces remarques ont été intégrées dans le texte définitif. La parité de la composition des commissions d'agrément a ainsi pu être garantie.

L'arrêté ne prévoit pas une procédure d'appel auprès d'une instance indépendante contre une décision de la commission d'agrément. En cas de contestation d'un avis défavorable rendu par la commission, le candidat peut transmettre à l'administration une note avec ses remarques motivées dans un délai de trente jours après la réception de l'avis. Dans ce cas, la commission réétudie le dossier. Elle peut maintenir son avis initial ou émettre un nouvel avis basé sur de nouvelles données. Le Ministre ou son délégué rend sa décision en se basant sur le dernier avis de la commission.²⁹

Le droit de faire appel n'est pas repris en tant que tel dans la convention européenne des droits de l'homme. Par conséquent, il n'est pas illégal de ne prévoir aucune procédure d'appel auprès d'une instance indépendante. Le candidat spécialiste peut toutefois présenter un recours devant le Conseil d'État.

²⁵ Agentschap Zorg en Gezondheid

²⁶ AMSFr : aile francophone du GBS

²⁷ Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 29 novembre 2017 fixant la procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. 29.01.2018)

²⁸ Cf. rapport annuel 2017 « Chantiers inachevés » p. 19 point "Compte rendu de la réunion à la Fédération Wallonie-Bruxelles sur le projet d'arrêté sur l'agrément des candidats spécialistes et des maîtres et lieux de stage, le 09.10.2017

²⁹ Art. 11

Dans une lettre du 4 avril 2018, l'Administration générale de l'enseignement du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles a invité le GBS, l'ABSyM et le Cartel à présenter:

- Au minimum trois membres et au maximum six membres pour chaque titre de niveau 2 repris dans l'AR du 25.11.1991³⁰
- Au minimum un membre et au maximum deux membres pour chaque titre de niveau 3 repris dans l'AR du 25.11.1991

En outre, pour chaque membre effectif, il faut présenter un suppléant. Le membre suppléant assiste à la réunion de la commission d'agrément en l'absence du membre effectif.

Le GBS a introduit toutes les candidatures également au nom de l'ABSyM et du Cartel. Initialement, on a tenté pour chaque titre de niveau 2, de présenter 6 membres effectifs et 6 suppléants siégeant sur le banc de la profession. Aussi, on a été extrêmement surpris d'apprendre de l'administration que pour de nombreux titres de niveau 2, les facultés s'étaient contentées de présenter 3 candidats effectifs et 3 suppléants pour siéger sur le banc des universités, frustrant ainsi de nombreux candidats qui avaient déjà manifesté leur intérêt pour siéger sur le banc de la profession. Pour ne pas chercher inutilement des candidats, l'administration nous a informés du nombre de candidats qui ont été proposés par les universités pour les titres de niveaux 2 et 3. Nous avons donc dû réduire de manière équivalente le nombre de nos candidats.

2.1.2.2 Examen d'entrée (communauté française) versus "numerus fixus" (communauté flamande)

En communauté française, pour l'année académique 2018-2019, un examen d'entrée en médecine et art dentaire a de nouveau été organisé en deux sessions, en juillet et en septembre 2018. Le taux de réussite a été communiqué sur le site internet d'Ares³¹. Pour les deux sessions, 1 042 participants ont réussi³².

Cependant, le quota imposé à la Communauté française est de maximum 607 médecins pour la période allant de 2023 à 2026. Cette année, la Communauté française permet donc à 435 étudiants en trop d'entamer des études de médecine.

	Belgique	Flandre	Communauté française
2008-2011	757	454	303
2012	890	534	356
2013	975	585	390
2014	1.025	615	410
2015-2017	1.230	738	492
2018	2.460	1.476	984
2019-2021	1.230	738	492

³⁰ AR du. 25 novembre 1991

³¹ Académie de Recherche et de l'Enseignement Supérieur

³² <https://www.ares-ac.be/fr/actualites/453-454-candidats-ont-reussi-l-examen-d-entree-en-medecine-et-dentisterie-de-septembre-portant-a-1-138-le-nombre-total-de-laureats-pour-l-annee-2018>

2023-2026	1.445	838	607
-----------	-------	-----	-----

(Source: AR 12.06.2008, modifié par les AR des 07.05.2010, 01.09.2012, 30.08.2015, 22.06.2017 et 31.07.2017)

Entre-temps, le débat politique sur l’octroi de numéros INAMI aux étudiants francophones surnuméraires candidats aux études de médecine déchaîne de nouveau les passions. Le gouvernement Michel a décidé de donner une attestation à tous les étudiants francophones jusque 2020 même si cela fait des années que du côté francophone, les quotas officiels sont largement dépassés. En échange, les partis francophones ont promis de mettre au point un examen d’admission qui impliquera que les quotas seront bien atteints dans le futur. Le nombre d’étudiants qui ont réussi l’examen d’entrée dépasse amplement les quotas admis. Maggie DE BLOCK refuse de continuer à libérer des numéros INAMI pour les étudiants francophones surnuméraires si aucun système de filtrage efficace n’est mis en place. À la Chambre, elle a annoncé qu’elle prendrait une mesure qui introduira l’obligation de disposer d’une attestation de contingentement. Cette attestation sera nécessaire pour pouvoir obtenir un lieu de stage et un numéro INAMI et pour pouvoir attester les prestations à la sécurité sociale.

Réaction du ministre de l’Enseignement supérieur **Jean-Claude MARCOURT**:

- « *Tous les étudiants qui ont réussi pourront entamer leur formation. Ce qu’il adviendra des 400 étudiants qui ne recevront pas de numéro INAMI n’est pas de ma responsabilité. C’est le problème du gouvernement fédéral.* »

Réaction de la ministre **Maggie DE BLOCK**:

- « *Le ministre MARCOURT a une grande responsabilité à prendre tant vis-à-vis de étudiants que des parents qui financent les études. La barre a été placée trop haut. Le but n’est pas de devoir trouver bientôt une nouvelle solution pour le surplus d’étudiants.* »

Jusqu’à présent, aucune proposition n’a encore été formulée pour endiguer le potentiel surplus de 435 médecins francophones en 2024. Dans la « Libre Belgique », Écolo a proposé de supprimer le numerus clausus, en s’inspirant de la France qui vient de décider d’abolir le numerus clausus à partir de 2020 et de le remplacer par des limitations à l’entrée plus ciblées.

2.1.3 Mdeon

À l’assemblée générale de Mdeon, le GBS est représenté par le Dr Jean-Luc DEMEERE. Le Dr Bernard MAILLET représente le GBS au Conseil d’administration et participe aux réunions du comité exécutif en tant que membre invité.

L’assemblée générale s’est tenue dans les locaux de Mdeon le 12.03.2018. Pour la première fois en 12 ans, la fonction de président a été confiée au représentant de l’ABSyM, le Dr Vincent LAMY. Comme il avait été tardivement informé de la date de la réunion, il a envoyé un message vidéo pour remercier l’assemblée générale de l’avoir élu président.

Le rapport annuel montre qu’en 2017, le nombre de demandes de visas est passé de 7 067 à 6 636, ce qui signifie une diminution de revenus pour Mdeon.

Le nombre de dossiers approuvés a augmenté de 2%, mais 20% des dossiers ont été refusés. Une analyse des dossiers refusés montre qu’après une nouvelle présentation du dossier, le pourcentage final des dossiers approuvés augmente jusqu’à 96%. Cependant, le nombre d’activités organisées par les firmes est resté stable. Les destinations ne sont pas exotiques. Les activités sont essentiellement organisées en France, Belgique et Allemagne. Viennent ensuite des pays comme le Royaume-Uni, l’Autriche, l’Italie ou les États-Unis.

Bien entendu, le Sunshine Act a été transposé dans le droit belge, avec l’arrêté royal du 14 juin 2017 définissant la transparence et confiant la régulation de cette transparence à Mdeon.

L'assemblée générale s'est clôturée avec un vibrant hommage au co-fondateur de Mdeon, Marc Henry CORNÉLY. Dans une présentation vidéo, le Conseil d'administration a salué la personnalité exceptionnelle de monsieur CORNÉLY, son sens de la diplomatie, la richesse de son langage et son respect des autres. L'assemblée générale a décidé de modifier les statuts et de créer le titre de président d'honneur de Mdeon.

Lors de réunion du 14.11.2018, sous la présidence du Dr Vincent LAMY, représentant de l'ABSyM, Mdeon a accueilli un nouveau membre, l'UPBTO ou Union Professionnelle Belge des Technologies Orthopédiques (BBOT Belgische Beroepvereniging van Orthopedische Technologiën). Cette union professionnelle se compose des bandagistes, orthésistes, prothésistes et technologues orthopédiques en chaussures ou moyens d'aide à la mobilité.

L'assemblée a ensuite approuvé une modification de l'article 20.4 des statuts en créant les titres de président d'honneur, de past president et de past vice-président. Le membre d'honneur est invité permanent à l'assemblée générale. Monsieur CORNÉLY (2006-2018) et monsieur VAN DEN BROECK (2006-2016) sont ainsi officiellement membres d'honneur de l'association.

On notera à nouveau une diminution du nombre de visas qui fait baisser les recettes de 3%. Afin de ne pas créer de problèmes financiers, on a proposé d'augmenter de 5€ le prix du visa, ce qui donnerait un bénéfice de +4,2% par rapport au budget de 2018.

Le président et la directrice Stéphanie BRILLON ont rappelé le succès des deux campagnes de presse, celle de juin sur la transparence et celle d'octobre dont le thème était « La déontologie : un sport de haut niveau ! ».

Le Pr Dr Roland LEMYE a donné un exposé sur la liberté thérapeutique. Cette liberté est de plus en plus limitée par des contraintes économiques. Pourtant, les principes de base inscrits dans le serment d'Hippocrate ou la déclaration de Genève sont toujours d'actualité à savoir : la liberté thérapeutique du médecin, le libre choix du médecin par le patient et le respect du secret professionnel. Le législateur impose ses lois et les médecins et l'Ordre des médecins doivent s'y adapter. Pour le médecin, il y a primauté de l'individu sur la société. On attend des médecins un comportement irréprochable.

Dans le secteur du médicament, les règles économiques et le remboursement déterminent les choix thérapeutiques. Si on épingle les dérives démagogiques de certains décideurs politiques et l'inflation des dépenses dans le secteur du médicament, force est de conclure qu'il y a un réel problème éthique dans l'exercice de cette liberté thérapeutique.

Le rapport du premier exercice de be.transparent présenté à l'occasion de l'assemblée générale du 14 novembre 2018, montre qu'en 2017, 530 entreprises de technologies pharmaceutiques et médicales ont investi un total de 203 271 730 euros dans des collaborations avec les dispensateurs de soins, les établissements de soins et les associations de patients actives en Belgique. Pour 2017, le Registre transparence contient les données de 14 617 bénéficiaires uniques dont 11 841 praticiens des soins de santé, parmi lesquels 7 726 médecins spécialistes, 1 361 généralistes, 2 600 organisations du secteur des soins de santé et 166 organisations de patients.

La proposition de l'AFCN pour l'évaluation de la valeur de la participation gratuite d'un prestataire de soins à un congrès scientifique organisé par une firme pharmaceutique est depuis décembre un sujet de discussion brûlant.

2.1.4 Le Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes

L'assemblée plénière du Conseil supérieur (CS) s'est réunie à 4 reprises, les 13 mars 2018, 13 juin 2018, 10 octobre 2018 et 12 décembre 2018. Ces dates sont toujours celles de la deuxième réunion du Conseil supérieur indiquée dans la lettre d'invitation. Tous savent que la première date mentionnée dans l'invitation est de pure forme. Le président et le secrétaire du Conseil Supérieur s'excusent donc à

chaque fois pour la première réunion factice. La deuxième réunion convoquée avec le même ordre du jour peut alors prendre des décisions de plein droit quel que soit le nombre de présents.

Les réunions du Conseil supérieur en 2018 sont marquées par un découragement réel de la part de son président et de ses membres. D'une part, ces dernières années, le Conseil Supérieur s'est investi avec beaucoup d'enthousiasme et de sérieux dans l'actualisation des critères de formation des différentes spécialités. D'autre part, ils doivent constater que les avis ne se traduisent pas par une publication des arrêtés ministériels des critères actualisés dans le Moniteur Belge. Ces critères sont pourtant essentiels pour permettre une formation de qualité. Or à ce jour, sauf pour les critères de la dermatologie³³, de la génétique clinique³⁴ et de la psychiatrie légale³⁵, on se base encore sur des critères datant parfois des années 70 du siècle passé. On croit rêver.

2018 fut aussi l'année de la double cohorte. Pour augmenter le nombre de lieux de stage disponibles, une mesure exceptionnelle a été publiée au Moniteur belge du 14 février 2018³⁶. Les maîtres de stage déjà agréés ont eu la possibilité d'adresser un courrier recommandé au SPF Santé publique avant le 30 avril 2018, pour demander une augmentation du nombre de candidats à former prévu dans leur arrêté d'agrément, pour le délai restant de leur période d'agrément.

Cette lettre devait au minimum contenir les informations suivantes :

- Le nombre demandé de candidats supplémentaires
- Une explication sur la manière de continuer à garantir la qualité de la formation
- Les activités du service au cours des 12 derniers mois, de préférence sous la forme d'APR-DRG ou codes INAMI (ou encore RPM pour les services psychiatriques)
- L'encadrement médical du service

Ces demandes sont traitées au Conseil supérieur conformément à la procédure officielle. Grosso modo, la double cohorte est « en place » et on peut se féliciter de ce succès.

En 2018, le Conseil supérieur a dû traiter les deux dossiers majeurs incontournables que sont l'élaboration du Livre vert pour le financement et la programmation des stages des médecins, et l'avis relatif à l'évaluation de la qualité-sécurité des services de stage.

Le livre vert prône la réforme du financement des maîtres de stage et la formation. Une nouvelle notion est apparue, le « voucher » servant à financer les moyens « pédagogiques » indispensables à la formation. Ce voucher est un budget accordé à chaque assistant en formation. Il sera financé par les montants du B7 des hôpitaux académiques (et certains grands hôpitaux ayant le B7B), les 10 millions de l'INAMI, une intervention substantielle du budget de la santé publique et l'assistance opératoire. .

En 2018, les maîtres de stage non universitaires ont pour la première fois pu faire valoir leur droit à une indemnité aux conditions suivantes³⁷ :

- le maître de stage est agréé par le SPF Santé publique pour un titre de niveau 2 et/ou niveau 3³⁸;

³³ Arrêté ministériel du 4 octobre 2016 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage en dermato-vénéréologie (M.B. du 25.10.2016)

³⁴ Arrêté ministériel du 23 mai 2017 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage en génétique clinique (M.B. du 31.05.2017)

³⁵ Arrêté ministériel du 28 octobre 2015 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, ainsi que des maîtres de stage et services de stage (M.B. 10.11.2015).

³⁶ AR du 1 février 2018 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément] des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

³⁷ Arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes (M.B. 25.06.2018)

³⁸ À l'exception des maîtres de stage en médecine légale, médecine du travail, gestion de données de santé, médecine d'assurance et expertise médicale.

- le service de stage auquel le maître de stage est attaché est agréé et ne se trouve pas dans un environnement universitaire
 - o un hôpital autre qu'un hôpital universitaire ou un hôpital sans lits universitaires
 - o un service de stage agréé en dehors d'un hôpital
- le médecin spécialiste en formation travaillant dans ce service de stage doit être en possession d'un plan de stage approuvé par le ministre compétent.

Pour les années de référence 2016 et 2017, le montant de l'indemnisation est de 1 510,57 euros par mois calendrier complet d'encadrement de stage effectif. Ce montant est forfaitaire et ne tient pas compte du nombre de médecins spécialistes en formation dans le service. Pour bénéficier de cette indemnisation, il fallait en faire la demande via l'application en ligne sécurisée MyINAMI, entre le 25 juin et le 23 septembre 2018³⁹.

Le GBS a pris connaissance de quelques situations problématiques : par exemple, des maîtres de stage qui étaient persuadés qu'ils avaient droit à l'indemnité mais ont dû constater subitement que l'hôpital bénéficiait d'une intervention B7A et B7B. L'INAMI a également reçu des demandes de rémunération de médecins qui formaient des assistants envoyés par un maître de stage coordinateur universitaire. Petit problème, ils n'étaient pas maîtres de stage agréés par le SPF Santé publique. Ils échappaient au radar des commissions d'agrément et du Conseil Supérieur.

La proposition d'avis sur l'évaluation de la qualité-sécurité des services de stage a été mise à l'ordre du jour de la réunion du Conseil supérieur à deux reprises. Le projet a été analysé et commenté une première fois lors de la réunion du 10 octobre 2018. La première version de la proposition d'avis ne donnait pas une image correcte des activités de la commission ad hoc consacrée à la qualité. Une proposition retravaillée a été présentée à la réunion du 12 décembre 2018. Nonobstant les remarques formulées pendant la séance par les Drs Jean-Luc DEMEERE et Marc MOENS, la réunion a approuvé le projet d'avis. Vu l'heure tardive, les autres membres du Conseil supérieur n'avaient plus assez d'énergie pour commenter abondamment ce texte.

Ce rapport accepté d'urgence par le conseil définit un processus fonctionnel de formation des candidats spécialistes. Trois points sont mis en avant : la subsidiarité, le rôle du Conseil supérieur et le candidat spécialiste comme évaluateur de la qualité. C'est donc bien le médecin en formation qui est au centre du processus d'évaluation. Le Conseil supérieur pourra, par des audits, évaluer la qualité de la formation et la qualité du lieu de stage.

Le texte définit le **réseau fonctionnel de formation**. Un réseau est formé entre les hôpitaux et les structures non hospitalières, universitaires et non universitaires qui accueillent des services de stage et comprennent obligatoirement une université disposant d'une faculté de médecine complète. Une université est associée à un seul réseau fonctionnel de formation. En d'autres termes, il y aura sept réseaux fonctionnels de formation correspondant aux 7 universités.

Chaque réseau fonctionnel de formation organise une « **commission de formation coupole** » qui doit être composée paritairement de médecins attachés à l'université ou l'hôpital universitaire d'une part et de médecins attachés à des hôpitaux non-universitaires. Cette commission a un rôle essentiellement de coordination. En seraient membres, des représentants des maîtres de stage coordinateurs (MSC) et des maîtres de stage (MS) universitaires et non universitaires, le Doyen de la Faculté de médecine, le médecin chef de l'hôpital universitaire, des représentants des médecins chefs des hôpitaux faisant partie du réseau de formation ainsi que des représentants des candidats-spécialistes.

³⁹ Les maîtres de stage actifs au Centre-hospitalier de Luxembourg qui ne pouvaient demander leur indemnité avec l'application en ligne sécurisée, ont pu en faire la demande en envoyant un email à l'INAMI.

Pour assister la Commission de formation couple une **commission de formation de spécialités** doit être constituée pour chaque spécialité. Ces commissions sont composées de tous les maîtres de stage universitaires et non universitaires (MSC, MSR⁴⁰, MS) impliqués dans la formation de cette spécialité ainsi que de représentants des candidats-spécialistes.

Afin d'homogénéiser le suivi de la qualité de la formation dans les différents réseaux fonctionnels de formation et de favoriser l'amélioration de la qualité, il est recommandé que les commissions de formation de chaque spécialité des différents réseaux fonctionnels de formation fonctionnent ensemble en collèges inter-réseaux fonctionnels de formation.

Il a été constaté que pour l'évaluation de qualité de la formation, il risque d'y avoir des conflits entre l'autorité fédérale et la commission paritaire d'agrément qui dépend des communautés.

Les audits du Conseil supérieur pourront évaluer les lieux de stage et les maîtres de stage. Sans cynisme, on a fait remarquer qu'il n'y avait actuellement pas de budget pour assurer ces audits.

Dans l'exercice de sa fonction de conseiller au GBS-VBS, le Dr Jan STROOBANTS a formulé les critiques suivantes concernant cet avis.

« L'argumentation rationnelle portant sur le bien-fondé des propositions est justifiée. L'absence d'une culture d'engagement pour la formation professionnelle explique que l'on critique certains services et maîtres de stage. Cependant, il y a d'autres éléments importants. Il faut aussi prendre en compte l'infantilisation forcée des candidats spécialistes en formation, due à certaines sous-parties de la formation (souvent théoriques) chronophages et dénuées d'intérêt. Il y a aussi l'absence d'une culture qui donne effectivement le droit au candidat d'être impliqué dans le choix des services de stage, parce que d'autres intérêts prévalent sur ceux de la formation. L'examen de certaines commissions d'agrément l'a déjà révélé lors de l'évaluation du trajet de stage de certains candidats. Proposer des solutions sans tenir compte de ces éléments cruciaux, voire même en les aggravant, n'est bien entendu pas souhaitable. Un audit global des effets des conditions actuelles de la formation basé sur un rapport uniforme des commissions d'agrément, donnerait au Conseil supérieur une meilleure image de la situation sur le terrain et des possibilités d'optimisation des structures de formation, plutôt que l'approche fragmentaire d'une partie du problème. Il serait même dangereux d'incorporer dans la loi des propositions qui pourraient accentuer ces problèmes.

Au lieu d'instaurer d'autres « catégories de maîtres de stage », on pourrait aussi envisager de confier ces fonctions au maître de stage coordinateur qui ne peut coordonner qu'un nombre limité de candidats. Il en résulterait immédiatement une cohésion entre l'avis sur le trajet de stage et son suivi. Cette possibilité permettrait aussi à la qualité de la formation d'être primordiale dans cette fonction, et non les prérogatives qui l'accompagnent. Le document parle de subsidiarité : pourtant, en confiant au maître de stage coordinateur les pleins-pouvoirs en matière de trajet de stage et en laissant le travail de suivi à d'autres, on ne respecte pas ce principe. Le service de médiation pour les employés de l'hôpital peut bien sûr aussi fonctionner comme service de médiation pour le candidat spécialiste en formation qui fait aussi partie du personnel de l'hôpital en question.

Un réseau fonctionnel de formation ne peut être l'équivalent d'un réseau clinique, dans le sens des réseaux hospitaliers. Il en résulterait une inégalité de fait entre les réseaux avec ou sans université au sein de leur réseau clinique, ce qui entraînerait une polarisation de la formation vers les réseaux auxquels appartiennent les hôpitaux universitaires concernés, avec pour conséquence une diminution de la qualité de la formation. L'indépendance d'un réseau fonctionnel de formation ne peut être garantie que si les maîtres de stage des hôpitaux universitaires et non universitaires peuvent occuper les mêmes postes dans toutes les fonctions existantes ou à créer autour de la formation. Dans cette affaire, il ne convient

⁴⁰ Maître de stage responsable du trajet de stage.

pas qu'un seul acteur assume le rôle de juge et partie pour atteindre l'objectif d'amélioration de la qualité.

L'avis mentionne également les difficultés liées aux zones de compétence adjacentes entre les différentes autorités. À cet égard, on peut se référer à certaines dispositions de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 février 2017:

Art. 2 §3 2^e alinéa: les commissions d'agrément ont pour mission de:

- surveiller l'exécution du plan des stages en toutes ses parties, tant par le maître de stage que par le candidat, conformément aux critères en vigueur et aux dispositions du présent arrêté;
- informer le collège des présidents concernant les problèmes rencontrés couramment lors du traitement des demandes d'agrément;
- fournir des avis généraux en matière d'agrément des médecins spécialistes ou généralistes.

Cet arrêté du Gouvernement flamand montre que la compétence relative au contrôle de la qualité de la formation revient aux Communautés. Ce point mériterait d'être au moins juridiquement clarifié. À cet égard, le Conseil supérieur pourrait par exemple baser ses conclusions concernant l'agrément des maîtres et des services de stage, sur les recommandations du collège des présidents. La compétence de contrôle et de conseil en matière de formation pourrait être confiée aux commissions d'agrément et à un collège des présidents (tel que déjà prévu dans l'arrêté du Gouvernement flamand et dans son équivalent francophone), au lieu de mettre en place de nouvelles structures à cette fin. La compétence exécutive portant sur les mesures relatives aux maîtres et services de stage reviendrait alors au Conseil supérieur, sur la base des avis des Communautés. Dans tous les cas, en matière de formation, il est conseillé de mener une politique cohérente, peu importe qui détient ces compétences. Il faut absolument que les différentes instances se concertent pour prévenir les incohérences, certainement si l'on reconnaît déjà qu'il existe « des zones de compétences grises » dans cet important dossier. La cohérence et la cohésion des structures qui régulent les formations importent autant que la cohérence et la cohésion de chaque formation individuelle.

2.2 Représentation à l'étranger.

Depuis 2002, année de sa nomination à la fonction de secrétaire général de l'UEMS⁴¹, le Dr Bernard MAILLET s'est consacré à la représentation du GBS dans différentes organisations médicales européennes et internationales. Depuis 2015, il est trésorier de l'UEMS. Au fil des ans, il a pu se constituer un impressionnant réseau. En application de l'accord de collaboration conclu entre le GBS et l'ABSyM, le Dr MAILLET représente aussi la Belgique au CPME⁴² et à la WMA⁴³.

2.2.1 UEMS

C'est le 20 juillet 1958 qu'à l'initiative du GBS, les organisations nationales des spécialistes d'Allemagne, de Belgique, de France, des Pays-Bas, du Luxembourg et d'Italie ont porté l'UEMS sur les fonts baptismaux. Le 20 octobre 2018, à l'occasion de la réunion du Council, l'UEMS a solennellement célébré ses 60 ans d'existence. Une distinction honorifique a été décernée à des sommités⁴⁴, dont le Pr Jacques GRUWEZ, pour leur engagement au sein de l'UEMS.

⁴¹ Le Dr B. Maillet a exercé la fonction de secrétaire général de l'UEMS entre 2002 et 2011.

⁴² Comité permanent des Médecins européens - Standing Committee of European Doctors

⁴³ World Medical Association

⁴⁴ Dr Andrzej RYS – gold badge of honor, Dr Zeev GOLDIK – silver decoration of honor, Dr Yacov REISMAN – silver decoration of honor, Dr Hans Pater ULRICH – silver decoration of honor, Dr David WILLIAMS – silver decoration of honor, Prof. Jacques

Au cours de la dernière décennie, l'UEMS a déployé ses ailes et est devenue un interlocuteur crédible aux niveaux européen et international. Aujourd'hui, l'UEMS compte 31 organisations nationales membres à part entière, 4 organisations membres associées et 5 observateurs⁴⁵.

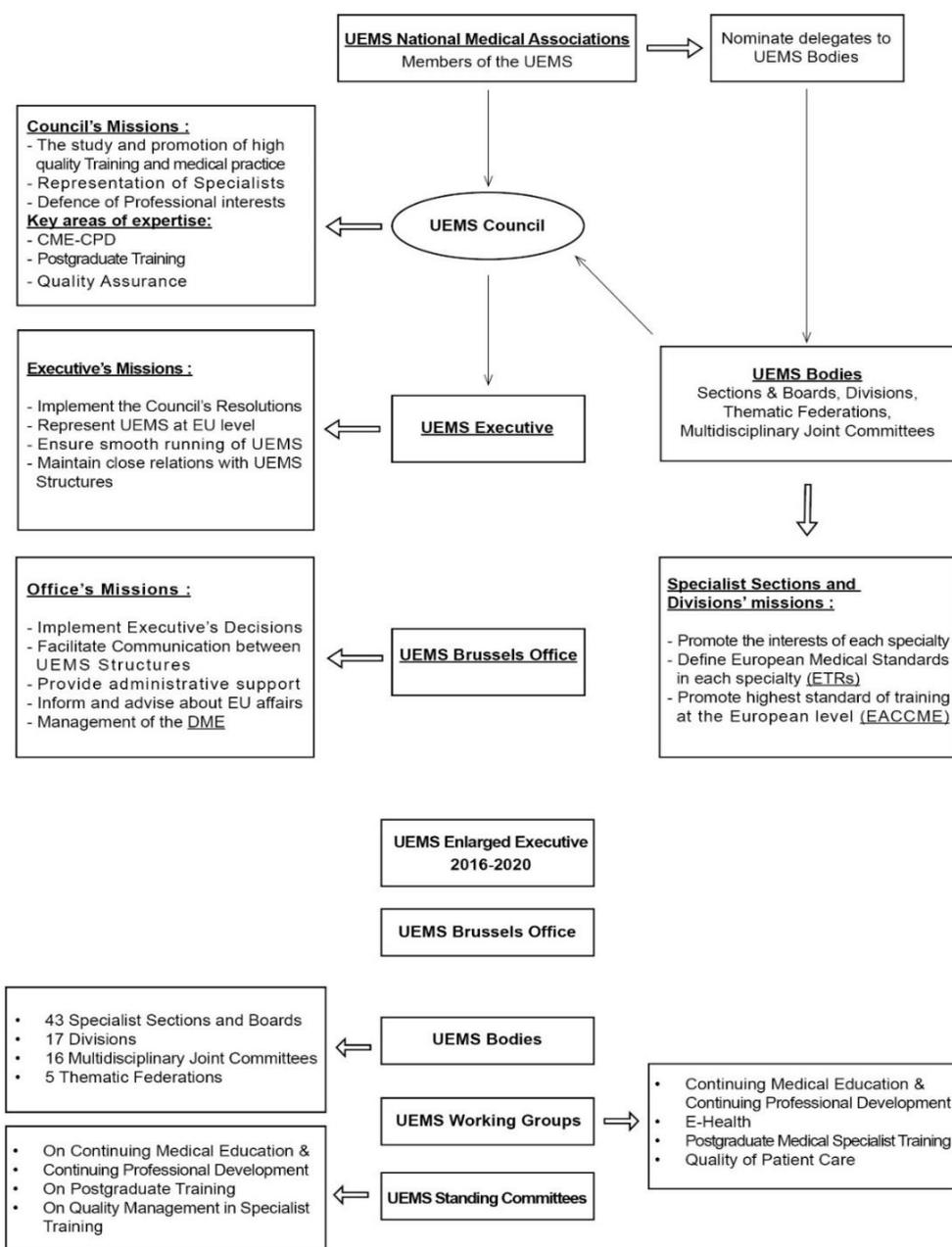
Pour toutes ces raisons, il est peut-être utile de s'attarder un peu plus sur l'objectif et la structure actuels de l'UEMS. Certains représentants des sections eux-mêmes ne savent pas toujours clairement en quoi consistent les activités et les divers organes de l'UEMS. Profitons donc de l'occasion pour donner un peu plus d'informations sur l'UEMS, d'une manière claire et concise.

GRUWEZ – gold decoration of honor, Dr Rolf KIRSCHNER – gold decoration of honor, Prof. Cillian TWOMEY – honorary membership

⁴⁵ Les organisations nationales membres à part entière représentent: l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, le Grèce, la Hongrie, l'Islande, l'Irlande, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie, le Royaume uni, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède, la Suisse. Les organisations membres associées représentent l'Arménie, l'Israël, la Serbie et la Turquie. Les observateurs sont la Géorgie, l'Irak, le Liban, le Maroc et la Tunisie

https://www.uems.eu/__data/assets/pdf_file/0012/42141/UEMS-National-Association-Members-20171212.pdf :

ORGANIGRAM U.E.M.S.



III.1

L'UEMS poursuit les buts non lucratifs d'utilité internationale suivants :

- l'étude et la promotion du plus haut niveau de formation des médecins spécialistes, de la pratique médicale et des soins de santé dans l'UE ;
- la représentation, dans ce cadre, de la profession médicale spécialisée des états membres de l'Union européenne auprès des autorités de l'Union européenne ;
- la défense des intérêts professionnels des médecins spécialistes européens ;

Les activités que l'UEMS se propose de mettre en œuvre pour atteindre ses objectifs comprennent :

- la création de Sections et Boards⁴⁶ pour chaque spécialité médicale ;
- la création d'un système général d'accréditation de la formation médicale continuée et du développement professionnel continué ; de la formation postgraduée et de la gestion de la qualité au niveau européen ;
- la création de groupes de travail sur les sujets intéressant les médecins spécialistes au niveau européen.

L'UEMS est dirigée par le « Council » qui se réunit deux fois par an. La réunion de printemps a souvent lieu à Bruxelles et l'organisation de la réunion d'automne est confiée à une organisation membre. Au Council, le GBS est représenté par le Dr Jean-Paul JORIS, radiologue, chef de la délégation belge. Il est assisté par le Dr Marc HERMANS, psychiatre, qui le remplace en tant que chef de la délégation en cas d'empêchement. Le Dr Marc HERMANS a aussi été élu vice-président de l'UEMS en 2016. À l'UEMS, il a acquis ses galons au sein du Council après plusieurs années de travail remarquable à la présidence du Grouping III qui rassemble les dénommées petites spécialités (c. à d. le groupe des disciplines non chirurgicales et non internistes). En tant que vice-président, il n'est plus le représentant d'un groupe en particulier mais il remplit plutôt des tâches de représentation et de soutien à la politique au cours des activités de l'UEMS.

La structure financière de l'UEMS a considérablement évolué au cours de la dernière décennie. Initialement financée par les seules cotisations des membres, on assiste aujourd'hui à une diversification des ressources et à l'apparition de nouveaux revenus (accréditation, examens UE, conférences, locations Domus Medica Europae ...) De ce fait, les actifs de l'UEMS ont augmenté considérablement de telle façon que la nature fiscale même de l'organisation a changé devenant une grande a(i)sbl nécessitant un contrôle plus strict par les autorités, conformément aux prescrits légaux. La modification de la structure financière des revenus a aussi un impact sur le régime appliqué à la TVA.

Après quelques années de turbulence, les résultats financiers de 2018 sont rassurants et encourageants. Les principaux gouffres financiers causés par l'achat et la rénovation de la Domus Médica à Bruxelles, ont été comblés. Cependant, en interne, il faut encore conclure des accords solides avec les sections sur les obligations qu'elles doivent remplir. Fin décembre 2018, une réunion a donc eu lieu à Bruxelles avec les trésoriers de toutes les sections. Afin de pouvoir établir une comptabilité complètement centralisée dans les règles de l'art, chaque section devra supporter des frais de management.

Chaque année au mois d'octobre⁴⁷, le GBS organise une réunion des représentants belges dans les différentes sections de l'UEMS, en préparation de la réunion d'automne du Council. Outre quelques inconditionnels qui signent présent chaque année, cette réunion attire un nombre variable de

⁴⁶ **UEMS Specialist Sections and Divisions**: Allergology, Anaesthesiology, Cardiology, Cardiothoracic Surgery, Child and Adolescent Psychiatry, Clinical Neurophysiology, Dermatology and Venereology, Emergency Medicine Endocrinology, Gastroenterology, Geriatrics, Gynaecology and Obstetrics, Infectious Diseases, Internal Medicine, Laboratory Medicine / Medical Biopathology, Medical Genetics, Medical Microbiology, Medical Oncology, Nephrology, Neurology, Neurosurgery, Nuclear Medicine, Occupational Medicine, Ophthalmology, Oro-Maxillo-Facial Surgery, Orthopaedics & Traumatology, Otorhinolaryngology, Paediatric Surgery, Paediatrics, Pathology, Pharmacology, Physical Medicine and Rehabilitation, Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, Pneumology, Psychiatry, Public Health Medicine, Radiology, Radiation Oncology and Radiotherapy, Rheumatology, Surgery, Thoracic Surgery, Urology, Vascular Surgery.

Multidisciplinary Joint Committee: Adolescent Medicine, Breast Care, Hand Surgery, Immune Mediated Disease, Infection Control, Intensive Care Medicine, Manual Medicine, Network of Accredited Skills Centers in Europe (NASCE), Oncology, Pain Medicine, Paediatric Urology, Phlebology, Rare & Undiagnosed Diseases, Sexual Medicine, Spine Surgery, Sports Medicine.

Thematic Federations: CESMA, Hypertension, Legal and Forensic Medicine, Vertigo, Wound Healing.

UEMS Specialist Divisions: Angiology (Internal Medicine), Neuroradiology (Radiology), Interventional Radiology (Radiology), General Surgery (Surgery), Emergency Surgery (Surgery), Transplant Coordination (Surgery), Transplant Medicine (Surgery), Transplant Surgery (Surgery), Transplant Immunology (Surgery), Breast Surgery (Surgery), Oesophagogastric Surgery, Coloproctology (Surgery), Endocrine Surgery (Surgery), Hepato-Pancreato-Biliary Surgery (Surgery), Reproductive Medicine (Gynaecology), Surgical Oncology (Surgery), Trauma Surgery (Surgery).

<https://www.uems.eu/about-us/medical-specialties>

⁴⁷ 10.10.2018

représentants des sections. Pour les participants qui débudent leur carrière européenne de spécialiste, l'occasion est idéale pour faire connaissance avec les collègues des autres sections et surtout acquérir de l'expérience. Les sections sont souvent confrontées à des demandes du même type concernant par exemple l'organisation de l'examen européen et son financement. Il est toujours utile et intéressant d'apprendre comment les autres sections ont pris en charge ces dossiers.

Après une réunion à Tel Aviv⁴⁸, le Council a organisé sa réunion de printemps les 27-28.04.2018 à Marrakech. C'était donc la deuxième fois que la réunion du Council de l'UEMS se déroulait hors Europe. Nonobstant l'organisation parfaite de ces deux réunions, il a été décidé, du moins provisoirement, de ne plus organiser de réunions du Council hors Europe pour conserver la spécificité européenne de l'UEMS.

Lors de la réunion de printemps du Council des 27-28.04.2018, les ETR⁴⁹ ont été approuvés pour les disciplines suivantes: Physical and Rehabilitation Medicine, Endocrinology, Anaesthesiology, Gynaecology Obstetrics, Paediatric Rheumatology, Paediatric Infectious Diseases, Paediatric Allergology. L'approbation des ETR de l'Emergency Medicine a été ajournée parce qu'un certain nombre d'amendements devaient encore être élaborés. Lors de la réunion d'automne des 19-20.10.2018, les ETR de MJC Wound Healing, Radiology, Infectious Diseases et Transplant Surgery ont été approuvés. L'approbation des ETR d'Endocrine Surgery a été ajournée à défaut de représentant.

Au fil des ans, on a constaté qu'il existait une marge d'amélioration dans la conception et l'approbation des ETR. La nouvelle procédure plus formalisée devra être adaptée prochainement. Les ETR déterminés par la section concernée seront par la suite transmis à un « ETR Review Committee ». Les membres de ce comité peuvent formuler des remarques sur la proposition. La section est libre de tenir compte ou non des remarques formulées mais elle doit dans tous les cas y répondre et motiver sa décision. La section doit mettre à disposition la version définitive des ETR au moins un mois avant la réunion du Council. L'autorité des ETR approuvés au niveau européen est considérable. Lors de l'actualisation des critères d'agrément qui sont depuis plusieurs années l'un des principaux points d'attention du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes, le modèle de document qui doit être utilisé se réfère invariablement aux ETR approuvés au niveau européen par l'UEMS.

L'éventualité d'un Brexit ne pose pas de problème au fonctionnement interne de l'UEMS. L'adhésion à l'Union européenne n'est en effet par une condition pour devenir membre de l'UEMS. La BMA⁵⁰ qui a établi son agence européenne dans les locaux de l'UEMS, suit de très près les actualités liées au Brexit. À intervalles réguliers, des concertations avec des fonctionnaires de la Commission européenne ont lieu. La BMA espère un statu quo de la situation actuelle en ce qui concerne les fonds de recherches européens, les publications scientifiques, la reconnaissance des disciplines et la représentation dans les différents organes. Au sein du NHS⁵¹, la situation du personnel infirmier est dramatique. Il leur est aussi extrêmement difficile de garder des spécialistes étrangers. En raison de la situation incertaine qui perdure, de nombreux groupes de prestataires de soins ne prolongent pas leur contrat et retournent dans leur pays d'origine.

L'UEMS concentre ses activités dans trois domaines distincts, chacun étant représenté par un Council correspondant.

- Le domaine des CME/CPD (Continuous Medical Education/Continuous Professional Development) concerne la formation médicale continue et le développement professionnel. Le European Accreditation Council for Continuous Medical Education (EACCME) relève de ce domaine.

⁴⁸ 27-28.04.2017

⁴⁹ ETR – European Training Requirements

⁵⁰ BMA – British Medical Association

⁵¹ NHS – National health system

- Le deuxième domaine concerne le Postgraduate Training et se concentre sur les aspects de la formation relatifs à une spécialité particulière. Il est dirigé par le Council for European Specialist Medical Assessment (CESMA).
- Le troisième domaine, la Quality Assurance, se concentre sur la qualité de la formation offerte, de la formation continue et de l'exercice de la pratique. Cependant, le European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications (ECAMSQ) n'est pas encore vraiment pris son envol.

EACCME - Le EACCME a été fondé en 1999 pour l'accréditation des activités de formation et à cet effet, il a créé les ECMECs (European CME credits), soit les crédits de formation continue. Avec différentes instances nationales, l'UEMS a conclu un accord pour que ces crédits puissent être directement ajoutés dans les systèmes d'accréditation nationaux. L'UEMS a aussi conclu un accord de ce type avec l'INAMI belge. Un ECMEC équivaut à un point d'accréditation dans le système INAMI. Si un collègue participe à une activité de formation continue accréditée par l'UEMS, il lui suffit donc de signaler celle-ci directement pour prolonger son propre statut d'accréditation, sans autres obligations administratives.

Tout organisateur d'activités de formation continue peut demander une accréditation via une plateforme développée à cette fin. La première plateforme informatisée a été présentée exhaustivement pendant une conférence à Amsterdam en 2016. Sur la base des remarques formulées à l'époque, la plateforme a récemment fait l'objet d'une refonte totale. Le délai des demandes et la convivialité de la plateforme ont par exemple été sensiblement améliorés. Les organisateurs principaux de congrès sont aujourd'hui suffisamment confiants et satisfaits de l'application.

Les activités les plus importantes pour lesquelles une accréditation peut être demandée sont bien entendu les congrès et les symposiums de plusieurs jours, soit les « life educational events ». Par ailleurs, il est aussi possible de faire accréditer les activités en ligne (« e-learning materials »). Lors de la dernière réunion du groupe direction, il a aussi été décidé de prendre en compte les « webinars ». En outre, il est aussi possible de faire accréditer des publications personnelles.

Fait non négligeable, des accords ont été conclus avec les autorités d'accréditation des Etats-Unis et du Canada et ont permis de mettre en place une reconnaissance mutuelle des activités accréditées. Très récemment, une plateforme espagnole a même été développée pour que cette communauté linguistique puisse aussi utiliser dans le monde entier les principes de qualité élaborés par l'UEMS.

CESMA - Le CESMA a seulement été fondé en 2007 mais il a déjà derrière lui un bon nombre de réalisations. Ce council intervient en tant qu'organe consultatif pour l'organisation d'« assessments », soit, concrètement, des examens. L'objectif fondamental est bien entendu d'harmoniser l'évaluation des compétences des candidats participants. Ce conseil fournit des manuels lors de l'organisation des examens. Si le candidat réussit, il reçoit un diplôme qui est avant tout un certificat de la qualité obtenue: en d'autres termes, il s'agit donc d'un label de qualité pour le collègue en question. En Europe, de nombreuses spécialités organisent actuellement des examens de ce type. Pour certaines spécialités, ce certificat donne directement accès à l'agrément dans leur propre pays et se substitue désormais au système d'examen national. Par ailleurs, ces dernières années, l'UEMS a constaté que de plus en plus de candidats se présentent du fin fond de l'Europe. Après avoir décroché leur certificat, ces collègues aiment aussi brandir ce diplôme comme un label de qualité dans leur propre pays.

2.2.1.1 FEMS⁵² et AEMH⁵³

En tant que chef de la délégation belge et représentant de l'UEMS, le Dr Bernard MAILLET a participé à la réunion commune de l'AEMH et de la FEMS qui s'est tenue à Lisbonne du 7 au 9 juin 2018.

⁵² FEMS – Fédération Européenne de Medecins Salariés.

⁵³ AEMH - Association Européenne des Médecin Hospitaliers – European Association of Senior Hospital Physicians

Le 7 juin 2018, une conférence a été consacrée aux différents systèmes de soins de santé des états membres de l'Union européenne. L'accent a été mis sur les systèmes de soins de santé des pays suivants : Allemagne, France, Roumanie, Suède, Croatie, Italie et Portugal.

Le 8 juin 2018, deux groupes de travail ont été constitués: l'un était plus en rapport avec l'AEMH et portait sur le « Clinical Leadership » tandis que l'autre était une initiative de la FEMS en préparation de la conférence de septembre sur les « Working Conditions ». Le groupe de travail placé sous les auspices de la FEMS a attiré énormément de monde. Contrairement à la plupart des autres organisations médicale européennes, la FEMS accepte plus d'une association médicale par pays comme c'est le cas pour la France, l'Italie et le Portugal.

L'organisation des dispensateurs de soins de santé roumains « Sanitas » avait introduit sa candidature à la FEMS. Cependant, comme cette organisation représente non seulement les médecins mais aussi toutes les catégories des professions de soins de santé, cette candidature n'a pu être retenue. La candidature de la « Trade Union of Northern Cyprus Physicians »⁵⁴ a quant à elle été acceptée.

La FEMS envisage de déplacer son siège social en Belgique ultérieurement.

2.2.1.2 CPME⁵⁵

La réunion de printemps du CPME (Comité permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors) a eu lieu à Bruxelles le 14 avril 2018. Comme le veut la tradition, la réunion d'automne s'est déroulée du 8 au 10 novembre 2018 à Genève, lieu de résidence de Jacques HALLER, président sortant.

Pendant l'assemblée générale du samedi 10 novembre, on a procédé à l'élection de « l'Executive Committee » qui devait prendre la relève du CPME dès le 1 janvier 2019. Le Pr. Montgomery (Allemagne), ancien trésorier, a été élu président. Il est le seul à avoir fait partie de l'équipe précédente. À partir du 1er janvier 2019, c'est donc une toute nouvelle équipe qui reprendra les activités du CPME.

Le vendredi matin, l'assemblée a débuté par une conférence intitulée « Healthcare in Danger » accompagnée d'une présentation donnée par un collègue de la Croix rouge internationale, le Dr Leonid EDELMAN, président de l'Union des Médecins d'Israël et président de l'Association médicale mondiale.

Le Groupe de travail s'est réuni, avec au programme : « Healthy Living, Professional Practice, Pharmaceuticals and Refugee Medicine ».

3 Financement

3.1 Le GBS et l'étude sur le poids relatif de la nomenclature (Pr. Magali PIRSON-Pr. LECLERCQ)

Les professeurs PIRSON et LECLERCQ et l'équipe du Pr. KESTELOOT de la KU Leuven ont présenté leurs études respectives à la ministre DE BLOCK et ses collaborateurs en janvier 2018.

Le 5 février 2018, les professeurs PIRSON et LECLERCQ ont dévoilé en primeur les résultats de leur étude au Dr Jean-Luc DEMEERE et à Mme Fanny VANDAMME. Le 28 février 2018, les résultats ont été présentés à l'ensemble des experts qui avaient participé à l'étude.

⁵⁴ Cette organisation représente des médecins de la partie turque de Chypre.

⁵⁵ CPME – Comité Permanent des Médecins Européens

L'équipe PIRSON - LECLERCQ a calculé le coût de 355 prestations sélectionnées dans toutes les spécialités médicales et analysées jusque dans les moindres détails. Et au sein d'une spécialité, ils ont établi un classement des prestations, basé sur 3 critères: la durée, le risque et la complexité. Pour pouvoir mettre au point ce classement, l'institut de marketing de l'ULB a élaboré un modèle mathématique qui permet de mesurer ces critères et d'établir un honoraire objectif. Ce modèle pourrait servir dans le futur pour réviser l'ensemble des prestations de la nomenclature.

Quel est le lien logique entre l'étude PIRSON - LECLERCQ et le financement des soins à basse variabilité? Les montants attribués aux soins à basse variabilité vont être introduits sur la base historique des remboursements ; ensuite, la nomenclature sera révisée suivant la méthodologie utilisée dans le cadre de l'étude PIRSON-LECLERCQ. L'étude du Pr. KESTELOOT avait quant à lui pour objectif d'analyser le montant de financement prévu dans le BMF.

3.2 Le Rapport MAHA 2018

Chaque année, la banque Belfius publie son rapport sur la santé financière de nos hôpitaux. Lors d'une conférence de presse donnée le 10 octobre 2018, Belfius a présenté son 24^e rapport. Cette année, l'étude intégrait non seulement les résultats de tous les hôpitaux généraux mais aussi ceux des hôpitaux universitaires.

La dégradation du financement des institutions de soins se poursuit. Le résultat courant passe de 96 millions à 29 millions soit -70,1% ou de 0,7% à 0,2% du chiffre d'affaires et le résultat de l'exercice, de 254 millions à 130 millions soit de 1,9 à 0,9% du chiffre d'affaire. Quel CFO⁵⁶ ou CEO⁵⁷ aimerait diriger une entreprise avec une telle marge bénéficiaire ? Le résultat est que 39 hôpitaux, contre 30 l'année précédente, sont en négatif pour le résultat courant et 19 (contre 13) pour le résultat de l'exercice. Pire, 24 hôpitaux, contre 16 en 2016, ont un cash-flow insuffisant pour rembourser les dettes de l'année. En d'autres termes, 24 hôpitaux doivent faire appel à une aide extérieure pour terminer l'année et 39 hôpitaux sur 92 sont en difficulté financière. Ces chiffres sont ceux d'un secteur économique où l'activité et la rentabilité sont mises sous tutelle, celle du pouvoir fédéral (BMF) et celle du pouvoir régional pour les investissements. Le paradoxe est double : d'une part, l'état régule le système et impose son financement ; d'autre part, dans le compte de résultats, l'apport de fonds le plus important est l'honoraire des médecins et non le budget des moyens financiers (BMF) du SPF Santé publique. Les médecins participent pour 42% des revenus de l'hôpital, contre 38% pour le BMF. L'exercice comptable montre que 62% de la masse des honoraires sont restitués à leur propriétaire à savoir les médecins. Ces chiffres sont globaux et ne décrivent pas la part des honoraires rétrocédés par spécialité pour le financement de l'hôpital.

Ceci soulève une première interrogation. Pour un banquier, la richesse de l'hôpital est constituée à 80% des honoraires des médecins et du BMF. Le BMF est fixé par le SPF Santé publique. Les honoraires des médecins sont le fruit de leur activité rémunérée à l'acte, diminués des montants rétrocédés au gestionnaire. Cette rémunération à l'acte sera forfaitisée pour +/- 10%, par le système des soins à basse variabilité. La réorganisation des activités médicales en fonction des réseaux de soins peut également modifier l'activité médicale par site hospitalier et ce faisant, les prélèvements sur honoraires. Si on rend obligatoire la concentration de certaines pathologies lourdes (pancréas, œsophage) en déplaçant l'activité médicale vers un nombre limité d'institutions essentiellement universitaires, cela aggravera la situation financière d'hôpitaux non-universitaires. En d'autres termes, le financement sur la base des honoraires médicaux est totalement imprévisible pour le manager et se trouve en dehors du système

⁵⁶ CFO: Chief Financial Office

⁵⁷ CEO: Chief Executive Officer

de management car le médecin est souvent indépendant. Les honoraires abandonnés au management sont le fruit d'une négociation entre le Conseil Médical et le gestionnaire. Aucun gestionnaire n'apprécie que des médecins indépendants aient des priorités différentes des siennes. Ce système de financement n'est pas transparent et pose problème.

La croissance des investissements ralentit. Heureusement ! Les investissements continuent mais diminuent en nombre et en montant. Au bilan, les actifs immobilisés augmentent de 600 millions (5,8%) pour un montant de 10,721 milliards ou 55,1% de l'actif dont 54% en immobilisations corporelles. Les terrains et constructions augmentent de 8 006 millions (+12,4%) pour un montant équivalant à 75% de l'actif immobilisé. Le matériel médical augmente de 824 millions (+5,5%), et le matériel non médical, de 569 millions (+6,3%). Par contre, les actifs circulants diminuent de 31,8 millions (-0,4%), ainsi que les liquidités et placements de 2,657 milliards qui diminuent de 92 millions (-3,4%). Parallèlement, les dettes à long terme augmentent. Ces dettes devront être épurées dans les trente années à venir. Mais que deviendra la configuration des hôpitaux, leur personnalité juridique, leur financement ?

En 2019, les investissements ne dépendent plus de l'autorité fédérale. Jadis, l'autorité accordait un subside pour par exemple 60% des coûts de l'investissement. Pour l'Europe, le coût d'investissement est une dette. Cette dette serait remplacée par un forfait ou subside forfaitaire. Les 60% du coût de construction ne sont plus à la charge du pouvoir, ils sont remplacés par un montant fixe accordé et budgété (pour l'Europe). Le risque financier est assumé par l'hôpital.

L'article du journal « De Tijd » du 05/11/2018 est très intéressant dans son analyse des hôpitaux flamands. Le bénéfice des hôpitaux flamands est en moyenne de 61 millions d'euros alors qu'à Bruxelles et en Wallonie, on note un négatif de 32 millions d'euros. En Flandre, on passe de 0,2% (cf. supra) à 0,7% du chiffre d'affaires. Si on regarde de plus près les résultats, on constate qu'en Flandre, 16 hôpitaux sur 51 sont en négatif contre 11 en 2016. Le gain des 17 plus grands hôpitaux est de 1,4%, contre le gain des 17 plus petits hôpitaux dont le bénéfice est de 0,02%. En parallèle, si on considère le personnel financé par lit, il est de 24 pour les grands hôpitaux contre 21 pour les petits hôpitaux. La taille de l'hôpital semble contribuer à sa rentabilité financière. En Flandre comme en Wallonie, les hôpitaux ont peu de marge bénéficiaire. En Wallonie, le poids des nominations statutaires et des pensions de même que le poids de l'administration jouent un rôle.

Le nombre des admissions a légèrement diminué de 0,7% pour un nombre de 1 476 000. Le nombre de journées d'hospitalisation a diminué de 10,299 ou de 2,4%. Malheureusement, les admissions en ambulatoire ont diminué de 494 000 ou - 1,2%. La durée de séjour passe de 7,1 à 6,9 (- 1,8%) jours. La durée de séjour en C et D (les lits C et D sont respectivement la chirurgie et la médecine interne) passe de 4,9 à 4,7 jours (- 3,3%). La durée de séjour en gériatrie passe de 20,7 à 20,2 jours (- 2,5%). Que retenir de ces chiffres ? Le « virage » vers l'ambulatoire ne se manifeste pas. Le nombre d'admissions diminue. La durée de l'hospitalisation diminue. L'activité hospitalière n'est pas en croissance selon ce rapport. Ceci ne facilite pas le financement hospitalier basé sur l'activité médicale et la durée de séjour.

À ce bilan se greffent des nouveaux défis, à savoir l'informatique et la digitalisation des dossiers médicaux, les procédures d'accréditation, la constitution des réseaux hospitaliers avec les réorganisations des activités et surtout, l'amortissement (souvent sur 30 ans) des investissements de ces dernières années. L'asphyxie financière devient de plus en plus déterminante. Dans le financement, les médecins sont le maillon faible qui n'est pas soutenu par le BMF. Les médecins pourront (devront) par leur activité contribuer davantage au financement de l'hôpital. Comme aux Pays-Bas, l'asphyxie financière risque de provoquer la faillite de certains hôpitaux.

3.3 Les soins à basse variabilité⁵⁸

Dans la déclaration gouvernementale du gouvernement Michel I, il était écrit : « *Le système actuel de financement des hôpitaux sera soumis à une révision en profondeur. Le nouveau⁵⁹ système de financement des hôpitaux doit couvrir les frais de fonctionnement des hôpitaux et suivre correctement l'évolution des besoins. Il devra être moins lié à la structure et aux prestations, et devra stimuler les institutions et les dispensateurs de soins pour adopter une attitude axée sur la qualité et les résultats dans tous les domaines significatifs (accessibilité, respect des délais, sécurité, efficacité, efficience, ...), sans alourdir davantage l'obligation globale d'enregistrement. (...) La préférence du Gouvernement est pour un système de financement mixte, tant avec un financement prospectif pour les soins pouvant être standardisés, qu'avec le maintien du principe d'un honoraire par prestation médicale.* »

Le paiement à l'acte qui est une des caractéristiques d'une médecine libérale a du plomb dans l'aile. Pour des raisons économiques, une médecine financée sur la base d'honoraires forfaitaires se substitue à une médecine financée à l'acte. Le paiement à l'acte génère des prestations peu nécessaires voire inutiles mais rémunérées.

L'avant-projet de loi relatif au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité est source de préoccupations depuis mi-2017. L'union professionnelle des anesthésistes a été le premier groupement professionnel à tirer la sonnette d'alarme en attirant l'attention sur les dangers de cette nouvelle réglementation. Le 5 juillet 2017, une délégation d'anesthésistes a été reçue au cabinet de la ministre Maggie DE BLOCK pour exposer les motifs de leur opposition au projet de loi. Le 6 juillet 2017, les chirurgiens étaient à leur tour reçus au cabinet de la ministre Maggie DE BLOCK. On ne peut pas dire que ces rencontres aient été couronnées de succès.

Pour exprimer leur protestation, l'union professionnelle des anesthésistes a convoqué des états généraux qui ont attiré pas moins de 300 anesthésistes le 7 octobre 2017. L'un de leurs griefs était notamment que le conseil médical détient la compétence de répartir les honoraires forfaitaires des prestations comprises dans les soins à basse variabilité, entre les différents médecins impliqués dans l'exécution de la prestation. Ils exigeaient entre autres que l'INAMI ventile les honoraires forfaitaires par spécialité entre les différents spécialistes participant à l'intervention. L'argument défendu était que chaque médecin est propriétaire de ses honoraires, que ceux-ci soient forfaitaires ou non.

Soutenue par une analyse juridique de l'avocat de la maison, Maître Filip DEWALLENS, l'APSAR doute qu'une redistribution des honoraires par le conseil médical soit bien légale. Chaque médecin est effectivement propriétaire de ses honoraires.

Sur la base de l'art. 155 § 5 de la loi des hôpitaux, l'accord entre le gestionnaire et le conseil médical tel que visé aux alinéas §3 et 4⁶⁰, est contraignant pour les médecins hospitaliers impliqués nonobstant toute stipulation contraire dans les conventions et actes de nomination individuels visés à l'article 145§6. Le conseil médical est donc compétent pour décider des retenues (en pourcentages ou coûts réels) et de la destination de celles-ci. Ainsi, un fonds de solidarité par exemple peut être constitué. De cette manière, des spécialités/services moins lucratifs peuvent être soutenus. Le conseil médical n'a cependant pas la compétence pour procéder à la répartition primaire des honoraires entre les différents

⁵⁸ Document de la Chambre 54-3189/4

⁵⁹ Point 3.6.4. de la déclaration gouvernementale du 09.10.2014 du gouvernement Michel.

⁶⁰ En outre, le service de perception applique aux montants perçus pour la couverture des frais de l'hôpital occasionnés par l'exécution de prestations médicales qui ne sont pas indemnisées par le budget, des retenues qui peuvent être exprimées en pourcent et sont fixées sur la base des tarifs convenus de commun accord entre le gestionnaire et le conseil médical. Le Roi peut énumérer les frais ci-dessus à prendre en compte pour la fixation des retenues ainsi que des critères d'évaluation de ces frais.

§ 4. En ce qui concerne le montant et l'affectation des contributions visées au § 1, 4°, le gestionnaire et le Conseil Médical décident de commun accord.

médecins. La loi relative aux soins à basse variabilité ne déroge pas à la règle des retenues appliquées aux honoraires des médecins.

Le 30 mars, l'avant-projet de loi a été approuvé en première lecture par le Conseil des ministres et il a été présenté pour avis au Conseil d'État. Le Conseil des ministres a approuvé le projet en deuxième lecture le 15 juin 2018. Le 22 juillet 2018, il était déposé à la Chambre. Le traitement à la Commission Santé publique de la Chambre a eu lieu le 3 juillet 2018. Le traitement et finalement le vote de ce projet a suivi un tempo qui contraste fortement avec la vitesse à laquelle l'arrêté d'exécution sera publié.

Le 18.06.2018, l'INAMI a organisé une session d'informations en néerlandais et en français sur les soins à basse variabilité. Ces réunions ont attiré énormément de monde principalement des gens des services de facturation et d'informatique. Outre tous les problèmes techniques liés à l'implémentation des soins à basse variabilité, le calcul des suppléments d'honoraires deviendra quasi mission impossible pour les services de facturation. La base de calcul pour les suppléments d'honoraires se limite au montant des honoraires forfaitaires⁶¹. Les suppléments peuvent seulement être calculés sur les prestations effectivement effectuées. Les différents scénarios possibles sont expliqués dans les slides 45 à 55 de la session d'information organisée par l'INAMI le 18 juin 2018 « Nouveau financement prospectif des activités hospitalières pour les soins à basse variabilité »⁶². Le calcul des suppléments d'honoraires peut devenir encore plus complexe si la même règle ne s'applique pas à tous les patients.

Le 8 novembre 2018, les hôpitaux ont été informés des simulations des soins à basse variabilité basées sur les ICD10⁶³. Jusque-là, les hôpitaux disposaient seulement de la répartition des honoraires basée sur l'ICD9. Cependant, ils ne disposaient pas encore du montant effectif par admission. Ces montants devaient seulement être publiés le 31 décembre 2018.

L'inquiétude suscitée par les conséquences des soins à basse variabilité et la nécessité de recevoir des réponses concrètes a poussé Zorgbeleid.be à organiser un cursus résidentiel de deux jours sur le nouveau financement pour les soins à variabilité qui a aussi attiré beaucoup de monde. Les Drs Bart DEHAES et Jan DE NEVE, tous deux membres du comité exécutif du GBS et l'ancien secrétaire général et membre du panel pour le débat final, Marc BROSENS, assistaient à ce symposium. Durant ce congrès, le modèle « de Turnhout » a été décrit en détail. Dans ce modèle, on ne suit pas l'application de la répartition telle qu'elle a été communiquée par l'INAMI, soit la répartition primaire. Au niveau individuel de l'hôpital, on souhaite que la répartition des honoraires et la réglementation financière se basent sur les prestations effectivement enregistrées pour un patient spécifique. Lors du symposium des anesthésistes « Anaesthesia and the works of Maggie » du 19 janvier 2019, le Dr Stefaan CARLIER et Maître Filip DEWALLENS ont de nouveau formellement confirmé qu'il n'est ni possible ni autorisé de déroger à la ventilation communiquée par l'INAMI

Le mercredi 21.11.2018, une réunion s'est tenue à l'INAMI. Étaient entre autres présents : un délégué de l'ABSyM, l'administrateur-général de l'INAMI, Jo DE COCK, une délégation du SPF Santé publique, et des coupoles des hôpitaux et curieusement aussi, Maître Filip DEWALLENS. Il avait été convenu que pour la réunion de la Medico-Mut du 3 décembre 2018, Jo DE COCK rédigerait une circulaire qui aborderait expressément des points suivants:

- La ventilation transmise par l'INAMI doit être respectée;
- L'INAMI ne communique plus de ventilation en fonction de la spécialité. Le montant revient au spécialiste qui exécute effectivement la prestation dans l'hôpital concerné (dans le cas du

⁶¹ Jusqu'au 31.12.2019, cette base de calcul est augmentée de 15%.

⁶²

https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/patients_soins_basse_variabilite_presentation20180618.pdf#page=45

⁶³ ICD - International Classification of Diseases

tunnel carpien, il peut s'agir de l'orthopédiste, du neurochirurgien, du chirurgien général ou du chirurgien plastique)

- La sous-partie des honoraires forfaitaires accordée aux médecins non présents au sein de l'hôpital concerné (par ex. radiothérapeutes, gériatres) peut être versée dans un pot commun qui est ensuite réparti entre les médecins de l'hôpital selon les critères fixés par les hôpitaux dans leur règlement général en application de l'art. 155§4.

Le 13 décembre 2018, l'ABSyM, soutenue par les hôpitaux, écrivait à la ministre DE BLOCK et M. Jo DE COCK pour leur demander de reporter d'au moins trois mois, l'entrée en vigueur de la loi relative aux soins à basse variabilité. Comme les arrêtés d'exécution n'avaient pas encore été publiés, l'introduction des soins à basse variabilité n'était en pratique pas concevable. De nombreuses questions pratiques sur l'application de cette nouvelle réglementation restaient sans réponse.

L'ajournement de l'entrée en vigueur de cette réglementation aurait toutefois nécessité un nouvel AR. Cependant, étant donné la situation politique avec la chute du gouvernement Michel I le 8 décembre suivie de la chute du gouvernement Michel II dix jours plus tard le 18 décembre 2018, ceci était inconcevable.

L'AR du 2 décembre 2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité a finalement été publié au Moniteur belge du 18 décembre 2018.

Conformément à l'article 7 de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité, le montant prospectif global par admission à l'hôpital calculé pour l'année T a été publié au Moniteur belge et a été annoncé aux hôpitaux par l'INAMI le 31 décembre 2018. Les services de facturation et d'ICT disposaient donc de moins de 24 heures pour tout mettre en place pour l'entrée en vigueur au 1 janvier 2019. En effet, on n'a rien d'autre à faire un 31 décembre. Vu l'application complexe de cette loi et la publication très tardive des montants applicables, il faut s'attendre à ce que la facturation accumule beaucoup de retard. Pour maintenir la qualité des soins, il importe que toutes les prestations accomplies soient enregistrées correctement. Cependant, la facturation au patient des prestations effectivement exécutées se base sur une valeur 0 et est remplacée par l'honoraire forfaitaire de la pathologie concernée. Un retard dans la facturation aux patients dû à la complexité du nouveau système est inévitable. Il importe cependant que toutes les prestations effectuées soient soigneusement enregistrées. Les montants forfaitaires des soins à basse variabilité sont en effet recalculés chaque année en fonction des prestations effectuées.

Tous les jours, les différentes disciplines signalent de nouveaux problèmes à l'INAMI. Plus la situation se précise, plus on prend conscience des conséquences de cette nouvelle réglementation et plus il importe de recevoir des réponses concrètes.

La loi relative aux montants de référence est abrogée avec l'introduction des soins à basse variabilité. Cependant, il ne faut pas oublier que les montants de référence produisent leurs effets avec quelques années de retard. Pendant 3 ans, donc jusque 2021, certains hôpitaux (bruxellois) devront non seulement faire des remboursements dans le cadre des montants de référence, ils devront aussi faire face à une diminution de leurs revenus consécutive à l'application des soins à basse variabilité. En effet, les simulations effectuées sur les chiffres de 2014 avec ICD9 montraient qu'avec les soins à basse variabilité, la Flandre gagnerait 4,4 millions d'euros, la Wallonie gagnerait 0,6 million d'euros et Bruxelles perdrait 5,2 millions d'euros. La simulation pour 2016 n'a pas encore été refaite en fonction des honoraires forfaitaires publiés le 31 décembre et basés sur l'ICD10.

3.3.1 Les pédiatres et les soins à basse variabilité

Les pédiatres, qui n'avaient pas été consultés auparavant, ont pris conscience des répercussions néfastes de la loi sur les soins à basse variabilité en néonatalogie au début de 2018. Ils ont se sont rendu compte que l'activité pédiatrique en salle d'accouchement et les prestations en N*, y compris de réanimation, seraient comprises dans le forfait si l'accouchement de la mère était considéré à basse variabilité. Donc l'enfant était considéré comme un appendice de sa mère sans reconnaissance propre de son état de santé.

Une lettre rédigée conjointement par le GBS et l'ABSyM a été envoyée le 28 février 2018 à la Ministre De Block demandant que les nouveau-nés admis dans un USIN ou N* soient exclus des soins à basse variabilité. Il y a lieu de tenir compte de l'index de sévérité du nouveau-né et pas de celui de la mère. Les pédiatres n'ont reçu aucune réponse à cette lettre. Le 21 juin 2018, l'Académie belge de Pédiatrie a réitéré cette demande.

Cette inclusion est discriminante pour l'enfant. Pour les soins aux nouveau-nés, il n'existe pas de logique pour déterminer ce qui est à basse variabilité et ce qui ne l'est pas. Cette absence de logique finira par produire l'effet inverse à l'objectif visé par le gouvernement et pourrait être préjudiciable à la santé du nouveau-né.

En prévoyant une seule facture pour la mère et pour l'enfant dans le cadre de l'accouchement et en faisant dépendre le montant prospectif global du seul accouchement, sans tenir compte des complications chez l'enfant, cette législation est discriminante pour le nouveau-né qui n'est pas considéré comme un individu ni un sujet de droit à part entière, distinct de sa mère. Selon l'art. 22bis de la Constitution, l'intérêt de l'enfant en tant que partie plus faible doit toujours primer dans chaque décision. La priorité doit toujours être donnée à l'intérêt de l'enfant. Par ailleurs, sur la base de considérations purement administratives les nouveau-nés admis en N* ne sont pas traités équitablement. Lorsque la mère n'est plus hospitalisée, que son travail dure plus de 24h ou qu'elle rencontre des complications durant l'accouchement, les nouveau-nés ne relèvent plus de la loi des soins à basse variabilité. La réglementation des soins à basse variabilité telle qu'elle a été conçue est discriminante pour le nouveau-né et enfreint la Constitution ainsi que la Convention des droits de l'enfant. Les pédiatres se demandent dès lors si le cabinet a suffisamment mesuré l'impact de cette réglementation sur l'égalité des chances et la cohésion sociale. Ils souhaitent que, dès la naissance, chaque nouveau-né soit immédiatement reconnu comme sujet de droit à part entière.

Un groupe de patients à basse variabilité est un groupe bien définissable pour lequel les soins peuvent être facilement standardisés et il n'y a pas de raisons objectives justifiant des différences de pratique de soins ni donc de dépenses INAMI. Il semble évident que l'examen d'un nouveau-né en bonne santé au service de maternité relève des soins à basse variabilité. Concernant la présence à l'accouchement, on observe des disparités inexplicables et anormalement fortes entre certains services. Cependant, en fonction du type de patient, du type d'hôpital, de la prévention de grossesses à risque ou du contexte social, la variabilité liée à la présence du pédiatre lors de l'accouchement peut s'expliquer pour diverses raisons. De même, lorsqu'un nouveau-né doit être admis en N*, les soins qui doivent être administrés sont difficiles à prévoir et ne relèvent pas des soins à basse variabilité. En fonction de l'état de santé de l'enfant, de la taille et des compétences de l'équipe de garde pédiatrique, du développement de l'infrastructure technique en N* et des possibilités de soins, l'enfant devra recevoir des traitements plus ou moins techniques, être suivi de manière plus ou moins intensive, être transféré plus ou moins rapidement dans une USIN. Des données de l'INAMI montrent clairement une grande disparité dans soins administrés en N*. Par ailleurs, le projet d'arrêté royal prévoit que certaines prestations pour le nouveau-né relèvent des soins à basse variabilité tandis que d'autres en sont exclues sans qu'aucune logique ne le justifie. Par exemple, l'examen en N* ne fait pas partie des soins à basse variabilité alors

que le suivi et toutes les prestations techniques à haute variabilité (CPAP, perfusion, cathéter, etc.) restent inclus dans les soins à basse variabilité. Cela est complètement illogique et irréfléchi.

Comme il existe une forte variation au niveau des soins administrés dans les différents services N*, ces services qui ont beaucoup investi matériellement et humainement seront pénalisés dans le cadre des soins à basse variabilité. En revanche, les services qui, pour diverses raisons pratiques, ont une petite activité en N*, s'en porteront relativement mieux. Les gestionnaires risquent de faire pression pour réduire les activités en N* et transférer plus rapidement les enfants à des USIN plus chères et plus éloignées. Les investissements pour le développement des N* existants risquent aussi de diminuer. Quand le nouveau-né sera admis en N*, il est aussi possible que l'on insiste pour que la mère quitte l'hôpital plus vite afin que l'enfant soit exclu des soins à basse variabilité. Cette réglementation produira les effets inverses à l'objectif visé par les autorités et ceux-ci porteront préjudice à la santé du nouveau-né.

Le 3 octobre 2018 une lettre co-signée par la VVK, le GBPF et l'Académie est à nouveau adressée à Maggie De Block. Les pédiatres exigent que tous les soins en N* et la présence à l'accouchement soient complètement et immédiatement retirés des soins à basse variabilité. Cette fois la lettre demandait une réponse endéans la semaine. La ministre y a répondu dans les 48h en invitant une délégation au cabinet le 10 octobre 2018. Hormis la promesse de vérifier les chiffres de l'INAMI, aucune concession n'a pu être obtenue et la discussion avec Bert Winnen fut assez tendue. Les pédiatres désapprouvent la proposition du cabinet qui veut que ce type de soins reste dans les soins à basse variabilité jusqu'à ce qu'un arrêté soit élaboré sur la base d'une étude menée par l'INAMI pour savoir si dans le futur, la facture d'un accouchement doit être subdivisée entre la mère et le nouveau-né.

En novembre les pédiatres ont pu analyser les chiffres de l'INAMI avec Monsieur Mickaël Daubie, conseiller général à l'INAMI. Les pédiatres ont pu constater que leurs chiffres correspondaient à ceux utilisés par l'INAMI et que les prestations néonatales qui devaient être incluses dans les soins à basse variabilité étaient à haute variabilité.

Le 29.11.2018 une lettre fut cette fois-ci envoyée à tous les députés.

Le 13 décembre, environ 300 pédiatres en blouse blanche représentant toutes les associations pédiatriques se sont rassemblés devant l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, à un jet de pierre du cabinet de la ministre Maggie DE BLOCK. Les journalistes des médias de tous bords étaient présents à la conférence de presse « Donnez-nous un visage ». Une pétition signée par 1 250 personnes a été remise à Maggie DE BLOCK représentée par Bert WINNEN. Le Dr Michel PLETINCX a donné une interview à ce sujet dans les studios du journal de RTL-TVI.

4 Politique

4.1 Les réseaux hospitaliers⁶⁴

Pour rappel, dans son plan de route (« stappenplan »)⁶⁵, Laurette ONKELINX avait constaté, comme dans l'étude du KCE n°229A « Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux », les différences de coût pour soigner des pathologies identiques. Maggie DE BLOCK a repris les travaux de ses prédécesseurs, et dans sa note du 28 avril 2015, elle a dévoilé ses plans concernant la restructuration

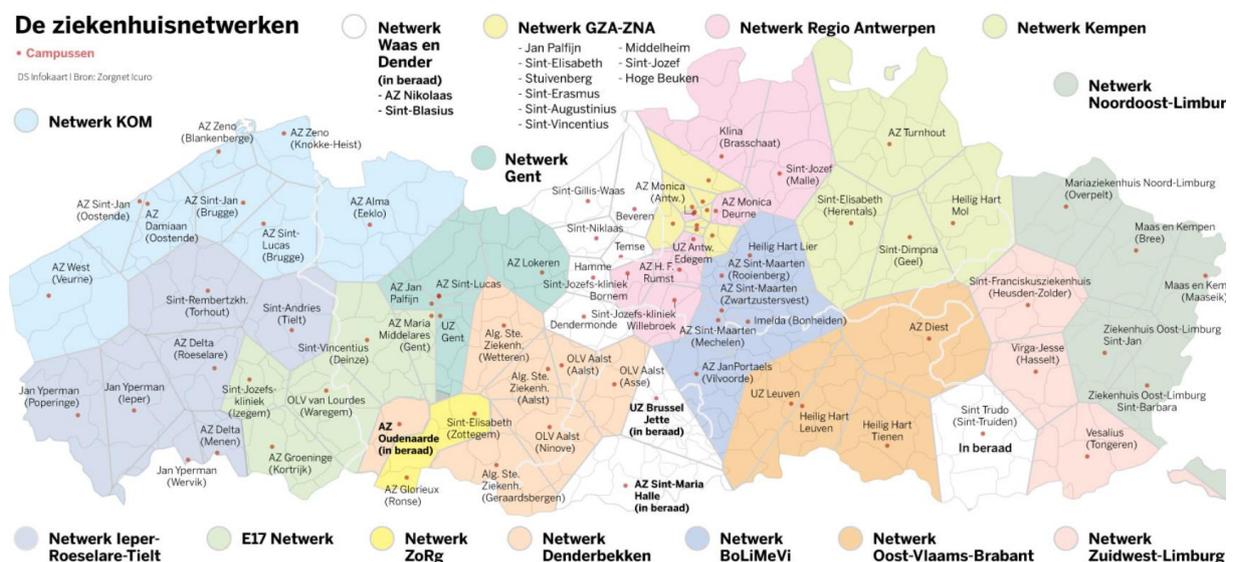
⁶⁴ La Chambre – Doc 54-3275

⁶⁵ 24 octobre 2013

du paysage hospitalier. Elle souhaitait que l'offre hospitalière réponde mieux aux besoins des patients. Dans sa note, elle décrit des régions de soins qui sont géographiquement continues et offrent les soins pour la population locorégionale. Elle distingue trois types d'hôpitaux : l'hôpital de proximité ou locorégional, le centre de référence pour une pathologie particulière ou service particulier, et l'hôpital universitaire avec ses missions de soins, de recherche et d'enseignement. En 2016 et 2017, les hôpitaux flirtaient entre eux pour créer des partenariats, des associations voire des fusions. Entre-temps les rapports MAHA ont alerté l'opinion de la mauvaise situation financière de nos hôpitaux. Un hôpital sur trois connaît des difficultés financières.

Le 25 janvier 2018, la ministre fédérale Maggie DE BLOCK et le ministre flamand Jo VANDEURZEN cosignent une lettre invitant les hôpitaux flamands à informer les autorités de leurs intentions de créer un réseau de soins et ceci, pour le 15 février 2018 au plus tard.

Le 3 mars, le journal « De Standaard » publie une carte des réseaux avec même un réseau longeant l'E17. Sur cette carte, il y a des points noirs, comme la VUB, hôpital communautaire flamand situé à Jette en région bruxelloise.



Source : De Standaard 02.03.2018

III. 2

À l'occasion du deuxième symposium MEMHO « Me and My Hospital » du 17 mars 2018, M. Philippe-Henri DE GENERET, représentant de la ministre Alda GRÉOLI, a révélé que les hôpitaux wallons s'opposent fermement aux réseaux hospitaliers basés sur une logique strictement géographique. En Wallonie et à Bruxelles, il existe déjà actuellement des réseaux de soins essentiellement universitaires. Les hôpitaux s'organisent entre eux et se renvoient les patients. Pourquoi faut-il tout réinventer ? En raison d'une répartition géographique plus étendue, la constitution des réseaux hospitaliers wallons est plus complexe. De plus, la logique territoriale stricte du projet de loi actuel est en conflit avec les accords de collaboration existant en Wallonie et à Bruxelles. Juridiquement, il est aussi très difficile de faire collaborer des hôpitaux dépendant de différentes intercommunales ou des hôpitaux publics et privés entre eux. Les différences philosophiques entre les différentes coupes hospitalières actives en Wallonie et à Bruxelles ne sont pas de nature à favoriser la collaboration. Philippe-Henri DE GENERET a annoncé que ces réseaux tels que conçus par Maggie DE BLOCK sont considérés comme contraires à la constitution et à l'autonomie communale. Il est possible qu'un recours en annulation devant la Cour constitutionnelle/au Conseil d'État soit introduit.

Lors de la conférence interministérielle du 26 mars 2018, on n'est pas parvenu à un accord entre les différentes régions, les communautés et le fédéral par la politique de la chaise vide.

Le 5 novembre 2018, un protocole d'accord a été signé entre le fédéral, les régions et les communautés, concernant la manière dont les futurs 25 réseaux hospitaliers locorégionaux seront répartis sur le territoire et, en conséquence, entre les entités fédérées qui seront chargées de les agréer.

- maximum 13 réseaux composés exclusivement d'hôpitaux situés sur le territoire de la Région flamande ;
- maximum 8 réseaux composés exclusivement d'hôpitaux existants sur le territoire de la Région wallonne, dont :
 - 1 réseau, dans la mesure où les hôpitaux de ce réseau relèvent de la compétence d'agrément de la Communauté germanophone et de la Région wallonne, est agréé conjointement par ces entités ;
 - ces réseaux, le cas échéant, dans la mesure où les hôpitaux d'un réseau relèvent de la compétence d'agrément de la Communauté française et de la Région wallonne, sont agréés conjointement par ces entités ;
- maximum 4 réseaux composés d'hôpitaux situés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, mais pouvant également inclure des hôpitaux situés en dehors de la Région en question, dont :
 - maximum 1 réseau agréé par la Communauté flamande ;
 - maximum 3 réseaux, dans la mesure où les hôpitaux d'un réseau relèvent de la compétence d'agrément d'autorités différentes, sont agréés conjointement par deux ou plusieurs des autorités suivantes : la Région wallonne, la Commission communautaire commune et la Communauté française.

Le 6 novembre 2018, la commission santé publique de la chambre des représentants sous la présidence de Mme Anne DEDRY a organisé des auditions concernant la modification de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Si l'ABSyM, invitée de dernière minute, soutient et souligne le bien-fondé de la réforme par l'intervention du Dr Jacques DE TOEUF, l'opposition en la personne de Catherine FONCK, parlementaire CDH, se demandait si ce projet répond vraiment aux attentes des patients. Monsieur Yves SMEETS, représentant de Santhea, rappelle qu'en Wallonie et à Bruxelles, des réseaux cliniques se sont développés au départ des universités. L'idée de constituer des réseaux basés sur une notion de territoire géographique ne constitue pas en soi une garantie de qualité, d'efficacité ou de pérennité et ne permet pas de maintenir les collaborations existantes. Il souligne les différences entre les hôpitaux publics/laïcs et les hôpitaux catholiques. Dans une lettre à la présidente de la Commission Santé publique, Mme Anne DEDRY, le GBS a exprimé son mécontentement de ne pas avoir été invité. Depuis lors, Mme DEDRY a pris contact avec le GBS pour clarifier la situation.

Le 6 décembre 2018, simultanément avec les auditions précitées, le projet est discuté à La Chambre où Catherine FONCK, cheffe de la fraction CDH, dépose un amendement pour lequel l'avis du Conseil d'État est sollicité dans un délai de cinq jours ouvrables (au lieu de 30 jours habituellement). Le 3 janvier 2019, le Conseil d'État répond que l'urgence n'est pas assez justifiée. Il est vrai que depuis lors, on est en affaires courantes.

Que retenir de ceci ? Dès 2003, la Flandre s'est engagée dans un processus-qualité et a fait accréditer ses hôpitaux sur base volontaire. En 2004, le second pas a été de définir par décret ce qu'est la première ligne⁶⁶. La première ligne comprend tous les prestataires de soins (pharmacien, médecin, kiné) à l'exclusion du médecin spécialiste. La Flandre a organisé un réseau de la première ligne avec 60 zones couvertes par la médecine générale. La seconde ligne ou médecine hospitalière, sera progressivement organisée en réseaux (géographiques) de soins. Les subsides pour la construction seront accordés dans le cadre d'associations d'hôpitaux ou de fusions. Logiquement, lorsque la ministre fédérale et le ministre

⁶⁶ Décret du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins (M.B. 20.04.2004)

régional (communautaire) de la santé demandent les intentions en création de réseaux, la presse peut publier très rapidement une carte des réseaux en Flandre.

En communauté française appelée Fédération Wallonie-Bruxelles, le processus-qualité est en cours avec le PAQS⁶⁷ comme catalyseur. Il y a des réseaux universitaires avec un drainage des cas lourds vers les centres universitaires. On dénombre de grands hôpitaux régionaux dans les grandes villes. Mais le clivage historique, catholique-public, est toujours présent.

En Flandre il n'y a qu'une seule fédération d'hôpitaux, Zorgnet-Icuro. En Fédération Wallonie Bruxelles, on compte 3 fédérations : Santhéa, Unessa, et Gibbis à Bruxelles. Même si localement, les médecins privés-publics veulent collaborer, ce sont les directions d'hôpitaux qui souvent s'y opposent. Ainsi dans les grandes villes, deux grands hôpitaux sont concurrents pour la même population. Tout se complique encore avec la difficulté d'allier privé et public dans les conseils d'administration. Publifin et le décret wallon concernant la gestion des institutions publiques ne simplifient pas les choses pour les hôpitaux. La morale de l'histoire : « Divide et Impera ». La division coûte cher, n'est pas efficiente, n'apporte pas de réponse aux besoins des patients mais une concurrence entre institutions. La question est de savoir qui dirige dans le « divide et impera ».

Les réseaux de soins se composent au minimum de deux hôpitaux qui assument une couverture des soins de santé selon les nécessités de la population d'une zone géographique continue. Selon la proposition de loi il y aura des hôpitaux de proximité, des hôpitaux locorégionaux avec ou sans centres de référence et/ou services spécialisés (maternité, pédiatrie, urgences...) et des hôpitaux universitaires. Les centres de références concentrent les compétences médicales et les moyens techniques. Les cliniques universitaires concentrent les maladies rares et soins complexes. L'hôpital universitaire a des missions de soins, d'enseignement et de recherche.

Le concept des réseaux de soins respecte sa propre logique. Le patient est au centre du débat et aura l'opportunité d'avoir des offres de soins pour une pathologie « locorégionale ». Les moyens seront utilisés à bon escient pour soigner les pathologies locales ou régionales. Des alliances seront faites avec le niveau supérieur, centre de référence ou universitaire.

La logique « patient » peut être suivie. La logique de l'hôpital, le plus gros employeur de la région, est toute différente. La logique des réseaux universitaires est celle où les cliniques non-universitaires sont les fournisseurs des pathologies rares ou complexes, dénommées « universitaires ». En Belgique, il y a 7 universités. Sept réseaux universitaires, mais 25 réseaux de soins.

En ce qui concerne le fonctionnement du conseil médical au niveau du réseau locorégional des changements fondamentaux sont à noter par rapport à la loi sur les hôpitaux de feu Jean-Luc DEHAENE.

Le projet sur les réseaux comporte aussi quelques nouveautés. Le Conseil d'Administration du réseau doit compter au moins un tiers de membres ayant une certaine expertise en matière de prestations de santé. Donc pas uniquement des mandataires politiques qui ne seraient pas concernés par les soins de santé. Au moins un des membres du Conseil d'Administration est un médecin qui n'est pas médecin hospitalier dans l'un des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional concerné.

Dans chaque réseau clinique, un Conseil Médical de réseau (CMR) sera constitué. Au niveau de l'hôpital, le Conseil Médical donne des avis simples dans 11 matières et des avis renforcés dans 7 matières (une sorte de veto contre la décision du gestionnaire)⁶⁸. Grâce à l'ABSyM une des grandes nouveautés au niveau du réseau clinique, est que le Conseil médical du réseau décide en concertation avec le gestionnaire sur 16 des 18 compétences du Conseil Médical. Ce qui signifie que pour ces 16 compétences, il faut une majorité aussi bien sur le banc du Conseil Médical que sur le banc du gestionnaire. Il va sans dire que les gestionnaires ne s'enthousiasment pas beaucoup pour ce modèle

⁶⁷ PACQS : Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients

⁶⁸ Art 137 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins (M.B. 07.11.2008)

décisionnel. Il est à craindre que les directions hospitalières profitent que le gouvernement Michel II est en affaires courantes pour faire du lobbying afin de supprimer ce modèle de consensus et revenir à « l'ancien régime » où le gestionnaire décide et le Conseil manifeste son opposition avec ou sans avis renforcé. Le modèle de consensus est pourtant le seul modèle qui permet le mangement consensuel entre le gestionnaire et les médecins.

En attendant, le gestionnaire d'hôpital peut fermer (ouvrir) un service, fusionner des hôpitaux, sans s'inquiéter des avis purement consultatifs des médecins. On devine le malaise actuel des médecins spécialistes dont l'activité clinique dépend des décisions du management. La direction peut déplacer, fermer, ouvrir un service, une activité : le médecin doit suivre cette décision. N'oublions pas que tous les hôpitaux ont un accord, un contrat avec le médecin. Si on déplace une activité médicale dans un autre hôpital, le médecin doit demander un contrat avec cet hôpital. À défaut, il risque de ne pas être nommé.

Enfin, le concept du réseau locorégional, « l'hôpital qui collabore avec un ou des centres de référence, et avec l'hôpital universitaire pour les pathologies très rares » est un modèle d'organisation où les médecins non-universitaires peuvent donner des soins de proximité avec une réelle valeur ajoutée pour le patient. Ce modèle devrait permettre de concentrer des pathologies lourdes dans des centres régionaux et éviter les déserts régionaux (cf. risque de désert régional pour la pathologie de l'œsophage ou pancréas en Hainaut⁶⁹) et le transfert systématique vers une des cliniques universitaires qui n'est pas toujours la plus proche du domicile du patient mais qui est celle du « réseau universitaire ». Pourquoi créer 7 cliniques universitaires avec toutes les spécialités médicales et avec tous les moyens techniques onéreux ? Toutes ces cliniques sont en concurrence. A Bruxelles, on compte quatre réseaux de soins. Trois cliniques universitaires. Est-ce une offre de soins qui répond aux besoins de la population locale ? Quel est le coût de cette organisation de la santé ? Quelle est la plus-value dans l'offre de soins ?

La chute du gouvernement et les affaires courantes hypothèquent sérieusement les plans de la ministre. Si la loi ne passe pas, on peut craindre une Belgique à deux vitesses, un réseau de soins au Nord, un réseau confessionnel et un réseau public, concurrents, au Sud. Avec une université à Liège et deux à Bruxelles ! Vous avez dit surréalisme à la belge ?

4.2 Projet de loi relatif à la qualité des soins⁷⁰

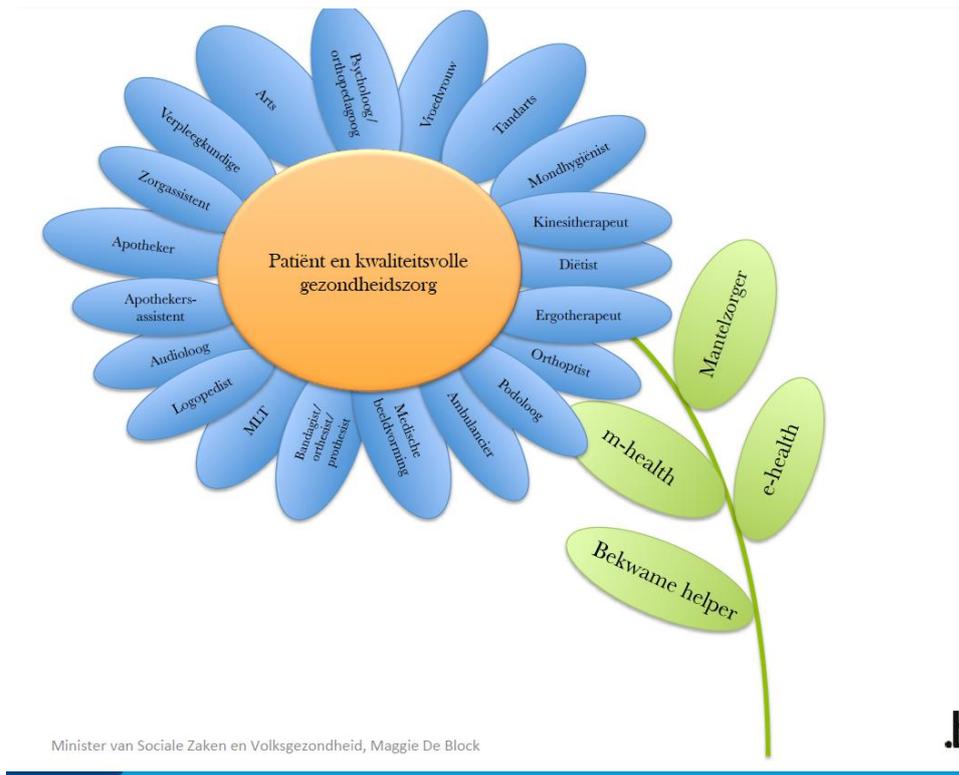
La loi relative aux droits des patients stipule que chaque patient a le droit à des « soins de qualité ». Avec l'avant-projet de loi relatif à la qualité de la pratique des soins de santé, la ministre de la Santé publique Maggie DE BLOCK souhaite que ce droit se traduise concrètement dans la pratique des soins.

L'avant-projet de loi relatif à la qualité des soins de santé va au cours des discussions avec les organisations des professionnelles des soins de santé être modifié à plusieurs reprises parfois même d'une manière fondamentale.

Le projet introduit un tout nouveau concept des soins de santé. La structure pyramidale avec le médecin au sommet puis les infirmières, les kinés les paramédicaux, est remplacée par une marguerite avec au centre le patient et des pétales représentant chacune des professions de santé. La structure pyramidale est remplacée par une corolle de professions de santé qui entourent le patient. Chaque profession a son champ d'action défini par des compétences.

⁶⁹ Voir 4.3, Centralisation de la chirurgie du pancréas et de l'œsophage.

⁷⁰ La Chambre Doc 54-3441/001 dd 21.12.2018



III. 3

L'avant-projet de loi relatif à la qualité de la pratique des soins de santé a été approuvé en deuxième lecture par le Conseil des ministres du 21 septembre 2018 et présenté pour avis à l'Autorité de Protection des Données⁷¹ puis ensuite au Conseil d'État⁷². Le projet de loi a été déposé à la Chambre le 21 décembre 2018.

Cependant, certaines dispositions ont malheureusement été sacrifiées dans l'avant-projet approuvé par le Conseil des ministres. L'examen linguistique et l'examen portant sur les connaissances de notre système de santé ont disparu. Pourtant depuis 2015 déjà, les règles européennes autorisent ces deux examens. Ceux-ci ont été supprimés pour des motifs communautaires. On a craint que le bilinguisme des médecins bruxellois soit exigé.

Une des réformes importantes de ce projet est la notion de « compétence ». Le professionnel des soins de santé dispense uniquement des soins de santé pour lesquels il dispose de la compétence et de l'expérience nécessaires et démontrables. Le professionnel des soins de santé tient à jour un portfolio contenant les données utiles, de préférence sous forme électronique, qui démontre qu'il dispose effectivement des compétences et de l'expérience nécessaires. Cette compétence n'est donc plus définitivement acquise par un diplôme ou un agrément. Le professionnel des soins de santé ne peut plus dispenser des soins de santé que s'il dispose d'un visa qui atteste sa compétence à exercer sa profession. Ce visa est délivré par le SPF santé publique. Le visa devient une licence de pratique qui, sur base d'un portfolio, sera évalué pour être maintenu. Le texte ne reprend plus l'idée d'un visa à durée déterminée et une recertification périodique (tous les 5 ans).

Cette disposition a réactivé la discussion sur l'accréditation volontaire ou obligatoire qui été tranchée en faveur de l'INAMI il y a 25 ans. Qui organisera l'accréditation à l'avenir? Restera-t-elle aux mains de

⁷¹ L'avis de l'autorité de protection des données a été déposé le 26 septembre 2018

⁷² Le Conseil d'État a rendu son avis le 22 octobre 2018

l'INAMI ou sera-t-elle confiée au SPF Santé publique ou une combinaison des deux ? Comment sera organisé ce contrôle de qualité dans le futur ? Cela ne représentera-t-il pas une charge de travail supplémentaire pour les dispensateurs de soins ? Le GBS et les unions professionnelles affiliées peuvent jouer un rôle important pour déterminer le contenu qu'un portfolio doit reprendre.

La loi définit les pratiques à risques. Retenons que l'anesthésie générale ou loco-régionale, la sédation, et la nécessité de soins intensifs, d'une surveillance prolongée et d'une perfusion de longue durée (> 6h) sont des exemples de pratique à risque. Cette pratique est réservée au milieu hospitalier. L'anesthésie, l'anxiolyse et la sédation sont plus particulièrement abordés dans cette proposition de loi. Les anesthésies simultanées sont interdites. L'anesthésiste ne peut s'occuper que d'un seul patient à la fois (Art 16). Cela pose un problème pour les salles d'induction ou pour la pratique de la mise en place d'une anesthésie locorégionale pendant une narcose. L'anesthésiste doit rester à proximité immédiate de son patient. Placer une péridurale à la maternité pendant une anesthésie en salle d'opération est interdit. Les règles professionnelles de sécurité en anesthésie, (Safety First) l'interdisaient déjà. Mais ce sont des guidelines de bonne pratique et pas une loi. L'évaluation du risque de l'anesthésie doit être préalable à l'acte. Qui peut établir ce risque si ce n'est un anesthésiste ? Ce texte rouvre le débat sur la consultation préopératoire. L'utilisation d'un monitoring cardio-respiratoire devient légalement obligatoire. Mais on va plus loin dans le domaine de l'anxiolyse qui en fonction de la dose utilisée peut devenir une anesthésie. On songe par exemple aux gastroscopies et colonoscopies sous propofol. L'anesthésie est réservée à l'anesthésiste ou à l'assistant d'anesthésie (ce niveau de formation a disparu du texte). Les règles de sécurité sont strictes : il faut disposer d'un protocole formalisé en cas de problème.

On distingue la prescription électronique, de médicaments, la prescription de renvoi et la prescription de groupe⁷³. La prescription de groupe est rédigée dans le cadre d'un accord de collaboration entre professionnels de soins de santé et implique une délégation de compétences pour les professionnels de santé faisant partie de l'accord. Ils décident d'un commun accord, après concertation avec le patient et le prescripteur de l'exécution de la prescription de groupe.

Plus étonnant est le lien entre l'article 4 qui définit la liberté thérapeutique du professionnel des soins de santé et le droit à la substitution pour les prescriptions médicamenteuses. A moins que la prescription ne mentionne une allergie à un excipient, le pharmacien peut substituer des antibiotiques et antimycotiques en fonction du prix. De plus, il pourra substituer certains médicaments en changeant de classe de médicaments selon des règles définies par le Roi et après avis de la commission des médicaments. (Art 6)

La caractérisation. Ce terme un peu nouveau se définit par la description de l'état du patient par le professionnel des soins de santé et la justification de sa prestation si cela est pertinent. Il fait un état de la santé de son patient et le notifie dans le dossier. Le terme pertinent est sujet à controverse et mériterait d'être précisé.

Le professionnel de santé a l'obligation de s'assurer que l'encadrement nécessaire lui permet d'exécuter des soins de santé de qualité. En cas de violation des conditions en matière d'encadrement le ministre peut retirer ou suspendre le visa.

⁷³ Art.29

La continuité des soins doit être assurée. Si un médecin cesse son activité, il doit transmettre le dossier patient (concernant les soins) à un autre confrère qui a les mêmes compétences, mais ceci avec l'accord du patient. Ce point pourrait compliquer les fins de carrière.

La continuité des soins est inscrite dans la loi pour toutes les professions de soins de santé, chacune dans son domaine propre. Désormais, tous les médecins spécialistes seront obligés de participer au service de garde. Cela faisait des années que pour les généralistes cette contrainte était inscrite dans leur arrêté ministériel d'agrément sous peine de suspendre leur agrément. À la suite d'une inattention lors de la rédaction d'une modification à cet arrêté ministériel du 12.11.2015 (MB 24.12.2015), cette obligation a disparu de l'article 10 de leur AM d'agrément de telle sorte que pour les généralistes il n'existe plus de base légale à l'obligation de participer à la garde. Cette obligation de participer à une garde n'a jamais été explicitement prévue pour les médecins spécialistes. Ceux qui travaillent à l'hôpital participent tous aux services de garde de leur établissement. L'Ordre des médecins avait émis un avis pour rappeler aux spécialistes leur obligation d'assurer la continuité des soins. Certains médecins non actifs à l'hôpital ont sommairement respecté cette obligation en laissant un bref message sur leur répondeur pour renvoyer le patient à l'hôpital le plus proche en cas d'urgence. À l'avenir, de telles pratiques ne seront plus admises.

Le professionnel des soins de santé est autorisé à informer le public sur sa pratique. L'information doit être conforme à la réalité, objective, pertinente et vérifiable, et scientifiquement fondée. Il peut mentionner les titres professionnels dont il dispose. Il peut également informer sur certaines aptitudes pour lesquelles il n'existe pas de titre professionnel particulier.

Le dossier du patient⁷⁴. Outre les informations administratives qui se trouvent dans le dossier patient, le prestataire de soins notifie la raison de la consultation et le problème du patient au moment de la consultation. Les exigences ne s'arrêtent pas là. La loi ne décrit pas moins de 23 points différents qui doivent être repris au dossier du patient, y compris l'information donnée au patient et à la personne de confiance. Tout doit être daté. A chaque contact patient, il faudra une notification dans le dossier. Ce dossier sera conservé au moins 30 ans et au maximum 50 ans à compter du dernier contact avec le patient.

Le contrôle qualité sera assuré par une commission de contrôle. Le Roi détermine la structure et le fonctionnement de cette commission après avis du Conseil Supérieur des Médecins Spécialistes et généralistes. L'idée d'un Conseil de la qualité des professions de santé a disparu.

La Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé a pour mission de surveiller la pratique des professionnels des soins de santé. Une chambre d'expression néerlandaise et une d'expression française est présidée par un magistrat ou magistrat honoraire de l'ordre judiciaire. Elle compte au moins un médecin et un médecin suppléant désignés par l'Ordre des médecins, un pharmacien et un pharmacien suppléant proposés par l'Ordre des pharmaciens, deux représentants par profession, médecins,et secouristes-ambulanciers. La Commission de contrôle est habilitée à contrôler l'aptitude physique et psychique des professionnels des soins de santé et le respect par les professionnels de la santé des dispositions de la loi et de ses arrêtés d'exécution. En cas de violation des exigences relatives à la qualité de la pratique, le Ministre peut présenter au professionnel des soins de santé un plan d'amélioration. En cas de constatation d'une inaptitude physique ou psychique, en cas de violation de l'encadrement et en cas de violation des exigences de continuité de soins, le Ministre peut retirer le visa ou suspendre le visa. S'il existe une crainte de conséquences graves pour les patients ou

⁷⁴ Art. 33 du projet de loi.

4.3 Centralisation de la chirurgie de l'œsophage et du pancréas

En application du point 4.1.3.2. « Soins complexes aux cancéreux » de l'Accord national médico-mutualiste 2018-2019, ces derniers mois, la CNMM a formulé des propositions pour améliorer l'approche des interventions chirurgicales complexes des tumeurs de l'œsophage et du pancréas.

Le lundi 14 mai 2018, M. Philippe BOONS, secrétaire adjoint de l'Union professionnelle des Chirurgiens belges (UPCB) a participé au groupe de travail ad hoc présidé par M. Jo DE COCK.

L'UPCB a reçu deux conventions, l'une sur la prise en charge du carcinome du pancréas, des carcinomes péri-ampullaires du pancréas et des affections non oncologiques du pancréas, et l'autre sur le traitement des tumeurs de l'œsophage, de la jonction gastro-œsophagienne et des affections œsophagiennes non oncologiques.

Les documents finaux ne tiennent pratiquement pas compte des remarques qui ont été formulées. Au contraire, le quota du nombre d'opérations a même été revu à la hausse, ce qui a pour conséquence que ces opérations ne pourront plus être réalisées dans des centres non universitaires. Ces derniers mois, l'UPCB a écrit plusieurs lettres à l'INAMI, à Maggie DE BLOCK⁷⁵ et enfin à l'ensemble de tous les députés le 25.01.2019.

Ci-dessous, vous pourrez lire un certain nombre de remarques de l'Union professionnelle des Chirurgiens belges relatives à ces documents.

1° Les documents font explicitement référence aux opérations qui ont été réalisées sur un seul campus en 2016, 2017 en 2018. Il semble que cette précision rende la constitution de réseaux pour la centralisation des pathologies totalement inutile, puisque les quotas sont déjà fixés rétrospectivement et ne peuvent s'appliquer à plusieurs sites. L'UPCB estime que ce point pourrait être modifié en ce sens que si plusieurs institutions s'unissent et atteignent prospectivement un nombre suffisant, elles pourraient être validées.

2° L'UPCB pense qu'imposer des critères environnementaux pour la réalisation de ces interventions a un impact sur la prise en charge qualitative des patients. Il semble qu'une permanence chirurgicale soit une exigence logique : elle serait assurée par des chirurgiens qui pratiquent ces interventions, des anesthésistes spécialisés, des équipes chirurgicales disposant d'instrumentistes et d'aides opératoires, des soins intensifs avec des intensivistes en titre présents 24 h/24, des anatomo-pathologistes pour réaliser les analyses extemporanées, des radiologues interventionnels.

3° Les deux organes concernés sont touchés par des pathologies tant oncologiques que non oncologiques qui ont les mêmes codes opératoires mais ont des conséquences post-opératoires très différentes. Ces dernières (non oncologique ?) devraient être exclues du champ d'application.

4° Certaines interventions chirurgicales concernées présentent bien sûr une certaine complexité tant pour l'œsophage que pour le pancréas, mais il existe d'autres interventions également reprises dans le champ d'application qui n'ont pas le même degré de complexité (pancréatectomies corporéo-caudales par exemple).

5° Il ne s'agit probablement que d'un début de centralisation de pathologies qui pourrait également concerner d'autres organes comme dans le cas des debulkings ovariens, la chirurgie thoracique, la chirurgie hépatique, les chimio-hyperthermies intra péritonéales, etc..

6° La pathologie bénigne liée à ces organes, notamment au pancréas, ne permet plus à nos institutions de poursuivre le traitement des pancréatites nécrotico-hémorragiques qui ne sont pas tellement fréquentes mais sont malgré tout une pathologie extrêmement lourde, tant pour la chirurgie que pour les soins intensifs.

⁷⁵ Les 26.04.2018 et 05.11.2018.

7° La disparition de certaines pathologies lourdes dans nos institutions aura un impact sur les pathologies moins lourdes. Le chirurgien qui ne réalisera plus d'anastomose bilio-digestive pour une duodéno-pancréatectomie céphalique, perdra de l'expertise pour réaliser une réparation cholédocienne en cas de pathologie bénigne de la voie biliaire principale. La disparition de l'anastomose œso-jéjunale pour les pathologies cancéreuses réduira l'expertise du chirurgien en cas de réparation d'un traumatisme œsophagien par exemple, etc.

8° Autre conséquence de la disparition des pathologies lourdes : la perte d'expertise des chirurgiens pour faire face à des pathologies traumatiques complexes comme celles rencontrées lors des attentats terroristes qui frappent malheureusement nos pays. L'ensemble des hôpitaux du pays peuvent être exposés à ce type d'agression.

9° Des travaux récents présentés lors des Journées Francophones de Pathologie onco-digestives (Paris, mars 2018) démontrent qu'un degré d'éloignement dans un même département français, est préjudiciable à la prise en charge de pathologies lourdes. La centralisation proposée dans le projet va à l'encontre de ces constats.

10° La centralisation à outrance comporte un grand risque : elle pourrait nous mener vers une médecine à deux vitesses car si l'intérêt scientifique s'estompe, le risque que l'intérêt financier prenne le dessus augmente.

La littérature internationale récente a donné tort à cette volonté de centralisation. Le *Journal of the American College of Surgeons* de juillet 2018 a publié un article sur la mortalité hospitalière annuelle liée à un organe spécifique (AIHM : annual organ-specific adjusted in-hospital mortality). L'étude concernait des patients hospitalisés pour une opération de la vessie, de l'œsophage, du pancréas, du foie, du poumon et du rectum, entre 2003 et 2011 (NIS National Inpatient Sample). Au total, pas moins de 233 000 (deux cents trente-trois mille) patients ont été étudiés. Il y avait trois catégories d'hôpitaux: les groupes à bas volume (<33 percentile), moyen volume (<34-66 percentile) et haut volume (>67 percentile). Les patients bénéficiant d'une assurance privée et des revenus les plus élevés ont été opérés principalement dans des hôpitaux à haut volume. En soi, cette différence est déjà une cause d'inégalité des résultats. Mais le raisonnement belge n'en tient pas compte.

Entre 2003 et 2005, la mortalité était plus élevée dans les hôpitaux à bas volume, pour toutes les opérations citées, sauf la chirurgie du foie. D'autre part, les patients touchés par une comorbidité élevée (cumul de plusieurs pathologies) ont été opérés principalement dans des hôpitaux à bas ou à moyen volume.

Cependant, entre 2009 et 2011, les différences entre bas, moyen et haut volumes s'atténuent pour toutes les chirurgies viscérales. Pour la résection du rectum, la mortalité ne change pas et les chiffres sont restés stables. L'étude américaine conclut qu'à mesure que les années passent, on constate une égalisation des taux de mortalité de toutes ces interventions. Et les taux de mortalité observés dans les centres qui pratiquent toutes ces chirurgies restent les mêmes au fil des ans, si on excepte la chirurgie du foie.

En Belgique, l'étude PROCARE a prouvé que les résultats de la chirurgie rectale de la plupart des hôpitaux sont équivalents, ce que confirme donc également l'étude AIHM.

On fragilise l'avenir d'une formation chirurgicale complète et efficiente. Il faut s'attendre à ce que dans le futur, on forme des chirurgiens qui ne pourront plus mener à bien de lourdes opérations et ne seront donc plus en mesure d'offrir des soins de qualité à leurs patients.

Concrètement, l'Union Professionnelle des Chirurgiens souhaite :

1. Qu'une certaine centralisation de ces pathologies soit d'application dans les hôpitaux disposant de l'infrastructure nécessaire (repris dans le projet) ;

2. Que les quotas opératoires soient revus à la baisse de façon à permettre aux hôpitaux régionaux de réaliser ces opérations ;
3. Que des projets de collaboration entre hôpitaux (même de différents réseaux) soient développés pour atteindre un certain volume (revu à la baisse) ;
4. Qu'au terme de quelques années, une évaluation objective ait lieu afin de vérifier le bien-fondé ou non de la centralisation de ces pathologies dans notre pays.

5 Accord médico-mutualiste

5.1 Accord médico-mutualiste 2018-2019

Jusqu'au 15.03.2018, les médecins ont eu la possibilité de communiquer à l'INAMI leur refus ou leur adhésion partielle à l'accord médico-mutualiste. Comme ils étaient obligés d'utiliser l'application électronique de l'INAMI prévue à cet effet, les résultats ont déjà pu être communiqués à la médico-mut le lundi 19 mars 2018.

Les taux de déconventionnement restent dans les mêmes proportions que les années précédentes.

1. Généralistes					
Région	Actifs	Adhésions		Refus	
Région bruxelloise	2 594	2 129	82,07%	465	17,93%
Région flamande	10 626	9 840	92,60%	786	7,40%
Région wallonne	6 262	5 465	87,27%	797	12,73%
Total	19 485	17 437	89,49%	2 048	10,51%

Tableau 1

Spécialistes					
Région	Actifs	Adhésions		Refus	
Région bruxelloise	4 965	4 106	82,70%	859	17,30%
Région flamande	16 281	12 797	78,60%	3 484	21,40%
Région wallonne	9 844	8 290	84,21%	1 554	15,79%
Total	31 095	25 197	81,03%	5 898	18,97%

Tableau 2

Ensemble des médecins

Région	Actifs	Adhésions		Refus	
Région bruxelloise	7 559	6 235	82,48%	1 324	17,52%
Région flamande	26 907	22 637	84,13%	4 270	15,87%
Région wallonne	16 106	13 755	85,40%	2 351	14,60%
Total	50 580	42 634	84,29%	7 946	15,71%

Tableau 3

Bien que les dermatologues aient bénéficié de beaucoup de moyens financiers supplémentaires ces dernières années, leur taux de déconventionnement reste très élevé avec 69%. Il se murmure dans les couloirs de l'INAMI et au cabinet qu'ils ne pourront plus espérer d'autres moyens dans les 10 prochaines années. Les taux de déconventionnement des ophtalmologues et des chirurgiens plastiques sont aussi largement supérieurs à 50%.

ÉVOLUTION DES DÉCONVENTIONNEMENTS EN % PAR DISCIPLINE 1993-2018

		19.03.18	12.05.17	22.12.15	22.12.14	23.01.13	21.12.11	13.12.10	17.12.08	20.12.07	20.12.05	15.12.03	19.12.02	18.12.00	15.12.98	03.11.97	11.12.95	13.12.93	Gemiddelde
1	Méd. Spéc. en form. (MSF)	0.40	0.24	0.21	0.24	0.46	0.26	0.39	0.27	0.32	0.08	0.43	0.22	0.27	0.62	0.48	0.63	1.48	0.41
2	Gériatrie	1.52	1.25	1.30	1.69	2.54	2.75	2.56											1.94
3	Méd. Aiguë et d'urgence	1.83	1.28	1.66	2.15	2.46	2.53	2.74											2.09
4	Oncologie médicale	2.77	3.36	3.57	3.70	4.46	4.48	3.11											3.64
5	Méd. Inter. + endo. diabet.	4.23	3.24	4.54	4.96	6.10	5.64	5.71	7.48	6.31	6.92	8.17	9.98	10.09	7.73	7.12	7.99	9.98	6.83
6	Biologie clinique	4.63	3.04	3.05	3.15	3.35	2.87	3.19	2.56	2.27	2.68	2.12	2.58	0.87	1.31	1.60	2.04	2.92	2.60
7	Radiothérapie	5.68	5.75	5.45	5.16	5.69	5.56	3.81	4.57	3.74	3.89	5.70	5.30	2.88	3.79	3.91	4.24	7.08	4.84
8	Médecine nucléaire	6.55	4.85	5.74	5.45	5.72	6.46	6.71	4.39	3.79	4.36	4.09	5.45	3.33	4.50	3.48	4.35	6.69	5.05
9	Anesthésiologie	7.15	7.06	8.45	11.87	12.06	12.41	12.10	12.55	13.60	15.27	14.45	15.63	13.86	14.85	15.28	15.27	16.61	12.85
10	Pneumologie	7.36	6.03	7.22	7.16	7.72	7.65	6.87	6.68	5.91	5.16	6.34	7.21	5.92	5.08	5.69	7.43	8.42	6.70
11	Anatomie pathologique	9.32	7.44	7.74	6.71	7.06	6.82	6.33	6.62	3.81	4.85	4.30	4.76	4.72	3.75	5.02	6.51	8.65	6.14
12	Médecins généraux	10.51	9.74	11.46	11.41	12.13	12.11	12.32	13.01	12.49	13.59	15.91	15.78	11.85	14.62	13.88	15.68	19.18	13.27
13	Neuropsychiatrie	11.17	10.99	9.80	10.19	13.18	13.93	14.91	14.59	12.50	12.85	16.77	16.85	16.15	17.01	16.02	16.03	18.06	14.18
14	Neurologie	11.27	9.78	11.02	10.25	11.62	12.82	9.94	7.74	4.42	4.81	6.73	7.57	5.30	4.10	4.27	3.33	5.33	7.66
15	Psychiatrie	11.67	9.88	11.80	11.15	12.17	11.78	12.18	13.58	11.92	13.20	9.62	9.87	12.08	17.25	12.95	15.02	13.62	12.34
16	Pédiatrie + neurologie péd.	12.55	10.89	12.36	11.85	12.00	11.00	10.62	11.21	9.96	9.70	11.70	13.02	12.39	14.36	13.22	14.93	18.21	12.35
17	Autres spécialités	15.25	11.67	12.31	13.04	9.57	9.80	7.89											11.36
18	Chirurgie	17.08	15.36	19.66	19.56	20.51	22.02	21.46	19.78	16.46	18.28	18.65	18.67	16.37	17.18	16.18	16.50	19.01	18.40
19	Gastro-entérologie	20.42	16.10	17.18	18.18	18.22	16.74	17.55	16.61	14.50	14.83	14.88	16.54	13.62	15.32	13.54	11.19	11.79	15.72
20	Rhumatologie	22.27	18.29	20.99	23.21	22.31	26.05	24.15	24.60	16.93	19.53	19.20	18.33	18.34	18.47	17.81	20.77	22.56	20.81
21	Cardiologie	23.70	21.56	20.21	20.28	20.92	20.82	20.23	21.25	19.24	21.00	23.09	29.58	35.58	11.50	9.90	11.11	12.39	20.14
22	Neurochirurgie	25.42	22.94	26.70	26.24	28.85	26.37	25.39	24.35	20.74	22.03	20.78	23.45	20.16	22.22	25.22	22.41	25.45	24.04
23	Méd. phy. et physiothera.	31.48	24.54	29.53	28.25	26.69	26.28	24.41	25.10	20.73	20.25	21.95	23.33	20.62	18.09	18.64	18.04	18.48	23.32
24	O.R.L.	31.83	26.25	30.53	30.60	31.38	32.40	31.09	29.68	27.12	27.84	26.87	27.51	26.17	28.94	27.90	26.94	29.50	28.97
25	Urologie	32.29	28.85	31.98	33.41	31.59	33.01	32.08	32.31	28.13	27.08	26.63	26.00	23.78	25.08	25.57	23.65	25.44	28.64
26	Radiologie	33.06	30.64	31.41	31.14	32.77	34.73	35.42	32.96	29.40	30.95	25.58	32.90	10.64	10.53	10.07	11.41	20.33	26.11
27	Stomatologie	38.50	34.29	40.63	41.18	39.76	40.73	40.79	39.74	37.70	35.08	39.40	35.97	36.39	33.78	32.20	37.14	39.43	37.81
28	Orthopédie	42.31	37.72	40.71	40.45	39.44	38.31	36.47	34.91	25.53	26.40	26.02	26.29	23.31	24.25	22.61	21.57	23.51	31.17
29	Gynécologie-obstétrique	48.66	41.45	49.24	49.58	51.25	51.73	50.70	50.31	40.46	41.60	43.12	43.36	42.22	44.93	40.37	43.69	43.05	45.63
30	Chirurgie plastique	56.00	48.47	58.33	59.29	61.89	61.60	61.20	63.11	59.05	64.25	64.47	64.21	64.33	62.50	58.86	56.64	58.52	60.16
31	Ophthalmologie	59.62	53.79	57.68	57.94	58.59	56.95	54.65	53.23	49.39	52.84	52.97	51.78	51.48	55.10	54.27	49.94	52.46	54.28
32	Dermatologie-vénérologie	69.00	59.75	69.01	67.96	70.00	68.87	66.35	63.87	59.72	61.57	62.87	62.64	59.45	65.40	63.09	61.54	60.65	64.22
	Total spécialistes + MSF	18.97	16.66	18.88	19.22	20.04	20.25	19.96	20.19	17.62	18.43	18.23	19.59	17.32	17.30	16.53	16.77	18.61	18.50
	TOTAL GÉNÉRAL	15.71	14.00	16.00	16.17	16.90	17.10	16.87	17.22	15.48	16.36	17.19	17.91	15.02	16.08	15.30	16.27	18.87	16.38

Source: INAMI

Tableau 4

5.2 Budget 2019

Fin septembre, les estimations techniques pour les honoraires médicaux ont été calculées et se montent à 8,538 milliards d'euros. Les nouveaux honoraires forfaitaires pour les soins à basse variabilité représentent 341,9 millions d'euros de ce montant.

Après une indexation de 1,45% en moyenne équivalant à un montant de 131,9 millions d'euros, et après une déduction de 341,9 millions pour les honoraires des soins à basse variabilité, l'objectif global pour les honoraires médicaux en 2019 s'élève à 8,321 milliards d'euros. En application de l'accord 2018-2019, ce montant inclut aussi une économie de 9,88 millions d'euros pour compenser les montants réservés et les effets de débordement causés par les mesures prises sur une base annuelle. Cependant, en raison d'une réorganisation des budgets existants par l'INAMI grâce à une correction de ces mêmes montants réservés, à la suppression des mesures non réalisées et à la sous-utilisation d'autres mesures, on a récupéré dans le budget des honoraires un montant de 13,792 millions d'euros supplémentaires. Ainsi, après déduction convenue des 9,88 millions d'économies, il restait 3,912 millions d'euros pour de nouvelles initiatives.

Ce montant très limité contraste fortement avec celui de 381,4 millions d'euros qui correspond à la somme de tous les nouveaux besoins introduits par les différentes disciplines.

Cependant, comme il n'y a pas de budgets supplémentaires, l'ensemble de ces propositions risquait de voler à la poubelle. Un montant de 2,5 millions d'euros a néanmoins été extrait des 131,9 millions de l'index pour assurer un soutien financier supplémentaire aux neurologues. Ce qui porte à 6,189 millions d'euros l'intégralité des moyens disponibles pour de nouvelles initiatives, répartis comme suit : 0,502 million pour les traitements oncologiques complexes ; 2,537 millions pour les généralistes (e. a. prolongation du DMG sans contact avec le généraliste) ; 0,65 million pour la chirurgie plastique (corrections de la convention de la reconstruction mammaire) ; et comme annoncé plus haut, 2,5 millions pour les neurologues dont 0,512 million pour les soins de l'AVC aigu et 1,988 millions pour l'électroconvulsivothérapie.

Pendant la réunion de la médicomut du 12 novembre, l'ABSyM a proposé que le montant restant de l'index soit employé pour une revalorisation sélective des honoraires intellectuels soit, les consultations, les honoraires de surveillance de l'art. 25, les honoraires de consultance pour les radiologues et les prestations d'anatomie pathologique ainsi que les honoraires forfaitaires par admission pour les biologistes cliniques et les radiologues.

L'index de 1,45% a été accordé aux honoraires auxquels s'appliquent une clause d'indexation dans les arrêtés royaux concernés: les honoraires forfaitaires par prescription de biologie clinique, les honoraires forfaitaires des trajets de soins, les prestations de « genetic counseling », les honoraires de disponibilité pour les généralistes, spécialistes et pédiatres en E, ainsi que les avis médicaux aux patients en soins palliatifs (médecins d'accompagnement de fin de vie – LEIFartsen : LevensEinde InformatieForum).

Un index de 3,33% a été accordé aux honoraires forfaitaires par admission de biologie clinique (hôpital de jour et hôpital), aux honoraires forfaitaires par admission d'imagerie médicale, aux honoraires forfaitaires de consultance d'imagerie médicale ainsi qu'à toutes les prestations intellectuelles (consultations, visites, avis, surveillance et anatomie pathologique).

Les prestations médico-techniques (honorées à l'acte) ne sont pas du tout indexées.

Cette proposition a été approuvée le soir même.

5.3 Accréditation

Comparaison du nombre de médecins accrédités 01.02.2018 – 01.02.2019

2 0 1 9		Nombre de médecins actifs		Nombre de médecins accrédités		% médecins accrédités		% Différence 2018-2019
		01.02.2019	01.02.2018	01.02.2019	01.02.2018	01.02.2019	01.02.2018	
	Médecins 000 & 009	2558	1982	0	0	0	0	0
	Généralistes 001-002	1381	1409	1	1	0,07	0,07	0
	Généralistes agréés 003-004-007-008	15268	14967	10701	10678	70,09	71,34	-1,25
	Généralistes en formation 005-006	1953	1339	0	0	0	0	0
	TOTAL	21160	19697	10702	10679	50,58	54,22	-3,64
1	Gériatrie	348	326	282	269	81,03	82,52	-1,49
2	Pneumologie	618	597	483	483	78,16	80,9	-2,74
3	Gastro-entérologie	783	758	589	583	75,22	76,91	-1,69
4	Rhumatologie	266	258	200	198	75,19	76,74	-1,55
5	Neurologie	642	620	481	474	74,92	76,45	-1,53
6	Oncologie médicale	300	287	224	229	74,67	79,79	-5,12
7	Ophthalmologie	1237	1216	908	916	73,4	75,33	-1,93
8	Dermato-vénéréologie	832	818	596	605	71,63	73,96	-2,33
9	Radiodiagnostic	1839	1820	1305	1332	70,96	73,19	-2,23
10	Médecine physique et physiothérapie	576	559	407	405	70,66	72,45	-1,79
11	Cardiologie	1246	1210	880	874	70,63	72,23	-1,6
12	O.R.L.	743	733	521	537	70,12	73,26	-3,14
13	Radiothérapie	237	231	162	161	68,35	69,7	-1,35
14	Anatomo-pathologie	378	364	257	256	67,99	70,33	-2,34
15	Psychiatrie	2118	2095	1396	1421	65,91	67,83	-1,92
16	Médecine nucléaire	336	337	217	223	64,58	66,17	-1,59
17	Pédiatrie + neurologie pédiatrique	1876	1838	1206	1217	64,29	66,21	-1,92
18	Médecine aiguë et d'urgence.	1022	979	653	621	63,89	63,43	0,46
19	Urologie	495	475	311	308	62,83	64,84	-2,01
20	Gynécologie-obstétrique	1693	1649	1059	1071	62,55	64,95	-2,4
21	Anesthésie-réanimation	2384	2310	1463	1462	61,37	63,29	-1,92
22	Médecin interne et diabét.-endocrin..	1732	1704	1010	1008	58,31	59,15	-0,84
23	Orthopédie	1192	1158	693	692	58,14	59,76	-1,62
24	Biologie clinique	623	626	361	378	57,95	60,38	-2,43
25	Pharmacien-biologiste	664	657	361	381	54,37	57,99	-3,62
26	Chirurgie	1641	1609	763	763	46,5	47,42	-0,92
27	Neurochirurgie	245	242	113	119	46,12	49,17	-3,05
28	Stomatologie	367	360	146	146	39,78	40,56	-0,78
29	Chirurgie plastique	306	301	94	101	30,72	33,55	-2,83
30	Neuropsychiatrie	171	190	32	35	18,71	18,42	0,29
31	Autres spécialités	57	60	7	9	12,28	15	-2,72
	Médecin spécialiste en formation (MSF)	5821	5201	3	2	0,05	0,04	0,01
	Total spécialistes	26967	26387	17180	17277	63,71	65,48	-1,77
	Total spécialistes + MSF	32788	31588	17183	17279	52,41	54,7	-2,29
	Total	53948	51285	27885	27958	51,69	54,51	-2,82

Source: groupe directeur de l'accréditation 18.01.2019 et compte rendu GBS 2017 (03.02.2018).

Tableau 5

Ces dernières années, le taux d'accréditation est resté relativement stable mais en 2018, force est de constater une diminution de 2,82% du nombre de médecins accrédités (médecins généralistes, spécialistes et en formation confondus). Dans notre compte rendu précédent, nous écrivions encore qu'il s'agissait d'un phénomène cyclique mais le dernier chiffre connu touche un fond historique. Le 01.02.2019, 51,69% des médecins étaient accrédités contre 54,51% l'année précédente. Cependant, les chiffres ne révèlent pas tout: si on tient seulement compte des généralistes et spécialistes agréés, le

taux d'accréditation s'élève à 66,01%, ce qui représente une diminution de 1,59% par rapport à 2018. Cette diminution est assez homogène pour l'ensemble des disciplines.

En décembre, la commission de l'INAMI compétente pour attribuer des points d'accréditation et l'accréditation individuelle des médecins (groupe de direction de l'accréditation) a dit au revoir à son président, le Dr Marc MOENS, membre du groupe de direction depuis les débuts de l'accréditation il y a 25 ans, et qui a dirigé les réunions avec le Dr Geneviève BRUWIER (co-présidente francophone) pendant ces 15 dernières années.

Lors de la réunion du 15 janvier, le groupe de direction de l'accréditation a désigné le Dr Bart DEHAES pour succéder au Dr MOENS en tant que co-président néerlandophone.

Ces dernières années, le nombre des demandes d'accréditation d'activités de formation a systématiquement augmenté et en 2018, il aura franchi le cap des 20 000. Cette augmentation met sous pression les différents comités paritaires et plus particulièrement les groupes directeurs d'Éthique et d'Économie qui reçoivent le plus de demandes. La digitalisation des demandes d'accréditation est depuis quelques temps en place: on s'est concentré, d'une part, sur le traitement digital des dossiers d'accréditation individuels et d'autre part, sur la transmission électronique des présences aux activités de formation continue approuvées.

Tous les dossiers individuels peuvent être consultés par les médecins concernés et une grande partie est aussi renouvelée électroniquement, ce qui réduit les charges administratives des médecins.

En 2017, il était question de rendre obligatoire l'introduction en ligne des demandes d'agrément des activités, mais cette contrainte n'avait pas encore été imposée pour des raisons pratiques. À la mi-2016, 80% des demandes étaient déjà introduites en ligne : fin 2018, ce taux atteint 92%. Il a été convenu qu'à partir de janvier 2019, les demandes deviendraient obligatoirement électroniques.

En 2018, les demandes d'accréditation des activités de formation continue pouvaient donc être introduites au format électronique ou papier, mais l'INAMI et les comités paritaires les traitent encore manuellement ce qui est synonyme de montagnes de papiers. Pour que cela cesse, une nouvelle application a été développée à l'INAMI de manière à ce que l'évaluation de tous les dossiers devienne électronique. Cette application permet non seulement de limiter les accumulations de papier, elle offre aussi l'avantage aux membres des divers comités paritaires et du groupe de travail d'Éthique et Économie de ne pas devoir à chaque fois venir à Bruxelles pour évaluer les dossiers. Le logiciel met aussi fin à la situation assez absurde qui voulait que les demandes soient d'abord électroniques, puis imprimées et évaluées sur papier à l'INAMI pour finalement être encodées dans le système et repasser au format électronique.

Ce système d'évaluation électronique a été introduit en 2018 mais il connaît encore des maladies d'enfance qui expliquent que le volume de dossiers clôturés est extrêmement faible et que, notamment pour les demandes d'accréditation en Éthique et Économie, on note une forte augmentation du nombre de dossiers en retard. Le cap des 1000 a même été franchi à un certain moment. Ce retard peut bien entendu avoir un impact considérable sur l'accréditation individuelle des médecins si les trois ans de leur période d'accréditation arrivent à leur terme. Pour remédier à cette situation, l'INAMI a mis tout en œuvre pour trouver une solution et au moment de la rédaction du présent rapport, le nombre de dossiers en souffrance n'est plus que de 500. On espère que tous les retards seront rattrapés dans les plus brefs délais et qu'ensuite le traitement des demandes sera plus fluide.

Depuis quelques d'années, on envisage aussi de réévaluer le système d'accréditation et d'éventuellement le réformer en profondeur. Les tentatives précédentes n'ont pas été fructueuses mais en application du point 4.5. de l'Accord national 2018-2019, lors de sa réunion de décembre 2018, la Commission médico-mutualiste présidée par Jo DE COCK a décidé avec le groupe directeur de l'Accréditation et le Conseil national pour la Promotion de la Qualité, de créer un groupe de travail qui devra formuler des propositions de réforme de l'accréditation pour l'été 2019. Actuellement, l'INAMI

dépense environ 311 millions d'euros pour 27 887 médecins accrédités mais on note des différences individuelles considérables. On l'écrivait déjà dans le rapport précédent : AADM et le Cartel notamment sont favorables à une forfaitisation plus radicale de l'accréditation et à la diminution, voire la suppression, des suppléments pour bénéficier de l'accréditation. Un des scénarios envisagés consisterait à transférer le système d'accréditation au SPF Santé publique, et à obliger les médecins de prouver au moyen d'un portfolio personnel que leurs connaissances médicales sont à niveau. C'est ainsi qu'on retourne 25 ans en arrière ...

5.4 Élections médicales

L'édition 2018 des élections médicales a été marquée par toute une série de péripéties.

Organisées tous les quatre ans, elles ont eu lieu du 7 au 26 juin à minuit. Tout comme lors des élections précédentes de 2014, trois organisations médicales reconnues comme représentatives étaient en lice: l'ABSyM, le Cartel et AADM.

Par contraste avec les éditions précédentes, il avait été convenu que les élections seraient complètement électroniques cette année.

Pour pouvoir voter, chaque médecin devait donc disposer (1) d'une carte d'identité électronique (un lecteur de carte électronique qui fonctionne), (2) de son code PIN personnel et (3) d'un token. Dans un courrier ordinaire, l'INAMI avait envoyé à tous les médecins un token unique (combinaison de chiffres et de lettres) servant de moyen d'identification supplémentaire pour pouvoir voter et surtout pour être absolument certain qu'une même personne ne puisse voter deux fois.

Immédiatement, deux problèmes se sont posés.

Seuls les médecins repris dans la liste des électeurs ont reçu le code par la poste. Chaque médecin a dû individuellement vérifier (1) qu'il ou elle apparaissait bien sur la liste des électeurs établie par l'INAMI et (2) que son adresse de correspondance était encore valable car le token avait été envoyé par courrier ordinaire, pas par recommandé. C'est là qu'on a trébuché une première fois: nombre d'adresses n'étaient plus correctes, ce qui a provoqué un important taux de retour de courrier. Les médecins aux adresses erronées n'ont donc pas reçu leur token alors qu'ils figuraient bien sur la liste des électeurs : pas de token, pas de vote !

De plus, les délais permettant de vérifier la liste des électeurs étaient particulièrement courts et n'avaient été communiqués que sommairement par l'INAMI: les médecins devaient vérifier eux-mêmes sur le site de l'INAMI qu'ils étaient bien repris dans la liste des électeurs entre le 7 et le 21 mars inclus.

Pour ces deux raisons (pas d'enregistrement ou mauvaise adresse), il est très probable qu'un certain nombre de médecins n'aient jamais reçu le token, d'où leur impossibilité de participer aux élections.

A la base, intégralement digitalisée dans le but de garantir le bon déroulement des élections, la procédure de vote électronique a malheureusement raté son objectif. La complexité du système était telle que l'application s'est emballée et selon le navigateur utilisé, il fallait vraiment être un spécialiste de l'IT pour pouvoir accéder à la procédure de vote.

Les élections réelles ont officiellement débuté le 7 juin 2018 mais ont immédiatement pris un faux départ. Et elles devaient trébucher encore une troisième fois.

Trois jours après le début des élections, les opérations de vote ont dû être suspendues à cause d'une erreur dans l'application, et par conséquent, une grande partie des médecins n'a pu accéder au système ou voter valablement. 437 "chanceux" étaient bien parvenus à enregistrer un vote valable mais pour éviter que certains votent deux fois, leurs votes ont été annulés. Théoriquement, leur token était encore valable mais comme il se pouvait qu'ils s'en fussent déjà débarrassés, l'INAMI a mis en place une

procédure fastidieuse: les 437 médecins en question pouvaient à nouveau voter à condition qu'ils prennent l'initiative de déclarer sur l'honneur et par écrit qu'ils demandaient un nouveau token. Par la suite, l'INAMI devait leur téléphoner aléatoirement pendant les heures de bureau pour ensuite leur envoyer un nouveau courrier avec un nouveau token. Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ?

Mais soyons clairs, cette procédure ne concernait pas les médecins confrontés aux problèmes 1 et 2 (soit ceux qui n'avaient jamais reçu le courrier contenant le token).

Le 13 juin, il était de nouveau possible de voter et dans le même temps, la période de vote a été prolongée jusqu'au 2 juillet inclus pour permettre à tout le monde de participer aux élections.

D'autres incidents devaient encore survenir au cours de cette période: ainsi, à plusieurs reprises, il a été impossible d'accéder au site ou d'émettre son vote (problème 4). De même, il s'est avéré impossible d'exécuter plusieurs opérations de vote sur un seul ordinateur. Cette difficulté supplémentaire explique aussi qu'un certain nombre de médecins ont été dans l'impossibilité de voter (problème 5).

On peut parler d'un petit miracle qui montre que les médecins savent faire preuve de persévérance et une partie d'entre eux a donc pu voter malgré tous les obstacles rencontrés.

À juste titre, les syndicats mettent sérieusement en doute la validité de l'intégralité des élections mais on suppose que l'INAMI n'a pas délibérément voulu pénaliser les syndicats médicaux en tant qu'acteurs de premier plan, ni limiter leur influence sur la politique des soins de santé.

Les résultats des élections ont été communiqués le mercredi 3 juillet 2018.

Ont participé à ces élections, 5 385 généralistes et 6 754 spécialistes, ce qui représente un taux de participation de 23,98%.

Résultats des élections médicales 2018 :

Généralistes:

ABSyM-BVAS	1 325 votes (24,61%)
Cartel (ASGB-GBO-MoDeS)	2 160 votes (40,11 %)
AADM	1 853 votes (34,41 %)
Abstentions	47 abstentions (0,87 %).

Spécialistes:

ABSyM-BVAS	5.693 votes (84,29 %)
Cartel (ASGB-GBO-MoDeS)	804 votes (11,90 %)
AADM	184 votes (2,72 %)
Abstentions	73 abstentions (1,08 %).

Ensemble des généralistes et des spécialistes:

ABSyM-BVAS	57,81 %
Cartel (ASGB-GBO-MoDeS)	24,42 %
AADM	16,78 %.

Ces résultats se traduisent par la répartition de sièges suivante:

	Généralistes	Spécialistes
ABSyM	2	5
CARTEL	2	1
AADM	2	0

Bien que les résultats des élections médicales soient très favorables à l'ABSyM qui récupère un siège sur le banc des généralistes, on a le sentiment qu'il s'agit d'une victoire à la Pyrrhus. Le nombre de médecins qui ont voté est tristement faible. Seulement 1 médecin sur 4 a voté. Ensemble, le GBS et l'ABSyM comptent plus de 15 000 médecins. Si on suppose que les deux autres syndicats comptent aussi quelque 10 000 membres payants, il faut en conclure que moins de la moitié du nombre de membres payants des organisations médicales ont participé aux élections.

Par rapport à 2014, on recense environ 5 000 nouveaux médecins (médecins en formation et médecins fraîchement agréés) et pourtant, on totalise 5 000 votes en moins. Tout ne peut pas être expliqué par les seuls dysfonctionnements informatiques de l'INAMI. Manifestement, la plupart des médecins n'ont pas conscience de l'importance des élections médicales.

Ce taux de participation très faible a amené tant le Dr. Bert WINNEN, chef de cabinet de la ministre DE BLOCK, Jo DE COCK, administrateur-général de l'INAMI et la ministre même⁷⁶ à remettre en question la représentativité des syndicats médicaux. Ils ont subtilement fait remarquer que le vainqueur des élections, l'ABSyM, n'a en réalité bénéficié du soutien que de 13,86% des médecins ayant droit de vote. En dehors du fait que leur discours est, pour rester courtois, légèrement déplacé, et que, rouges de honte, ils devraient faire en sorte que l'ensemble de la procédure de vote ne soit pas inutilement compliqué, on ne peut nier que la participation est tristement faible et qu'il n'est pas incompréhensible que certains doutent de la représentativité des syndicats médicaux. Le manque d'intérêt constaté peut en partie s'expliquer du fait que les médecins méconnaissent l'influence des syndicats médicaux sur la politique tant fédérale que régionale. Par ailleurs, se montrer moins impliqué en dehors de la pratique strictement professionnelle, est une tendance sociétale générale.

Le faible succès des élections médicales a eu une autre conséquence au niveau du financement des syndicats médicaux: l'arrêté royal qui régule ce financement a été revu il y a peu mais n'est (heureusement) pas encore paru au Moniteur. Sur la base de cet AR, les syndicats recevront désormais un montant fixe par vote émis et le solde reviendra à l'INAMI. Au vu de tous les problèmes rencontrés, il est fort probable qu'un certain nombre de médecins ont été dans l'impossibilité de voter. De cette manière, une série d'économies seraient (involontairement ?) réalisées sur ce financement. Pour corriger cette situation, il a été décidé de demander à la ministre De Block d'annuler à nouveau le projet d'AR en question et de répartir entre les trois syndicats l'intégralité du montant prévu d'un million d'euros selon l'ancien système, en partie forfaitairement et en partie en fonction du nombre de votes émis.

Il faut revoir complètement le concept des élections médicales. Il faut penser un système de vote plus convivial. L'intégralité de la procédure est électronique. Il est donc absurde que le token nécessaire à la confirmation du vote soit envoyé par courrier postal. Auparavant, ce token était envoyé par lettre recommandée, ce qui n'était pas nécessairement mieux. Les médecins savaient que l'INAMI envoyait l'invitation aux élections médicales par lettre recommandée et souvent ils ne prenaient pas la peine d'aller la chercher après le passage du facteur en leur absence.

⁷⁶ Cf. interview de Maggie DE BLOCK et du Pr. Marc NOPPEN (VUB) dans « de Tijd » du 26.02.2019

6 Imagerie médicale

6.1 Protocole d'accord relatif à l'Imagerie médicale: « Houston, we have a touchdown or not? »

Rétroactes:

Depuis le rapport annuel de 2014, nous faisons chaque année un état des lieux du protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale, publié en 2014⁷⁷ après de longues négociations. Cet accord très étendu prévoit un élargissement du nombre d'appareils RMN (+ 12) et d'appareils PET (aussi + 12 avec une capacité supplémentaire pour les appareils universitaires destinés à la recherche scientifique) et comprenait aussi des dispositions qui rendent impossibles l'installation et l'exploitation d'appareils non agréés, par le biais d'un registre cadastral de « l'appareillage médical lourd », une politique de contrôle sévère et la mise en place d'un moratoire sur l'activation de nouveaux appareils⁷⁸.

En 2015, le ministre flamand compétent VANDEURZEN a donné son accord pour l'agrément de 7 appareils RMN supplémentaires en Flandre, malgré les récriminations des associations hospitalières qui n'avaient pas obtenu un appareil. Les procédures juridiques qu'elles ont lancées contre ces agréments étaient toujours en cours en 2018.

En 2016, le cadastre de l'appareillage médical lourd a permis de découvrir que sur le territoire belge, pas moins de 17 appareils RMN étaient actifs sans l'autorisation requise, ce qui a mené à leur désactivation. Dans le rapport annuel précédent, vous avez aussi pu lire que l'INAMI a « demandé » aux hôpitaux concernés de rembourser les prestations attestées sur ces appareils non agréés, pour un montant de 13 millions d'euros. Le traitement de ce dossier est toujours en cours à l'INAMI.

Au lieu de l'augmentation prévue de 12 unités supplémentaires, la capacité RMN a diminué de l'équivalent de 5 appareils: en effet, pour 12 nouveaux appareils « blancs » de plus, on comptait 17 appareils « noirs » de moins. Par conséquent, les chiffres de l'INAMI n'ont pas du tout montré un shift des examens CT vers les examens RMN. Il a été reproché aux radiologues de ne pas avoir respecté la convention car malgré « l'élargissement » du parc RMN, l'INAMI n'a absolument pas pu constater une diminution du nombre d'examen CT. Pour compenser la diminution factuelle de la capacité RMN, un autre élargissement était nécessaire : c'est ainsi que le protocole d'accord bis a vu le jour.

Les négociations autour du protocole d'accord bis ont démarré en 2017 mais sont passées à une vitesse supérieure au printemps et à l'été 2018. Ce coup d'accélérateur a finalement permis d'aboutir à un « Avenant au protocole d'accord du 24 février 2014 relatif à l'imagerie médicale », signé le 5 novembre 2018 par tous les 8 (!) ministres compétents de notre pays et publié au Moniteur belge le 14 décembre 2018.

Cet avenant au premier protocole d'accord contient 7 points essentiels.

1. Premièrement, il a été décidé de mettre en place une prescription électronique standardisée afin de pouvoir suivre d'une manière uniforme et surtout contrôlable les indications pour les examens radiologiques.
2. Deuxièmement, il a été décidé d'implémenter un logiciel de soutien à la décision qui aide le prescripteur à demander l'examen radiologique le plus adéquat. L'élaboration pratique de ce logiciel a été confiée à la plateforme de concertation BELMIP.
3. Troisièmement, la politique de contrôle qui doit freiner la surconsommation et les disparités géographiques inexplicables est développée plus avant : un audit aura lieu dans tous les hôpitaux

⁷⁷ Protocole d'accord en matière d'imagerie médicale, Moniteur belge 20.06.2014.

⁷⁸ Ajouté à l'art. 26 de la Loi programme du 25.12.2016 (MB 29.12.2016).

et sera focalisé sur l'utilisation correcte et justifiée des moyens disponibles, la mise en place d'un benchmarking et ensuite, si nécessaire, des mesures de corrections seront imposées.

4. Quatrièmement, les prescripteurs seront dorénavant responsabilisés. Jusqu'à présent, tous les dépassements budgétaires en imagerie médicale étaient exclusivement imputés aux radiologues et/ou aux connexistes. Les prescripteurs n'étaient pas concernés par la responsabilisation. Dans l'avenant au protocole d'accord, il a été convenu que les éventuels dépassements budgétaires seraient supportés par les différents acteurs : les prescripteurs seront donc aussi concernés.
5. Cinquièmement, il a été décidé que pour l'imagerie de la lombalgie, sujet brûlant car dans le passé les volumes d'examens d'imagerie de ce type étaient bien plus importants en Belgique que dans les pays voisins, une approche intégrée serait envisagée dont la portée dépasserait la simple responsabilisation des médecins par le biais de modifications de la nomenclature. Les modalités pratiques de la mise en place d'une telle approche feront l'objet d'une concertation élargie à tous les acteurs.
6. Sixièmement, il a été décidé d'augmenter le nombre d'appareils RMN agréés en Belgique. 18 appareils supplémentaires seront agréés ce qui portera le nombre total d'appareils à 139. Leur répartition régionale ou une attribution individuelle n'ont pas encore été décidés. Cependant, il a été convenu que si ce nombre augmente, il ne peut entraîner une augmentation globale du nombre d'examens CT et RMN pris dans leur ensemble, ni au niveau de l'hôpital ni au niveau du réseau. Une analyse approfondie par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'évolution des examens à la suite du protocole d'accord de 2014 (cf. infra) avait notamment montré qu'au niveau national, bien qu'on n'ait pas constaté de diminution significative dans le nombre d'examens de la colonne vertébrale, ce nombre diminuait dans les hôpitaux qui ne disposaient pas d'une RMN avant le protocole d'accord mais qui s'en étaient équipés plus tard. Ceci explique que l'augmentation du nombre d'appareils sera assortie d'« incentives » pour les hôpitaux concernés.
7. Enfin, dans les prochaines années on mènera des études pour savoir si un système de financement alternatif en matière d'imagerie médicale serait possible intra-muros et quelle en serait la plus-value.

Cet avenant du protocole d'accord comprend donc surtout des décisions de principe qui devront se traduire par un contenu concret dans les prochaines années. En d'autres termes, nous reviendrons indubitablement sur ce sujet dans les prochains rapports annuels.

L'avenant au protocole d'accord est le fruit de longues négociations entre toutes les parties concernées, tant les prestataires de soins que les divers pouvoirs publics: il a été piloté par la cellule politique de la ministre De Block, sous la direction du Pr. Koenraad VANDEWOUDE et de M. Bernard VERHEYDEN.

6.2 Directive EURATOM

Dans notre rapport annuel précédent, nous nous sommes déjà longuement attardés sur la transposition de la directive Euratom 2013/59 du 5 décembre 2013. La Belgique devait la transposer dans le droit national pour le 6 février 2018 au plus tard. On peut déjà dire que le délai imposé n'a pas été respecté.

La directive Euratom vise une utilisation (plus ?) rationnelle, justifiée et optimisée des rayonnements ionisants dans le secteur médical. Le 17 mai 2018, le Moniteur belge a publié la loi du 19 avril 2018 portant modification de la loi du 15 avril 1994 relative à la protection de la population et de l'environnement contre les dangers résultant des rayonnements ionisants et relative à l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire. Cette loi est une transposition partielle la directive Euratom précitée. L'art. 5 de cette loi stipule que chaque hôpital disposant d'installations radiologiques médicales doit créer un service de radiophysique médicale. Un AR spécifiera davantage les conditions et règles auxquelles il faut

satisfaire et fixera l'entrée en vigueur de celles-ci. Cette disposition est surprenante car la directive Euratom ne mentionne nulle part la création d'un service de radiophysique médicale et encore moins son implantation obligatoire dans les hôpitaux.

Entre-temps, en 2017, l'AFCN avait déjà procédé à une large consultation de toutes les parties concernées pour la transposition de l'intégralité de la directive Euratom mais le processus a accumulé tellement de retard que la date butoir du 6 février 2018 n'a pu être respectée.

Quelques jours avant le début des vacances d'été, l'AFCN a ensuite publié sur son site 3 projets d'arrêtés royaux qui transposaient l'intégralité de la directive Euratom. Le plus important pour les médecins spécialistes est l'AR relatif aux expositions médicales aux rayonnements ionisants et aux expositions à des fins d'imagerie non médicale de personnes impliquant des équipements radiologiques médicaux. L'an dernier, nous avons exprimé nos craintes ne sachant dans quelle mesure l'AFCN tiendrait compte des remarques formulées par les différentes parties concernées au cours des mois qui ont précédé la publication du projet d'AR: aujourd'hui nous savons que nos craintes étaient en partie fondées.

Ce sont surtout les nucléaristes mais aussi une partie des radiothérapeutes et des radiologues qui ont beaucoup de mal à digérer l'interprétation excessive que l'AFCN donne à la directive Euratom. Les gestionnaires hospitaliers n'apprécient pas non plus les obligations financières que ce projet d'AR leur impose (création du service de radiophysique médicale). Même les radiophysiciens se font du souci concernant les très courts délais accordés pour organiser tous ces services.

Avant d'être discutés et approuvés au Conseil des ministres, ces projets d'AR suivent actuellement le parcours législatif et nécessitent les avis des instances suivantes : le Conseil supérieur de la Santé, du Conseil fédéral des Établissements hospitaliers, l'Académie Royale de Médecine de Belgique, le Conseil supérieur pour la Prévention et la Protection au Travail, le Conseil national du Travail et le Conseil d'État.

En raison des nombreuses objections tant de la part des médecins que des gestionnaires hospitaliers, il faut s'attendre à ce que tous ces avis ne soient pas purement positifs. Des contacts ont aussi été pris avec le cabinet de la ministre DE BLOCK et le cabinet des affaires intérieures (d'abord le ministre NV-A Jan JAMBON et aujourd'hui, le ministre CD&V, Pieter DE CREM) y compris l'AFCN en tant qu'institution publique autonome qui transmet les préoccupations des médecins. Il faut à présent attendre pour voir si les adaptations nécessaires seront apportées à ces projets d'AR et s'ils pourront encore être approuvés par l'actuel gouvernement en affaires courantes.

6.3 BELMIP

Une tâche importante incombe aussi à BELMIP, la plateforme de concertation créée il y a quelques années au sein du SPF Santé publique et où siègent différents acteurs traitant de certaines affaires relatives à l'imagerie médicale.

Début 2018, au sein de BELMIP, un groupe de travail "iGuide" a été créé pour examiner et coordonner l'implémentation pratique du logiciel d'aide à la décision. Cette matière a déjà fait l'objet de plusieurs réunions avec entre autres des informaticiens pour étudier la manière d'implémenter ce logiciel. Comment très souvent, la réalité s'avère bien plus complexe que ce qu'on imaginait initialement. Il a été convenu qu'on débute avec neuf projets pilotes dont le but est d'effectuer des tests "proof of concept", avec pour chaque partie du pays, un grand, un moyen et un petit hôpital. Cependant, avant le démarrage de cette phase de test, il faut aussi qu'il y ait un appel d'offre public européen, ce qui reporte le lancement de la phase de test à l'automne 2019.

Par ailleurs, BELMIP est aussi en concertation structurelle avec l'industrie pour pouvoir obtenir en pratique une implémentation plus rapide des nouvelles techniques.

BELMIP est aussi chargé du développement pratique de B-Quadril (Quality Assurance Audit for Diagnostic Radiology Improvement and Learning), processus d'audit imposé par l'AFCN pour les services d'imagerie médicale (ce type d'initiatives est depuis longtemps d'usage pour la radiothérapie et la médecine nucléaire). Une phase pilote menée avec un certain nombre d'hôpitaux s'est achevée en 2018 et les résultats sont à présent en traitement pour être ensuite déployés dans un deuxième temps dans tous les services d'imagerie médicale de Belgique.

Le groupe de travail Soins de qualité a identifié avec le SECM les variations géographiques de la pratique en Belgique. A cet égard un certain nombre de constats notables ont été formulés. Ainsi, le volume d'examen radiologiques de la colonne vertébrale a diminué dans toutes les parties du pays mais cela n'est pas le cas pour les tomographies par ordinateur : ceux-ci ont bien diminué dans la région de Bruxelles-Capitale et en Flandre mais pas en Wallonie. On recherche actuellement les raisons qui peuvent expliquer cette situation et la manière dont on pourrait faire disparaître ces disparités de pratiques.

7 Procédures juridiques

7.1 Jugements – Désistement d'instance

7.1.1 Génétique clinique

En 2017, à la demande du GBS l'union professionnelle belge des médecins spécialistes en biopathologie médicale a introduit un recours en annulation à l'encontre de l'arrêté ministériel du 23 mai 2017 fixant les critères particuliers de l'agrément des médecins spécialistes, maîtres de stage et services de stage en génétique clinique.⁷⁹⁸⁰

Les médecins agréés en médecine interne, pédiatries, neurologie et gynécologie pouvaient entamer directement la formation spécifique en génétique clinique. Cela n'était pas permis à toutes les autres spécialités. Les cardiologues, les pneumologues et les autres disciplines apparentées à la médecine interne devaient d'abord accomplir deux ans de stage en médecine interne. La même chose valait pour les biologistes cliniques qui avaient déjà suivi une année de stage en médecine interne pendant leur formation. La publication de l'AM du 29 mai 2018⁸¹ a mis fin à cette règle et à ce trajet de formation absurde pour certaines disciplines qui souhaitaient acquérir le titre professionnel en génétique clinique. Aujourd'hui, tous ceux qui ont suivi une formation clinique générale de deux ans pour un titre professionnel de niveau 2 peuvent prétendre à la formation spécifique. Il n'existe plus de discrimination.

Comme convenu pendant les réunions de concertation tenues dans le cadre de ce dossier avec le Prof. Dr Koenraad VANDEWOUDE, collaborateur au cabinet de Maggie DE BLOCK, et le Dr Marc MOENS ainsi que Fanny VANDAMME, un désistement d'instance a eu lieu après la publication de l'arrêté de modification.

⁷⁹ MB 31 mai 2017.

⁸⁰ Voir Point 6.2.1 du rapport annuel 2017 du Dr Marc Moens, « Chantiers inachevés ».

⁸¹ MB 15 juin 2018.

7.2 Actions intentées par le GBS ou ses unions professionnelles

7.2.1 Soins à basse variabilité⁸²

Pas moins de 5 organisations liées à la pédiatrie ont introduit un recours en annulation des articles 2, 8°, 3, 4, 6 et 7 de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité.

Le premier moyen invoqué est la violation de l'art. 22bis de la constitution. Cet article stipule que chaque enfant a droit au respect de son intégrité morale, physique, psychique et sexuelle et que la loi, le décret ou l'ordonnance doivent garantir la protection du droit précité. L'introduction de l'article 22 bis de la Constitution⁸³ renforce la protection des droits de l'enfant. Lors des discussions sur la modification de la Constitution, on s'est basé sur l'idée que les enfants sont des sujets de droit distincts et à part entière qui jouissent d'au moins autant de droits que les adultes. En raison de leur position juridique faible, les enfants bénéficient d'une protection particulière. La tâche du législateur est de sauvegarder au maximum les droits de chaque enfant en prévoyant une protection adéquate et spécifique. En exerçant cette tâche, le législateur doit veiller à ce que l'identité de l'enfant soit reconnue.

L'accouchement relève des soins à basse variabilité et la future mère et son enfant appartiennent aux groupes de patients visés à l'art. 6 de la loi sur les soins à basse variabilité.

Il est illogique que dans le cadre de l'accouchement, tant les soins prodigués à la mère que les soins prodigués au nouveau-né soient couverts par un même montant prospectif. Les soins dispensés à deux personnes distinctes sont pour le financement et la fixation du montant prospectif global par admission considérés dans leur ensemble, et l'état de la santé de la mère est déterminant pour l'application ou non du système des soins de santé.

L'accouchement sans complication d'un degré de sévérité 1 ou 2 relève du système des soins à basse variabilité. Dans la loi contestée, tous les soins dispensés au nouveau-né sont couverts par le montant prospectif global accordé pour l'accouchement, peu importe les problèmes de santé ou complications qui pourraient à ce moment-là exister chez l'enfant qui aurait donc besoin de soins spécifiques. En revanche, lorsque l'accouchement se complique pour la mère, aucun montant prospectif global par admission n'est d'application et tant les soins à la mère que les soins à l'enfant ne sont exclus des soins à basse variabilité, même s'il n'y a pas de complications pour le nouveau-né.

Lors de la naissance et durant les jours qui suivent, on ne tient pas compte de l'état de la santé de l'enfant pour déterminer si le système des soins à basse variabilité s'applique ou non aux soins dispensés à l'enfant. Le législateur aurait pu éviter la discrimination en prévoyant que pour les nouveau-nés, il fallait aussi créer un groupe de patients distinct. On n'a donc pas respecté la règle qui stipule qu'un enfant possède une personnalité juridique distincte et que l'intérêt de l'enfant doit toujours primer et même être prioritaire lorsque des mesures doivent être prises.

Le deuxième moyen invoqué est le non-respect de l'article 23 de la constitution. Cet article prévoit une garantie qui interdit au législateur de limiter considérablement la portée de la protection des droits prévus par cet article (entre autres, le droit à la sécurité sociale, la protection de la santé et de l'assistance sociale, médicale et juridique) sans qu'aucune raison d'intérêt général ne le justifie. Alors que les soins pouvaient auparavant exclusivement être attestés par prestation, ce n'est aujourd'hui plus possible car les soins apportés à la mère et à l'enfant sont couverts par le même montant prospectif.

⁸² Loi du 19 juillet 2018.

⁸³ Introduit par la loi du 22 décembre 2008 modifiant la Constitution.

8 Dans les grandes lignes

8.1 BeCEP

En 2018, le thème de travail de l'union professionnelle de médecine d'urgence a été « Fake news, Fake science, Fake quality », annoncé lors de la réunion annuelle du 20/01/2018.

Les différentes méthodes de « framing » (cadrage) qui influencent l'exercice politique au sein du paysage des soins de santé ont été analysées. Autre défi qui ne cesse de prendre de l'importance dans la pratique : faire la distinction entre les communications pseudoscientifiques et les propositions dont les fondements sont réellement scientifiques. Dans le même ordre d'idées, il faut parallèlement faire face à la pression toujours croissante de l'accréditation et au leitmotiv de l'amélioration de la qualité qui, après analyse plus poussée, a souvent des accents prononcés de profilage, de lutte de pouvoir et même d'infantilisation de la médecine.

On se concerta souvent avec le cabinet DE BLOCK sur l'absence d'une représentation professionnelle au Conseil national des Secours médicaux d'Urgence, alors que les unions professionnelles de tous les autres partenaires sont bien représentées. La promesse de remédier à ce manque ne sera peut-être pas tenue sous la législature actuelle en raison de la chute du gouvernement. Néanmoins, il y a eu de nombreux avis qui ont une influence directe sur la profession de spécialiste en médecine d'urgence mais le BeCEP ne peut formuler des commentaires qu'a posteriori. On espère des améliorations à ce niveau après l'instauration d'un nouveau gouvernement.

La place de la médecine d'urgence dans le paysage des soins à basse variabilité a aussi fait l'objet de plusieurs concertations avec les diverses instances pour établir clairement que le travail de l'urgentiste ne commence pas par un diagnostic mais par une plainte et que par conséquent, il n'entre pas dans la logique des soins à basse variabilité. Bien que tout le monde semble comprendre ce raisonnement, l'AR de décembre 2018 donne l'impression que ce n'est pas vraiment le cas. Affaire à suivre...

Le BeCEP a aussi participé au groupe de travail interministériel pour l'élaboration d'un avis sur le futur du paysage des urgences.

9 Conclusion

L'année 2018 est celle de la symphonie inachevée de Maggie. La partition est écrite, amendée, réécrite mais pas publiée.

Reste l'ouverture, le financement hospitalier pour les soins à basse variabilité. Ouverture chaotique. Le financement hospitalier se réduit aux seuls honoraires des médecins. La partition contient des fausses notes. Depuis des années, on réclame une nouvelle nomenclature des soins de santé, basée sur la réalité des prestations effectuées. Dans le cadre des soins à basse variabilité, on prend l'ancienne nomenclature et on la forfaitise ! Le GBS a participé aux travaux des professeurs PIRSON et LECLERCQ. Il y a là une possibilité de réécrire la nomenclature. Même si les travaux des professeurs se sont cantonnés à l'analyse de la nomenclature de chaque spécialité prise individuellement, une extrapolation pour l'intégralité de la nomenclature faisait partie des possibilités de l'étude. Ecrire une partition sans définir au préalable la clé est la prouesse du cabinet de la ministre DE BLOCK. Résultat : calculs difficiles, peu compréhensibles pour répartir les honoraires entre les prestataires et calculer les suppléments d'honoraires. L'absence de programmes informatiques pour établir la double facturation, la confusion totale et la volonté de redistribuer les honoraires entre les différents prestataires sont les notes qui composent cette ouverture chaotique. Les médecins ne jouent pas cette partition. Les pédiatres en demandent l'annulation devant la cour constitutionnelle et le conseil d'état. Suivent les chirurgiens vasculaires, les cardiologues, les anesthésistes, les intensivistes, ... L'ambiance dans la salle de concert

devient explosive. Les fédérations hospitalières cherchent aussi une lecture de la partition. 2019, l'année des élections : nouveau gouvernement et nouvelle (ré)partition ?

En Flandre, il y a un *numerus fixus* et en Fédération Wallonie Bruxelles, un examen d'entrée, avec plus de candidats sélectionnés que de numéros INAMI. La symphonie prend des accents surréalistes.

La musique sur la qualité des pratiques médicales a été complètement réécrite. Les freins mis pour les médecins étrangers, à savoir la connaissance d'une des trois langues et la connaissance du système de santé belge (Selor pourrait organiser ces examens) ont disparu. Les portes restent grandes ouvertes. Mais le conseil fédéral de la qualité, commun aux différentes professions de santé, est passé à la trappe. Le contrôle qualité est assuré par une commission de contrôle qui a comme mission de maintenir ou supprimer le visa. Le visa n'est plus délivré par les conseils provinciaux mais par le SPF Santé publique. Le visa de pratique n'est plus un chèque en blanc. Il faudra prouver par un portfolio qu'on possède les compétences permettant d'exercer sa profession de soins de santé. Symphonie des jouets⁸⁴ ?

Les réseaux hospitaliers s'organisent au nord et au sud et même récemment à Bruxelles, mais le tempo est différent pour les trois régions. *Allegro moderato* en Flandre, *lento* à Bruxelles et *largo* en Wallonie. Le succès de la musique est lié à ce que les entités fédérées voudront bien entendre. Si on connaît le tempo on cherche les notes. La Wallonie est confrontée au problème de gestion des institutions publiques et privées. Elle doit réécrire le décret. Il y a trop de nominations statutaires et de pensions à payer. De plus, le compositeur voudrait copier d'anciennes partitions de réseaux publics, privés ou universitaires.

Qui sera le chef d'orchestre accompagné d'un conseil d'administration disposant des experts qui connaissent la musique ? L'harmonie entre les parties de l'orchestres, les cordes et les instruments à vent se base sur le consensus, où le conseil médical devra trouver sa majorité pour jouer la musique. Mais à ce jour la partition n'a pas encore été votée à la chambre. Symphonie du nouveau monde⁸⁵ ?

Aujourd'hui, personne ne sait plus quelle partition sera achevée. 2019 sera l'année des acouphènes. La musique de fond des réformes passe en continu. Les turbulences politiques, les discours politiques et communautaires risquent de vider l'orchestre et d'hypothéquer notre système de santé. La volonté des citoyens, des médecins, des gestionnaires d'hôpitaux d'écrire la nouvelle symphonie sauvera une partition. Pourvu que ce soit la même au nord et au sud et au centre!

Dr. Jean-Luc Demeere, 2 février 2019

Ont travaillé à la rédaction de ce rapport: Bart Dehaes, Jean-Luc Demeere, Raf Denayer, Aurélie François, Marc Hermans, Michel Lievens, Bernard Maillet, Baudouin Mansvelt, Michel Pletincx, Jan Stroobants en Fanny Vandamme.

⁸⁴ Composée par Edmund Angerer.

⁸⁵ Composée par Antonin Dvořák.