

RAPPORT D'ACTIVITE

Approuvé par l'Assemblée Générale du 02 Juin 2018



2
0
1
7

Table des matières

Introduction	3
Titre 1. L'activité purement camérale et fédérale	4
Titre 2. L'activité pour l'ensemble des médecins	7
Chapitre I. Les Accords médico-mutualistes	7
1. Accord médico-mutualiste 2017	7
2. Concrétisation des promesses de la ministre	9
3. Budget 2018 et accord médico-mut 2018-2019	11
Chapitre II. Médecine générale	18
1. Niveau fédéral	18
I. Audit des PMG	18
II. La « Nouvelle politique » de la ministre De Block	19
2. Niveau wallon	21
i. Mise en place d'un cadastre de Médecins généralistes wallons	21
ii. Collège francophone de Médecine Générale	25
3. Niveau bruxellois	27
4. Niveau flamand	28
I. Impulseo	28
II. Hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen	30
Chapitre III. La réforme des hôpitaux	31
1. La réforme du financement hospitalier – Projet de loi financement des soins à faible variabilité	31
2. La réforme de la structure hospitalière – Projet de loi relatif aux réseaux	37
3. La réforme de la gouvernance hospitalière – Projet de loi portant réforme de la loi hospitalière en ce qui concerne le conseil médical du réseau	421
4. Pay for Quality (P4Q)	433
a. Note conceptuelle de la ministre De Block	443
b. Mise en place du Groupe de travail et sélection des indicateurs	444
c. Position de l'ABSyM sur le projet P4Q	455
Chapitre IV. Formation des médecins	466
1. Rapport 2016 de la Commission de Planification	466
2. Fixation des quotas 2023 – 2026	49
3. Cours universitaire francophone : entre concours, recours et examen d'entrée	500
i. Le système du concours maintenu en juin 2017	50
ii. Mise en place de l'examen d'entrée pour septembre 2017	51

1. Le Système.....	51
2. Position et recours des différents protagonistes	522
4. Livre vert sur le financement et la programmation de stages pour les médecins. Double cohorte 2018 – 2024.....	544
i. Présentation de la note	544
ii. Réaction de l'ABSyM	587
iii. Augmentation du nombre d'assistants spécialistes par maître de stage	598
Chapitre V. L'informatique médicale	60
1. Prescription électronique : Recip-e & PARIS.....	60
i. Concernant l'entrée en vigueur de l'obligation de prescription électronique.....	610
ii. Concernant un programme « light » permettant la prescription électronique.....	621
2. Quintiles IMS.....	622
Chapitre VI. Sécurité des médecins.....	63
1. Secret professionnel	63
2. Circulaire du ministre Jambon	643
Chapitre VII. Maladies chroniques – Projets Chroniccare	65
Chapitre VIII. Activités internationales	666
1. Rapport de l'assemblée générale de l'UEMO 26-27 mai 2017 à Londres Erreur ! Signet non défini. 6	
2. Rapport de l'EANA 16-17 juin 2017 à Bâle.....	688
3. Association Européenne des Médecins Hospitaliers – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH)	700
4. Comité permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors (CPME)	710
5. Rapport de la réunion du 206e Conseil de l'Association Médicale Mondiale (AMM)	71
6. Rapport de l'Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale (AMM).....	73
CONCLUSION.....	754

Introduction

L'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM) est l'organisation la plus représentative du corps médical belge depuis plus de 50 ans.

Chaque année, le Conseil d'Administration établit le rapport des activités de l'année écoulée afin de le présenter à l'Assemblée Générale. Cette année, la présentation se fera lors de l'Assemblée Générale du 02 Juin 2018 organisée au R Hotel de Aywaille (Province de Liège).

Le rapport d'activité est l'occasion de passer rapidement en revue le travail d'une année et de s'arrêter sur quelques gros dossiers qui ont particulièrement marqué l'année écoulée. Ce rapport ne traite donc pas de façon exhaustive du travail de l'ABSyM en 2017 et les dossiers exposés le sont brièvement au risque sinon de devoir écrire des centaines de pages. Eu égard à cette contrainte, le bureau technique fédéral reste à votre disposition pour vous fournir toutes les informations complémentaires nécessaires.

Association Belge des Syndicats Médicaux ASBL
Chaussée de la Hulpe, 150
1170 Bruxelles
Tél. : 02/644.12.88
Fax : 02/644.15.27
Mail : info@absym-bvas.be
Site : www.absym-bvas.be

Titre 1. L'activité purement camérale et fédérale

L'ABSyM est composée de 5 Chambres Syndicales, juridiquement indépendantes les unes des autres. Ces 5 Chambres¹ se répartissent le territoire du Royaume :

- Une Chambre couvre les Provinces de Liège et de Luxembourg
- Une Chambre couvre les Provinces du Hainaut, Namur et Brabant wallon
- Une Chambre couvre la Région de Bruxelles Capitale
- Une Chambre couvre les Provinces de Flandre orientale et de Flandre occidentale
- Une Chambre couvre les Provinces d'Anvers, Limbourg et Brabant flamand

Ces 5 Chambres sont coordonnées entre elles par un Bureau fédéral situé à Bruxelles.

Chaque Chambre, ainsi que le Bureau fédéral, dispose d'un bureau technique composé, en général, d'un secrétariat et d'un service juridique. Le Bureau fédéral, pour sa part, s'appuie sur un service administratif, de traduction et de communication.

Pour connaître les détails des activités des différentes chambres, renvoi est fait à leur rapport d'activité. Toutefois, grosso modo, chaque chambre s'occupe :

- Des questions juridiques
 - De ses membres
 - Concernant l'ensemble de la profession (analyse de projets de loi, négociation politique...);
- Des dossiers Impulseo en tant que structure d'appui et d'accompagnement ;
- De l'organisation de séminaires accrédités en éthique et économie.
 - Du côté francophone, on citera les séminaires 2017 suivants :
 - La Responsabilité médicale – Indemnisation des dommages résultant des soins de santé : le 18 mars 2017 à Liège.
 - Le fonctionnement du système des soins de santé et perspectives – Gouvernance du modèle INAMI et projet de réforme hospitalière : le 13 mai 2017 à Bruxelles.
 - Le statut juridique du médecin hospitalier : le 30 septembre 2017 à Nivelles.
 - Erreurs médicales et organisation de la médecine – implications pour la réforme des hôpitaux et les soins ambulatoires : 18 novembre 2017 à Bruxelles.

¹ En Flandre, notons que la dénomination "Chambre-Kamer" a été remplacée par "Afdeling-Section".

- Du côté néerlandophone², on citera les séminaires 2017 suivants :
 - VAS Startersdag voor artsen (KUL), 30 maart 2017, Campus Geneeskunde te Leuven
 - Deelname aan de infosessies van de laatstejaarsstudenten geneeskunde VUB, 31 maart 2017, Jette
 - Haio-namiddag, 23 mei 2017 in het Diagnosecentrum te Lommel
 - VAS-startersdag voor artsen (UA), 2 juni 2017 in de Aula De Drie Eiken te Antwerpen
 - Infosessie voor Manama studenten aan het UZA, 17 juli 2017, UZA Edegem
 - Startersdag voor haio's, 17 juni 2017 in de KBC Boerentoren te Antwerpen:
 - Startersdag voor haio's: 4 november 2017 in de Blue Point te Berchem, Antwerpen
 - Consultatieavond rond ziekenhuisnetwerken op 28 juni 2017 in de Bank J. Van Breda & Co te Antwerpen
 - Reeks Ondernemen 50+: Nu én later!, i.s.m. UNIZO, Overnamemarkt.be en Integraal. Deze 5-delige avondreeks in het najaar 2017 was verspreid over 4 locaties in Vlaanderen.
 - Masterclass Zorgmanagement voor artsen i.s.m. FVB, verspreid over meerdere sessies in Gent.
 - Symposia waarop wij met een beursstand aanwezig waren:
 - De Arts van Morgen, KUL, 4 maart 2017
 - De Medische Wereld, VUB, 22 april 2017
 - De medische beurs van de laatstejaarsstudenten geneeskunde KUL, juni 2017

5

- Du suivi (lecture, analyse, synthèse, news) du Moniteur belge et des nouvelles publications ;
- Du suivi (lecture, analyse, synthèse, news) des actualités et divers documents de travail ;
- De sa présence sur la Toile (site et réseaux sociaux) ;
- De la gestion de la base de données des membres (appels et rappels de cotisation, encodage dans la base de données, suivi des modifications, délivrance des cartes et reçus, contacts réguliers avec les grands groupes, suivi mensuel comparatif, statistiques annuelles...).
- De la tenue du secrétariat de base (classement, dactylographie, commandes...);
- De la gestion de l'ASBL (comptabilité, assurances, obligations légales...) et de son personnel ;
- De l'organisation et de la tenue des réunions du Comité directeur, du Conseil d'administration et de l'Assemblée Générale annuelle.
-

Parmi les missions propres au bureau fédéral, on citera, entres autres :

² Activiteiten VAS, afdeling Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant

- Au niveau du pôle communication :
 - suivi des actualités ;
 - rédaction et traduction de communiqués de presse ;
 - rédaction de news ponctuelles et hebdomadaires ;
 - alimentation, mise à jour et gestion du site Internet fédéral ;
 - présence sur les réseaux sociaux ;
 -

- Au niveau du pôle traduction :
 - coordination, traduction et révision de divers documents dans les deux langues nationales

- Au niveau du pôle administratif :
 - archivage et gestion des divers documents de travail de niveau national et régional ;
 - coordination entre les 5 chambres ;
 - organisation des réunions fédérales ;
 - gestion de l'ASBL et du personnel ;
 - tenue du secrétariat de base pour le Président de l'ABSyM,
 - ...

Titre 2. L'activité pour l'ensemble des médecins

Chapitre I. Les Accords médico-mutualistes

1. Accord médico-mutualiste 2017

Comme nous l'écrivions dans le dernier rapport, l'article 16 de la loi programme du 25.12.2016 publiée le 29.12.2016 limitant l'indexation des honoraires à 0.83% amène l'ABSyM à envoyer le 12.01.2017 une lettre recommandée demandant la **résolution de plein droit de l'accord médico-mutualiste 2016-2017**.

Une réunion d'urgence a alors lieu à la CNMM. A cette fin, les parties - dont l'ABSyM- ont transmis fin janvier 2017 un cahier de revendications baptisé « **Projet de cadre d'accord** ». Ce texte est venu encadrer les prochaines discussions visant à aboutir à un accord médico-mut courant jusque fin 2017. Il demande à la ministre de prendre en considération - et d'agir endéans les 6 mois - dans les domaines suivants :

1. Des initiatives législatives devront être prises à court terme, notamment dans les domaines suivants :
 - Accélérer l'application des mesures de nomenclature qui figurent dans les accords. À l'heure actuelle, il faut de nombreuses années avant que la plupart des nouvelles prestations ou adaptations à certaines prestations soient intégrées à la nomenclature, alors que celles-ci avaient été budgétées et approuvées par toutes les instances INAMI requises.
 - Adaptation du quorum de majorité requis pour le vote au Comité de l'Assurance par l'introduction d'une majorité sur chaque banc dans le cadre de la procédure prévue à l'article 39 de la loi SSI et en cas d'exécution des accords conclus. Le but est donc que la voix des prestataires de soins, médecins y compris, reçoive plus de poids.
 - L'éclaircissement des dispositions légales relatives à la dénonciation ou la résolution des accords.
 - La garantie d'une implication adéquate des représentants des médecins dans le cadre d'un certain nombre de procédures (rédaction de convention de rééducation fonctionnelle, par exemple).
 - Implication du gouvernement entier à l'approbation des accords médico-mutualistes pour avoir plus de garanties sur les conséquences financières.
2. Dans les mois à venir, la CNMM veut conclure avec le gouvernement et, le cas échéant, avec d'autres partenaires, des accords de principe concernant un certain nombre de thèmes

particulièrement complexes afin de renforcer le système de convention. Parmi les thèmes de discussion envisagés : réforme de la nomenclature ; la question des « suppléments » d'honoraires ; l'usage de données cliniques dans le cadre de l'assurance SSI ; la réforme de l'accréditation ; la mise en place d'un cadre permettant l'organisation, le fonctionnement et le financement des PMG (postes de garde de médecine générale); l'instauration de mesures transitoires dans le cadre du déploiement ultérieur de la feuille de route e-Santé ; une solution alternative au statut social tel qu'on le connaît actuellement pour les médecins en activité après l'âge légal de la pension.

3. La Commission médico-mutualiste souhaite également, au niveau de la réforme des hôpitaux, recevoir, d'une part, la garantie d'une implication stratégique et opérationnelle des médecins dans la gouvernance des futurs réseaux d'hôpitaux et, d'autre part, une clarification du cadre légal relatif aux prélèvements sur les honoraires des médecins dans le milieu hospitalier.
4. Les parties demandent également de revoir les règles en matière de financement des organisations représentatives des médecins ainsi que la réglementation portant sur l'organisation des élections médicales.
5. Dans la perspective de prochains accords, l'ABSyM exige en outre que le droit à l'indexation des honoraires des médecins soit fixé dans un cadre légal.

Lors d'une réunion le 24 février 2017 à laquelle la ministre elle-même participe, il est décidé d'un **moratoire d'un mois sur la résolution de l'accord**. L'objectif est de mettre sur pied un nouvel accord d'ici la fin mars 2017, accord qui courait jusque fin 2017. Pendant ce « clock stop » d'un mois, les tarifs conventionnés restent d'application.

Des « garanties » jugées suffisantes ayant été données par la ministre (les dispositions légales doivent encore être publiées), **le 27 mars 2017, la CNMM conclut un mini accord jusque fin 2017**. La sécurité tarifaire est donc garantie jusque fin 2017.

Ce texte précise que :

- les dispositions de l'accord signé le 22 décembre 2015 qui ne sont pas modifiées restent applicables jusqu'au 31 décembre 2017 ;
- le statut social est acquis pour 2017 pour les médecins qui avaient adhéré totalement ou partiellement à l'accord signé le 22 décembre 2015 ET qui adhèrent au nouvel accord signé le 27 mars 2017. Donc il faut avoir respecté les tarifs depuis le 1^{er} janvier 2017 au 31.12.2017.

L'ABSyM a accepté de signer ce « mini accord 2017 » afin de maintenir le système de concertation et de conserver le système du statut social.

Le nouvel accord a été publié le 12 avril 2017. Les médecins ont alors eu 30 jours pour se déconventionner (totalement ou partiellement). Pour la première fois, la procédure de communication de l'adhésion partielle ou de refus ne peut plus se faire que par voie électronique via l'application sécurisée sur le site de l'INAMI.

Toutefois, courant avril, suite au constat que les médecins rencontrent actuellement des problèmes d'accès à l'application MyINAMI pour communiquer leur refus ou leur adhésion partielle, l'INAMI a décidé de reporter au 31 mai la date limite pour communiquer son statut³. Ce cas illustre les divers

³ Conformément à la loi, l'INAMI publie les chiffres d'adhésion enregistrés le 12 mai 2017, soit 30 jours après la publication de l'Accord au Moniteur belge. Il y a environ 84 % d'adhésion. 16,00% des médecins belges ont rejeté le mini accord médico-mut signé pour un an. C'est

problèmes liés à l'utilisation de l'informatique et donc les réticences de certains à se voir contraints à l'utiliser.

2. Concrétisation des promesses de la ministre

a. Loi du 11.08.2017 portant dispositions diverses en matière de santé publiée le 28.08.2017

Cette loi prévoit une série de mesures relatives aux accords médico-mutualistes, notamment faisant suite aux revendications susmentionnées. L'ABSyM estime toutefois que cette loi ne répond ni aux demandes formulées en janvier ni aux promesses faites par la ministre alors que c'est uniquement sur cette base que la Commission a conclu de toute bonne foi un mini accord médecins-mutuelles pour le reste de l'année 2017. L'ABSyM écrit alors à la ministre pour dénoncer les éléments suivants :

1. Il n'est fait nulle part mention des « réseaux hospitaliers ».
2. Par ailleurs, des modifications concernant la programmation hospitalière sont apportées (et entrent en vigueur le 7 septembre 2017) mais celles-ci disparaîtront le jour de la première séance de la Chambre des Représentants nouvellement élue, à l'issue des prochaines élections fédérales (normalement, ces élections se dérouleront en octobre 2019). Ce qui signifie que cette procédure modifiée sera applicable pendant seulement deux ans. Toutefois, l'élaboration de la programmation et des critères de programmation modifiés est fondée sur l'évidence scientifique. Cette dernière trouvera ses sources dans des informations provenant des missions attribuées notamment au Centre Fédéral d'Expertise (KCE) ou à une équipe universitaire. Néanmoins, de telles études requièrent du temps. En outre, la représentation de l'ABSyM et des médecins praticiens en général, est négligeable au sein du Centre Fédéral d'Expertise, contrairement aux administrateurs issus du monde politique⁴. L'attribution exclusive de missions à des centres universitaires ne peut compter sur l'approbation de l'ABSyM.
3. Un accord médecins-mutuelles doit légalement courir sur deux ans. L'ABSyM a donc demandé un calendrier financier pluriannuel de sorte que, d'un point de vue budgétaire également, il soit envisageable deux ans à l'avance. Aujourd'hui, la nouvelle loi le permet mais ne l'oblige pas. Cette initiative est la seule lueur d'espoir.
4. Les autres amendements de loi induisent plutôt le contraire de ce qui a été demandé. Ainsi :
 - aucune participation des médecins hospitaliers n'est prévue dans les accords entre les hôpitaux et les mutualités en matière de conventions ;
 - aucune sécurité juridique supplémentaire n'est assurée en ce qui concerne les honoraires convenus ;

9

le même taux que l'an passé par rapport à l'accord 2016-2017. Les arrondissements " frondeurs " sont toujours les mêmes : Neufchâteau, Arlon, Furnes, Turnhout, etc. Les spécialités les moins conventionnées - ophtalmologues, dermatologues... - pour l'accès aux soins sont également inchangées. Une fois le 31 mai 2017 passé, on sait que c'est précisément 15,93% de médecins qui ont rejeté l'accord contre 16,00% le 22.12.2015 et 16,17% le 22.12.2014. Parmi les spécialistes, 19,15% rejeté l'accord contre 18,88% le 22.12.2015 et 19,22% le 22.12.2014. Les médecins généralistes qui ont refusé l'accord du 27.03.2017 sont 10,80% contre 11,46% le 22.12.2015 et 11,41% le 22.12.2014.

⁴ On compte seulement 2 médecins praticiens (Dr Marc Moens pour l'ABSyM et Dr Paul de Munck pour le Cartel) sur 25 administrateurs.

- le retrait et la résolution d'un accord sont devenus quasiment impossibles. L'une des requêtes de l'ABSyM, telle qu'exposée dans le cadre d'accord, consistait en la clarification des dispositions légales en matière de dénonciation ou de dissolution des accords. Les modifications relatives à la dénonciation de l'accord limitent maintenant à la dénonciation de l'accord si des mesures sont prises par le Roi ou le Conseil Général au niveau de l'assurance obligatoire soins de santé et qui induisent une limitation des honoraires, à l'exception des mesures prises par application de l'article 18, 51 et 68 de la loi. Dès lors, la possibilité invoquée par l'ABSyM en janvier 2017 de résilier l'accord en raison de la diminution de l'index ne peut dorénavant plus être invoquée, avec la nouvelle définition de l'article 51 §9 de la loi SSI. L'ABSyM a requis davantage de garanties pour l'exécution d'un accord mais en réalité la nouvelle loi prévoit davantage de garanties pour le ministre compétent et le gouvernement. Quelle que soit la mesure prise par le gouvernement, il est quasiment impossible de dénoncer ou de dissoudre l'accord ;
- Aucune réponse satisfaisante n'est donnée à la question de la garantie de l'indexation ;
- Le droit au statut social pour les médecins qui continuent à pratiquer après leur pension n'est pas reconnu. L'article 40 de cette loi étend aux praticiens de l'art dentaire et aux personnes qui tombent sous le coup des commissions de conventions les avantages pouvant être accordés mais ne rencontre pas la demande des médecins. Cette modification de la loi n'offre aucune solution aux médecins pensionnés qui poursuivent leur activité professionnelle.

5. Des promesses qui devaient se voir établies par arrêté royal manquent :

- Davantage d'implication des prestataires de soins par une modification de la procédure de vote au Comité de l'assurance. En effet, jusqu'à présent, il suffit de 21 voix des organismes assureurs plus 1 prestataire de soins pour qu'une décision passe à la majorité absolue (soit 22 voix/42). L'ABSyM avait demandé qu'il faille une majorité sur chaque banc : les mutuelles ET les dispensateurs de soins.
- Une adaptation de la réglementation en matière de financement des organisations représentatives de médecins. Un AR du 11.06.2011 règle la situation financière jusqu'en 2014. Par la suite, le financement n'avait pas été réglé par voie législative, bien qu'un projet d'AR pour fixer le règlement financier pour les prochaines années eut été approuvé par le Conseil Général du 11/04/2016. Les syndicats médicaux ont reçu une subsidiation sans indexation en 2015, une avance de 75% en 2016 et n'ont encore rien reçu du tout pour l'année 2017 alors que nous sommes alors en août 2017.

Mi-octobre 2017, Jo De Cock (Administrateur Général de l'INAMI) écrit alors à l'ABSyM pour nous assurer que les autorités compétentes ont pris bonne note de nos préoccupations en ce qui concerne la loi du 11.08.2017, principalement en ce qui concerne la mise en œuvre du cadre d'accord. Dans ce courrier, il revient plus précisément sur les différents points dénoncés par l'ABSyM afin de nous rassurer quant à l'interprétation qu'il y avait lieu de donner à ces dispositions et sur l'intention réelle du législateur. Ainsi, il nous confirme que nos demandes sont rencontrées.

b. AR du 10.09.2017 publié le 19.09.2017 modifiant l'AR du 03.07.1996 portant exécution de la loi AMI en ce qui concerne les procédures de vote au Comité de l'assurance

Quelques semaines plus tard, est publié un texte prévoyant que, dorénavant, les votes au sein du Comité de l'assurance de l'INAMI se dérouleront différemment lorsqu'ils concernent la proposition globale du budget (art. 39 LSSI) ou les mesures qui mettent en œuvre des accords et conventions conclus entre mutualités et dispensateurs de soins (sur base de l'article 22 LSSI) ;

Le Comité de l'assurance de l'INAMI est composé d'un nombre égal de représentants des mutualités et de représentants des dispensateurs de soins. Pour siéger valablement, au moins la moitié des membres de chaque groupe doit être présente. Cette règle ne change pas.

Mais les décisions seront désormais prises à la majorité des 2/3 des voix exprimées par les membres présents ayant voix délibérative de chaque groupe (mutualités et prestataires de soins, dont les médecins). Il n'est pas tenu compte des abstentions. Lorsque cette majorité n'est pas obtenue, mais qu'une majorité des membres votants présents est obtenue sur les deux bancs, les mêmes propositions seront soumises au vote lors de la réunion suivante. Et si ces majorités par groupe sont à nouveau obtenues, les décisions seront acquises. Autrement dit, on se contentera d'une majorité simple si on doit voter une 2^e fois dessus.

Cette nouvelle procédure de vote ne sera appliquée que si le Comité de l'assurance doit voter sur la proposition de budget et les mesures qui mettent en œuvre les accords et conventions entre les parties. Cette nouvelle méthode de vote permet de maintenir le modèle de décision paritaire.

L'ancienne méthode de vote reste applicable aux autres décisions prises par le Comité de l'assurance. Pour ces décisions, il ne s'agit donc pas de vote paritaire mais d'une majorité des 2/3 des membres votants présents, quel que soit le groupe auquel ils appartiennent. Lorsque ce quorum n'est pas atteint mais qu'une majorité simple est obtenue, il est procédé à un nouveau vote lors de la réunion suivante. Si une majorité simple est à nouveau obtenue, les décisions sont acquises.

11

3. Budget 2018 et accord médico-mut 2018-2019

➤ Début octobre 2017, le budget des soins de santé 2018 est approuvé par le Conseil général. L'objectif budgétaire 2018 de l'assurance soins de santé est de quelque **25 milliards d'euros**.

La masse d'indexation complète de 1,68 % est mise à disposition des commissions de convention et d'accord. De nouveaux moyens complémentaires sont accordés à l'assurance soins de santé pour permettre le remboursement des psychologues cliniciens (22,5 millions d'EUR à partir du 01.10.2018) et 15 millions d'EUR ont été libérés et ajoutés pour que l'assurance soins de santé intègre les internés.

Les efforts à réaliser pour atteindre les objectifs budgétaires s'élèvent à 237 876 000 EUR.

- L'effort principal concerne le secteur des médicaments. Des mesures y seront prises pour un montant total de 188 millions EUR.
- Un effort de 8 millions EUR est requis par le secteur des dispositifs médicaux et des implants.
- **Les médecins doivent réaliser un effort de quelque 36 millions d'euros.**
- Pour l'ensemble des autres secteurs (dentistes, infirmiers, hôpitaux, kinésithérapeutes, etc.), l'effort à réaliser est de 6 millions d'EUR.

L'ABSyM est satisfaite de ce budget. Les syndicats de médecins devront donc se mettre d'accord sur l'utilisation de l'indexation. Dans cette perspective, l'ABSyM a à cœur de continuer à prendre part aux négociations qui se tiendront au sein de la Commission nationale médico-mutualiste.

➤ Toutefois, fin novembre 2017, l'ABSyM estime que la conclusion d'un nouvel accord médico-mutualiste n'est pas garantie eu égard aux discussions en cours concernant la répartition de l'indexation. L'ABSyM, en effet, souhaite qu'elle soit linéaire et non sélective comme le propose alors la CNMM.

Sur la masse d'index de 149,62 millions d'euros, les médecins doivent contribuer pour environ 36 millions d'euros (environ 30 millions de récupération de montants réservés en 2017 et 6 millions d'économies réelles pour 2018). Le montant de 113,76 millions qui reste doit être augmenté de 6,13 millions de montants réservés qui ne seront dépensés qu'en 2019. Le solde de 119,9 millions devrait servir à l'indexation de 1,27 % de tous les honoraires. Une proposition alternative de Jo De Cock, Président de la médico-mut, de donner l'intégralité de l'indexation à 1,68% à certaines prestations et de ne pas indexer du tout une série d'autres prestations, notamment des prestations médico-techniques, n'est pour l'ABSyM tout simplement pas acceptable.

➤ Finalement, le 19.12.2017, à 2 heures du matin, un **accord médico-mutualiste 2018 – 2019 est signé, y compris une indexation sélective qui convient à l'ABSyM. L'ABSyM est satisfaite** car elle a réussi à faire en sorte que les médecins soient d'abord et avant tout payés pour leurs prestations de qualité. Les honoraires forfaitaires, quant à eux, continuent à représenter un revenu complémentaire. Qu'en retenir ?

12

1. Accords tarifaires

- a. Pas d'augmentation du ticket modérateur.
- b. Les honoraires des médecins augmenteront en principe de 1,50 % à partir du 1^{er} janvier 2018. Des exceptions sont prévues :
 - i. Indexation de 1,68% :
 1. Consultations des médecins généralistes et spécialistes (à l'exclusion des suppléments d'honoraires pour cas d'urgence)
 2. Clauses d'indexation prévues dans des arrêtés royaux spécifiques (par exemple, honoraires forfaitaires par prescription en biologie clinique, honoraires forfaitaires pour un contrat de trajet de soins, convention "genetic counseling", disponibilité des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des pédiatres en Services E, avis médical aux patients palliatifs)
 - ii. Indexation de 1,25% : pour les prestations de biologie clinique (sauf exception susmentionnée) et d'imagerie médicale.
 - iii. Prestations non indexées :
 1. Le dossier médical global (DMG) et le DMG malades chroniques
 2. Les examens génétiques
 3. Prestations techniques urgentes
 4. Prime intégrée des médecins généralistes
 5. Les prestations spécifiques des médecins non accrédités

En 2018, les médecins se voient attribuer un budget de 8,44 milliards d'euros pour leurs honoraires.

L'ABSyM se félicite que les actes intellectuels soient indexés. Pour ce qui est des consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes, la totalité de l'index de 1,68% est octroyée. À compter du 1^{er} janvier, les médecins généralistes pourront facturer un montant de 25,42 euros pour une consultation. Du fait d'ajustements dans l'indexation, on a quand même pu atteindre une indexation de 1,25% pour les secteurs de la biologie clinique et de l'imagerie médicale, ce qui atteint presque le pourcentage de 1,27% accordé en cas de simple indexation destinée à toutes les disciplines. Certains souhaitent ne pas indexer du tout ces secteurs.

- c. Des économies et des limitations de volume sont prévues en matière de CT de la colonne vertébrale et de prescription de dosages de la vitamine B 12 et de l'acide folique.
- d. Un mécanisme de responsabilisation est instauré : en cas de dépassement ou de forte hausse des dépenses pour la biologie clinique ou l'imagerie médicale, il sera possible d'interpeller les prescripteurs.

2. Qualité des soins

- a. DMG :
 - i. L'accord prévoit des incitants financiers pour améliorer la qualité du DMG (2500 EUR maximum sur base de paramètres mesurables qui seront définis pour le 1^{er} avril 2018 pour l'année 2018, l'évaluation se référant à la période 01.07.2018 au 31.12.2018).
 - ii. D'autres dispensateurs de soins avec lesquels le patient a une relation thérapeutique pourront vérifier qui est le détenteur du DMG et, en cas d'abus, l'Ordre des médecins sera chargé de veiller au respect des règles déontologiques en cas de changement de gestionnaire du DMG.
 - iii. À terme, le DMG pourra être organisé à l'échelle de la pratique de groupe.
 - iv. À l'avenir, le patient pourra demander que le régime du tiers payant lui soit appliqué pour les prestations du médecin détenteur du DMG.
 - v. Dans certains cas, le DMG pourra être prolongé automatiquement. Autrement dit, pour certains groupes de patients, la prolongation du DMG pourra être désolidarisée d'un contact annuel obligatoire avec le médecin généraliste.
- b. La CNMM contribuera à revoir le cadre légal des services de garde obligatoire pour les médecins généralistes. Les postes de garde seront regroupés dans une structure de coopération avec un numéro d'appel unique : le 1733. Une cellule interadministrative soutiendra cette structure. En attendant, le financement des postes de médecine générale reste assuré pour 2018, y compris l'indexation des frais de personnel. Il sera possible de mener de nouveaux projets qui vont dans le sens des objectifs de la réforme. Dans la 2^e moitié de 2018, des modifications dans le système des honoraires de disponibilité pour les médecins généralistes, seront proposées, compte tenu des informations recueillies via l'enregistrement de l'activité des postes de garde ; dans un premier temps, cela concernera la « nuit noire » (de 23h à 8h). L'ABSyM est satisfaite car, à la demande de nos médecins généralistes, il a été défini dans l'accord que le système d'appel 1733 serait intégralement déployé en 2018.

- c. Colonne vertébrale / lombalgie
 - i. Les médecins prescripteurs et les médecins traitants recevront un feedback dans le cadre de l'incapacité de travail.
 - ii. La nomenclature des pathologies de la colonne vertébrale sera adaptée et un plan d'amélioration de la prise en charge sera concrétisé.

- d. En 2018, il y aura des conventions pour :
 - i. Les interventions chirurgicales complexes pour les tumeurs de l'œsophage et du pancréas seront réservées exclusivement à des centres d'expertises spécifiques, au travers de conventions avec des hôpitaux individuels qui seront déposées pour le 30 juin 2018. Il s'agit, selon l'accord, de missions de soins « suprarégionales ».
 - ii. Pour ce qui a trait à la santé mentale et aux projets 107, des accords seront conclus, au travers d'une convention avec les hôpitaux, sur les situations dans lesquelles les équipes mobiles peuvent faire appel à un psychiatre hospitalier pour le suivi de patients à domicile. L'objectif est de réinvestir les honoraires de surveillance libérés par étapes via la nomenclature dans la rémunération des psychiatres qui travaillent dans les équipes mobiles.

3. e-Santé

La médico-mut et les autorités publiques se sont engagées à mieux soutenir la poursuite de l'informatisation des médecins. Parmi les points évoqués :

- Le gouvernement entend mettre davantage de pression sur les fournisseurs de software pour parvenir à obtenir une gestion des services correcte. Il est prévu de créer une plateforme de concertation avec les fournisseurs de logiciels et les services publics concernés, ayant notamment pour objectif d'organiser une gestion de services correcte incluant les fonctions de helpdesk requises.
- Obligation de prescription électronique de médicaments lors des consultations à partir du 1^{er} juin 2018 (sauf pour les médecins ayant atteint 62 ans à cette date et en cas de visite à domicile ou en institution). Pour les prescripteurs occasionnels, une nouvelle version de l'application internet PARIS⁵ sans obligation d'installer un certificat e-Santé sur l'appareil du prescripteur sera mise au point pour cette date. À partir de la mi-2019, suppression de la « preuve papier » de la prescription ; la prescription « mobile » sera assurée.
- Engagement de généraliser ce système pour le 1^{er} janvier 2021.
- L'accord médico-mut prévoit par ailleurs de réfléchir à la prescription électronique pour l'imagerie médicale, la kinésithérapie et l'art infirmier.
- Améliorer le soutien et les fonctions « helpdesk ».
- La facturation électronique avec les mutualités sera possible dans le courant de 2018.
- Investissement dans le développement de logiciels pour les dossiers de patients chez les médecins spécialistes (non intégrés dans le DPI de l'hôpital) : une enquête sera réalisée en 2018 auprès des médecins spécialistes, en vue d'avoir une vue claire des applications actuellement utilisées et des attentes des spécialistes. Sur base de cette enquête, un plan sera mis au point en 2019, pour permettre une communication aisée entre le médecin généraliste et les médecins spécialistes à partir du moment où l'utilisation du DMI deviendra obligatoire.

⁵ Prescription & Autorisation Requesting Information System.

- Ici aussi, l'accord prévoit un incitant financier pour promouvoir l'utilisation des e-services, qui s'élève à 2500 EUR maximum (médecins généralistes).

L'ABSyM continuera à demander à ce que les médecins spécialistes, également bientôt soumis aux obligations d'informatisation, puissent également bénéficier d'un équivalent de prime télématique telle qu'accordée aux MG.

4. Suppléments d'honoraires

L'accord prévoit des initiatives dans 3 domaines :

- Augmenter la transparence vis-à-vis des patients en introduisant l'obligation d'estimer les coûts pour une sélection d'opérations chirurgicales. Concrètement, il est question, d'une part, de l'établissement d'un devis préalable, qui intègre un montant maximum, tant pour les suppléments d'honoraires que pour les autres coûts, par tous les hôpitaux, d'ici le 1^{er} janvier 2019, pour certains traitements courants chez des patients hospitalisés. D'autre part, la CNMM souhaiterait préciser sur la facture du patient la part des suppléments d'honoraires qui revient au médecin et celle qui revient à l'hôpital.
- Corriger le montant des suppléments d'honoraires dans certaines situations particulières (enfant, cancer, etc.). La CNMM formulera, d'ici le 30 juin 2018, des propositions de corrections afin que les suppléments d'honoraires ne dépassent pas 5000 euros notamment pour les transplantations, les cancers pédiatriques, les maladies rares et les polytraumatismes.
- Ralentir le rythme de croissance des suppléments d'honoraires. La Commission médico-mut propose à la ministre de mandater le SPF et l'INAMI pour entamer une concertation en vue d'aboutir à une proposition, d'ici le 30 juin 2018, concernant les conditions sous lesquelles une convention sur un éventuel standstill (gel d'une augmentation des suppléments d'honoraires, pour autant qu'il aille de pair avec un gel des rétrocessions sur les honoraires médicaux et des économies supplémentaires en dehors des corrections éventuelles en cas de dépassement du budget) pourra voir le jour. Cette convention devra être d'application jusque fin 2019. La CNMM demande en outre aux médecins et hôpitaux de ne prendre entre-temps aucune mesure qui rendrait plus difficile la conclusion d'un tel accord. Le principe des suppléments reste donc garanti, tenant compte du fait qu'ils sont indispensables pour les hôpitaux également, vu le sous-financement qu'ils subissent. La transparence étant primordiale pour l'ABSyM, elle a demandé et s'est vu octroyer que les suppléments d'honoraires soient impérativement communiqués de manière transparente, aussi bien par les médecins que par les hôpitaux. L'ABSyM se réunira autour de la table avec les établissements hospitaliers pour continuer à développer ce point.

5. Soins efficaces

- Début 2018, un nouveau plan d'action en matière de contrôle des soins de santé sera présenté au Conseil général.
- Pour ce qui concerne les institutions hospitalières, des actions seront notamment mises en place dans le secteur de l'imagerie médicale afin de réduire la prescription et la réalisation

d'examens « *inutiles ou superflus* » ainsi qu'en biologie clinique pour ce qui concerne les modalités de remboursement du dosage de 25-hydroxy-vitamine D, vitamine B12 et acide folique. Pour ces deux secteurs (imagerie et biologie), la CNMM concrétisera pour le 30 juin 2018 des mesures afin de responsabiliser financièrement les médecins qui prescrivent particulièrement beaucoup (volume) ou souvent (fréquence) comparé à l'évidence based practice (EBP).

- Dans le secteur de l'imagerie médicale, un programme d'aide à la prise de décisions sera mis sur pied.
- On continue à encourager la prescription de médicaments biosimilaires et bon marché. Des feedbacks individuels de prescription de médicaments et/ou d'examens seront envoyés aux spécialistes et/ou aux généralistes.

6. Accréditation

La réforme du système de l'accréditation commencera en 2019. Elle se concrétisera :

- Par la fixation d'objectifs de qualité généraux et individuels.
- Par une rétribution équivalente des médecins accrédités.
- Par l'abandon du caractère « tout ou rien » de l'accréditation.
- Par des programmes d'amélioration de la qualité élaborés par les GLEM.

Le financement futur reposera sur l'attribution de points aux 3 piliers suivants : le suivi de la formation professionnelle continue, la participation au peer review et la réalisation d'objectifs qualité individuels basés sur un ensemble d'indicateurs de prescription et de traitement.

L'information relative aux formations suivies sera conservée dans le dossier professionnel du médecin.

Des suppléments temporaires au forfait d'accréditation pourront par ailleurs être envisagés pour certains objectifs particuliers.

7. La nomenclature

Parmi les objectifs : revoir la classification de la nomenclature et distinguer la partie « honoraires » de la partie « coûts » de fonctionnement pour les principales prestations.

Plusieurs équipes universitaires font actuellement des travaux dans le cadre d'une éventuelle révision de la nomenclature. La CNMM demande à ce qu'un groupe de recherche fasse des propositions afin d'« *éliminer des différences de revenus déraisonnables entre médecins généralistes et médecins spécialistes et entre médecins spécialistes eux-mêmes* ».

En termes de timing, un plan d'approche est annoncé pour le 31 mars 2018, un premier rapport pour le 31 mars 2019 et un rapport final pour fin décembre 2019.

8. Deux attentions particulières

Une attention particulière sera aussi accordée à :

- La planification précoce des soins et à l'accompagnement des patients palliatifs.

- L'instauration d'un « financement lié à la personne » pour les médecins spécialistes en formation. La CNMM prêter son concours. À ce propos, une proposition devra être formulée pour trouver une solution en matière de constitution de droits à la pension.
- La collaboration transversale entre médecins et autres dispensateurs de soins.

9. Statut social des médecins

Les montants proposés pour 2018 sont de :

- 4870,71 euros pour les conventionnés total qui ont un seuil d'activité plein
- 2297,63 euros pour les conventionnés total avec seuil d'activité réduit et les conventionnés partiel avec seuil d'activité plein.

10. Cet accord ne pourra être dénoncé que dans quelques situations particulières

- en cas d'économies imposées unilatéralement,
- de non-octroi de l'indexation,
- d'extension du régime obligatoire du tiers payant,
- et de modification de la loi en matière de suppléments.

Chapitre II. Médecine générale

1. Niveau fédéral

I. Audit des PMG

Dans le cadre du modèle intégré de soins non planifiables voulu par le gouvernement, l'objectif est d'élaborer un système uniforme de postes de garde de médecine générale (PMG) en standardisant davantage, en renforçant la transparence et l'efficacité du financement. Le numéro d'appel uniformisé 1733 doit permettre de donner un accès téléphonique à ce système.

Afin de déterminer les lignes directrices de ce nouveau système, la ministre De Block avait commandé un audit du fonctionnement des postes de médecine de garde. Celui-ci a commencé en mai 2016 et devait être terminé quelques mois plus tard, pour fin 2016. Il a finalement fallu attendre mi-2017 pour avoir une présentation du rapport final terminé en janvier. Qu'en retenir⁶ ?

18

- Les frais de fonctionnement totaux d'un PMG, c'est-à-dire tous les frais d'un PMG en dehors des honoraires et honoraires de disponibilité, s'élèvent en moyenne à 286 732 €/ an.
 - o L'audit note toutefois une grande disparité entre les PMG avec le même nombre d'interventions en ce qui concerne les frais facturés. Certains PMG sont plus chers niveau coûts d'exploitation que les autres.
 - o 80% des coûts concernent 5 grandes catégories de frais de fonctionnement : le transport représente 32% ; l'accueil 23% ; la coordination 12%, le bâtiment 7% et l'administration 6%.

- En moyenne, par an, un PMG tourne avec 70 médecins généralistes, assure 1495 visites et 4402 consultations, très minoritairement la nuit.
 - o Le nombre de consultations nocturnes en moyenne est de 2,4 et le nombre de visites à domicile par nuit est en moyenne 1,23.
 - o 64% des PMG ont moins de 100 interactions par jour au prorata de 100 000 habitants.

- Le coût moyen d'une consultation varie en fonction de la taille du PMG mais en moyenne elle est de 24,86 euros. Alors que la visite en moyenne coûte 72,94 euros.

- Concernant le transport :

⁶ Nous abordions déjà ce dossier dans le rapport d'activité de 2016.

- Dans 61% des cas, le transport se fait par firme externe. Dans cette hypothèse, le coût moyen de transport par visite à domicile est de 74,91€ ;
 - Dans 15% des cas, le MG conduit lui-même sa propre voiture. Dans cette hypothèse, le coût moyen de transport par visite à domicile est de 10,46€ ;
 - Dans 14% des cas, il y a un chauffeur propre avec véhicule de location. Dans cette hypothèse, le coût moyen de transport par visite à domicile est de 48,70€ ;
 - Dans 5% des cas, il y a un chauffeur propre avec le véhicule du poste de garde. Dans cette hypothèse, le coût moyen de transport par visite à domicile est de 44,48€ ;
 - Dans 5% des cas, il n'y a pas de transport.
- La densité de la population n'a presque aucune valeur prédictive sur le coût d'exploitation total d'un PMG. Seul le nombre de contacts sur une base annuelle a une valeur prédictive (modérée) quant au total des frais de fonctionnement d'un poste de garde.
 - En fonction du volume d'activité, les postes de garde peuvent être divisés en trois catégories : petit (maximum 5000 interventions par an), moyen (5000 à 10 000 contacts) et grand (au moins 10 000 contacts par an).

Suite à l'audit, il est demandé de la CNMM de prévoir un cadre structurel et axé sur l'avenir pour l'organisation, le fonctionnement, les accords avec les services des urgences et le financement des postes de garde de médecine générale.

II. La « Nouvelle politique » de la ministre De Block

19

C'est dans ce contexte que la ministre De Block publie fin 2017 une note conceptuelle relative à sa **« Nouvelle Politique relative au service de garde de médecine générale⁷ »**. Voici ce qu'il faut en retenir :

Les PMG sont initialement nés en tant que projets pilotes locaux visant à améliorer les conditions de travail des médecins généralistes. Entre-temps, on a évolué vers une situation dans laquelle, en 2014, 53 % de la population en Flandre était couverte par un poste de garde, 76 % en Wallonie et 100 % à Bruxelles. L'objectif est de généraliser, dans une période de 4 ans, l'utilisation des postes de garde de médecine générale dans le cadre d'un système de soins non planifiables, et ce, sur l'ensemble du territoire.

Il convient de définir un modèle de poste de garde⁸, et ce, aussi bien sur la base de l'organisation interne que sur la base de la localisation où le poste de garde sera créé ainsi que la collaboration avec d'autres postes de garde. Un cadre réglementaire sera élaboré à cette fin.

⁷ Nous vous présentons ici la note dans sa version de février 2018.

⁸ L'Accord national médico-mutualiste 2016-2017 donne une première ébauche de la standardisation par la définition de quatre conditions auxquelles les nouveaux projets doivent satisfaire :

- La présentation d'un plan de conventions conclu entre les postes de garde et les services d'urgence en rapport avec l'organisation des soins, le renvoi, la communication et la prestation de services. Pour le 31 décembre 2017, tous les postes de garde de médecine générale doivent disposer d'un plan de conventions ;
- Les heures d'ouverture qui sont en principe d'au moins 61 heures (week-end complet du vendredi soir au lundi matin) ;
- Une couverture suffisante en termes de territoire ou de population (seuil minimum). De façon standard, on part d'une population minimum de 100 000 habitants ;
- Frais en conformité avec les nouvelles règles en matière de standardisation.

Les points suivants sont ensuite concrétisés dans l'Accord national médico-mutualiste 2018-2019 :

- Le service de garde doit être exercé dans le cadre de partenariats s'adressant à un groupe de la population comptant minimum 300 000 personnes.

Le financement du système est également revu, avec la précision que cela ne peut conduire à augmenter le ticket modérateur.

Chaque poste de garde couvrira une zone d'activité comptant au moins 100 000 habitants. Il est possible d'y déroger s'il s'avère être impossible d'adhérer à un poste de garde dans les environs et/ou s'il y a un taux d'activité justifié suffisant dans la zone en question. Il convient d'aspirer à un temps de trajet maximal de 45 minutes vers le poste de garde pour le patient.

Les postes de garde doivent être implantés autant que possible sur un campus hospitalier (avec service d'urgence) et, de préférence, avec une entrée commune, même si tant le médecin des urgences que le médecin généraliste continuent d'opérer de façon autonome. Le modèle du poste de garde en dehors du campus hospitalier peut être soutenu dans les cas où un service d'urgence est géographiquement trop éloigné de la zone d'action du PMG.

Dans un souci d'efficacité au niveau de l'utilisation et l'affectation des moyens, des partenariats composés d'au moins trois postes de garde seront créés chargés d'optimiser l'organisation du fonctionnement du poste de garde et de la garde mobile dans la zone d'activité en question. Il sera fixé par le cadre réglementaire que le service de garde⁹ devra être exercé dans le cadre de partenariats destinés à un groupe de 300 000 habitants. Au moins un des postes de garde du partenariat devra se situer à côté d'un hôpital. Certaines tâches seront transférées au niveau du partenariat, comme par exemple l'organisation des services (garde sur place et garde mobile), l'annonce du service de garde et les accords avec les services d'urgence, les centrales du 1733, etc. Cela pourra également générer d'autres économies d'échelle (regroupement du personnel d'accueil, comptabilité, administration, organisation logistique, etc.). Pour chaque partenariat entre postes de garde, un coordinateur de partenariat assure le pilotage organisationnel ainsi que la coordination du fonctionnement des postes de garde dans la zone concernée.

20

Les heures d'ouverture des PMG seront les mêmes pour l'ensemble du territoire. Vu le peu d'activité pendant la nuit, la ministre De Block ne souhaite pas maintenir l'obligation d'ouverture pendant la nuit comme principe général. Les heures d'ouverture physiques d'un poste de garde pendant la nuit peuvent être limitées, mais la prestation de service doit être garantie au sein du partenariat, et ce, pour la durée totale de la période de garde. Autrement dit, il faut qu'au moins 1 poste de garde reste ouvert par structure de partenariat de postes de garde. Ceci implique qu'il y a un risque de non-respect des temps de trajets, ce qui pourrait être résolu en gardant ouvert un deuxième poste de garde.

Le coût total du transport en 2015 s'élevait à 5 581 034,93 euros. Le groupement des postes de garde crée la possibilité d'organiser le transport à une plus grande échelle. L'élargissement de la zone d'activité contribuera à l'optimisation de l'organisation du transport. Chaque partenariat doit disposer d'au moins 1 garde mobile et détermine comment concrétiser le rôle de garde de la garde mobile. Un patient non mobile doit pouvoir faire appel à la garde mobile dans les 12 heures et, pour les cas urgents, la garde mobile doit pouvoir être sur place dans l'heure.

-
- Chaque poste de garde fonctionnera au sein d'un partenariat composé d'au moins trois postes de garde.
 - L'accès téléphonique aux postes de garde se fait par le biais du 1733.

⁹ Le concept de « service de garde de médecins généralistes » est défini par l'AR du 08/07/2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes comme étant un système de garde bien défini qui garantit à la population une prestation de soins de médecine générale régulière et normale, dont la gestion est assurée par des médecins pratiquant au sein d'une zone de médecins généralistes. Cette dernière étant définie comme l'aire géographique d'un seul tenant, composée d'une ou de plusieurs communes - ou une partie d'une commune dans les grandes agglomérations d'Anvers, Charleroi, Gand et Liège -, qui forme le territoire d'activité d'un cercle de médecins généralistes. Comme précisé par l'article 4 de l'AR susmentionné, le cercle de médecins généralistes organise le service de garde de médecins généralistes dans toute la zone de médecins généralistes. Ce service peut comprendre plusieurs unités qui, ensemble, ne forment qu'un service de garde de médecins généralistes pour l'ensemble de la zone de médecins généralistes.

Dans une première phase, l'accent sera mis sur la réforme du système des postes de garde les week-ends. Une fois que cela sera mis en ordre de fonctionnement, un cadre pourra directement être développé pour étendre leur application aux nuits en semaine.

Un système d'enregistrement uniforme va être implémenté. Il sera basé sur certains indicateurs de qualité, devant encore être définis.

La nouvelle politique vise un fonctionnement standardisé des postes de garde ainsi qu'un cadre financier transparent afin de financer ce fonctionnement. Les modifications apportées au système de financement entreront en vigueur en 2018.

À l'avenir, le PMG ne sera plus accessible que sur place ou par téléphone en formant le 1733. L'objectif du 1733 est de renvoyer le citoyen qui requiert des soins non spécialisés et non planifiables vers le bon prestataire de soins au moment opportun. L'accès au 1733 est organisé de façon similaire, complémentaire et en synergie avec le système 112. Le service de garde pourra adhérer au système uniformisé du 1733 à condition que le service de garde de la zone en question soit organisé selon le nouveau modèle d'organisation. Le 1733 est annoncé comme opérationnel dès juillet 2018. D'ici 2020, le système 1733 devra progressivement être opérationnel dans tout le pays, parallèlement au déploiement du nouveau modèle d'organisation et de financement du service de garde des médecins généralistes.

2. Niveau wallon

i. Mise en place d'un cadastre de Médecins généralistes (MG) wallons

Début 2017, l'AViQ charge l'Observatoire wallon de la santé d'établir le cadastre de la médecine générale en Wallonie sur base des renseignements 2016. L'ABSyM est alors invitée par l'AViQ pour parler de la mise en place de ce cadastre.

Jusqu'alors, les données de l'INAMI n'étaient pas nécessairement significatives car l'INAMI ne dispose pas toujours des adresses professionnelles actualisées des médecins (ou bien ne dispose que des adresses de domicile).

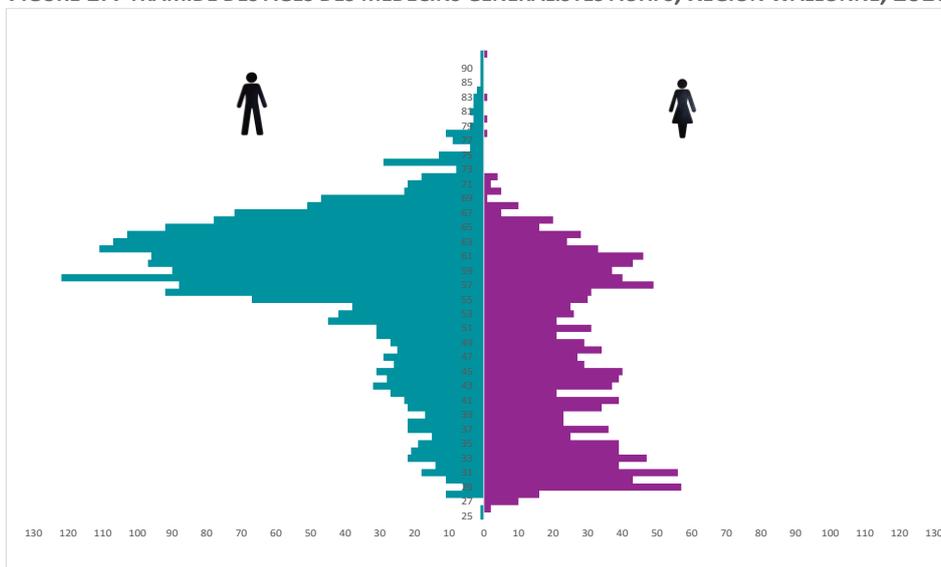
L'Observatoire a donc décidé de réaliser un cadastre des médecins généralistes basé sur les adresses des cabinets où les médecins exercent. Par ailleurs, il prend en considération uniquement des médecins actifs¹⁰ en MG et en tenant compte de leur degré d'activité établi sur base déclarative (temps plein ou partiel) et non sur base de l'activité (codes de nomenclature), ce qui permet de revoir les résultats en termes d'équivalent temps plein (ETP). Pour avoir ces informations, les chercheurs sont passés par les Cercles de médecins généralistes.

Quelques mois plus tard, le travail de recensement est terminé et nous permet de connaître la situation de la médecine générale en Wallonie en 2016 (sans la Communauté germanophone). Qu'en retenir ?

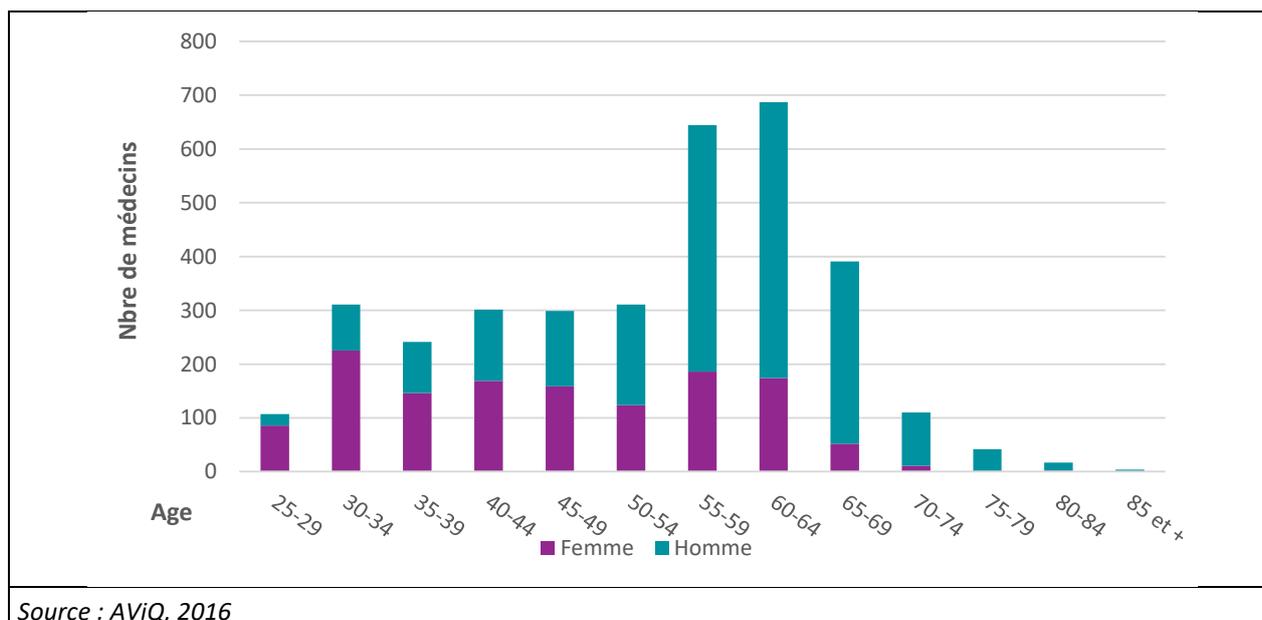
¹⁰ Ne sont pas pris en considération dans ces calculs les MG en formation, les MG pensionnés ou radiés, les MG qui, à temps plein, exercent une autre activité médicale que la médecine générale classique (nutrition, acupuncture, homéopathie...) et les MG qui, en 2016, étaient en arrêt de travail.

- ❖ En 2016, il y avait **3467 MG en activité en Région wallonne**. Liège est la commune la plus fournie avec plus de 200 MG. A 20 minutes de là, à l'inverse, Berloz ne recense aucun MG.
- ❖ Parmi ces 3467 MG, environ **60% sont des hommes** qui, en moyenne, ont près de 57 ans. Les femmes sont en général plus jeunes avec une moyenne de 46 ans. Cet âge moyen ne diffère que peu selon les provinces : les médecins du Brabant wallon étant un peu plus âgés et ceux du Luxembourg un peu plus jeunes. De façon globale, en Région wallonne, **un peu plus de 60% des MG ont 50 ans ou plus** (dont environ 13% ont plus de 65 ans).

FIGURE 1. PYRAMIDE DES ÂGES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ACTIFS, RÉGION WALLONNE, 2016



Nombre de médecins généralistes actifs par âge et par sexe, Wallonie 2016



- ❖ Par ailleurs, il y a 25 ans, à la sortie des études de médecine générale, on comptait 3 fois plus d'hommes que de femmes. Aujourd'hui, parmi la tranche d'âge 25 – 29 ans, on compte **4 fois plus de médecins femmes** que de médecins hommes qui exercent la MG en Wallonie.

23

La répartition des MG par sexe est assez différente entre les provinces. Ainsi, dans le Brabant wallon, on recense la moitié de MG hommes et la moitié de MG femmes alors que le Hainaut compte 65% d'hommes pour seulement 35% de femmes.

- ❖ En moyenne, les MG travaillent près de **9 demi-journées par semaine**, les **femmes** en faisant **un peu moins** et les hommes un peu plus.

Tous les MG sont légalement tenus de participer à la garde. Certains médecins sont cependant dispensés de participer activement au rôle de garde de par leur âge ou pour raisons médicales. Sur base des données collectées, il apparaît que **81% de tous ces MG wallons participent activement à la garde**, les femmes étant plus assidues à ce poste que les hommes.

- ❖ En ne tenant pas compte de la province de Luxembourg pour laquelle les données n'ont pas été communiquées, 170 MG de moins de 30 ans se sont installés entre 2011 et 2016, dont près de 80 % étaient des femmes.
- ❖ **Si on revoit la situation en tenant compte du timat presté** et qu'on calcule en termes d'ETP (en partant du principe qu'un ETP correspond à 10 demi-journées de pratique médicale hebdomadaire), **la Wallonie ne compterait en réalité que 3160 ETP MG.**

Mais, attention, étant donné que les données collectées ne concernent pas le nombre précis de contacts patients, ni même la répartition entre consultation et visite, ni les heures

consacrées aux tâches administratives, cela n'est pas encore le reflet exact du nombre d'heures réellement prestées par jour.

- ❖ **Si on regarde la situation d'un point de vue global**, la densité de MG actifs est supérieure à la limite des 90 MG/ 100 000 habitants¹¹ et, dès lors, **on ne peut pas parler de pénurie wallonne**. Toutefois, **si on parle en termes d'équivalent temps plein**, la densité de MG ETP en Wallonie est légèrement inférieure à 90/100 000 habitants et, dès lors, **on peut considérer que la Région wallonne est en pénurie de MG**.

Sur cette base, 119 communes wallonnes¹² peuvent être considérées comme en pénurie de MG car la densité de MG ETP est inférieure à 90 MG ETP pour 100 000 habitants. Parmi elles, 8 communes ont moins de 50 médecins ETP pour 100 000 habitants et sont donc en pénurie grave¹³.

¹¹ Pour déterminer les communes wallonnes en pénurie de MG, les rédacteurs sont partis des critères utilisés dans le cadre des aides IMPULSEO (prime à l'installation, Art.4 de l'AR du 23.03.2012 portant création d'un fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement). Ainsi, deux situations sont prises comme référence :

- Soit une zone de médecine générale avec moins de 90 MG pour 100 000 habitants
- Soit une zone de médecine générale avec moins de 125 habitants par km² et moins de 120 MG pour 100 000 habitants.

Les critères de densité s'appliquent par territoire couvert par un cercle de MG (et non par commune). Si l'un des 2 critères est atteint pour un cercle, les installations dans toutes les communes qui composent ce cercle sont susceptibles de bénéficier de la prime.

Au sujet d'Impulseo, nous retiendrons que :

- Suite à la sixième réforme de l'Etat, le dispositif avait été **transféré aux entités fédérées** à partir du 1^{er} juillet 2014. Durant une période transitoire et à la demande de la Région wallonne, le Fonds de participation a poursuivi le traitement et le suivi des dossiers Impulseo (cf. demandes 2014, 2015, 2016). La collaboration mise en place à cet effet entre l'AVIQ et le Fonds a pris définitivement fin le 30 juin 2017. Depuis lors, toutes les questions relatives à ce dossier sont uniquement gérées par l'AVIQ.
- Par ailleurs, fin septembre 2017 a été publié un **Arrêté du gouvernement wallon du 20 juillet 2017 modifiant l'AR du 23.03.2012 portant création d'un fonds d'impulsion** pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement. Parmi les modifications à retenir :
 - Désormais, est considéré comme une première installation, une installation qui se fait dans les 5 ans (et non plus les 4 ans) après l'obtention de la reconnaissance comme médecin généraliste ou après le retour d'un pays en voie de développement.
 - Concrétisation légale de la suppression du prêt de 15 000 euros à taux zéro.
 - Concrétisation légale de l'octroi d'une prime de 20 000 euros pour une nouvelle installation d'un MG en pratique solo ou de groupe dans une zone en pénurie. Prime qui peut aller jusqu'à 25.000 euros quand c'est encore plus la pénurie (critères précis dans le texte, art 4).
 - Désormais, les demandes d'intervention pour Impulseo II et III (aide pour télésecrétariat et employé administratif) doivent être rentrées pour le 31 mai de l'année qui suit les frais et non plus le 30 juin.
 - Insertion de l'article 22/1 prévoyant la possibilité d'accompagnement par la structure d'appui dans le cadre d'Impulseo I.
- **Concernant le projet Assisteo** (dont l'objectif était d'« offrir » aux médecins une sorte d'assistant de pratique pour l'aider dans les tâches cliniques et qui a depuis lors été renommé projet CoMIng pour « Collaboration Médecins et Infirmiers généralistes »), 2017 a seulement permis l'octroi du marché public au consortium ULg-UCL afin de mettre en place le projet de recherche-action dans ce dossier et au lancement de l'appel à candidatures. Fin d'année, nous apprenons que 6 projets ont été retenus et qu'ils s'étaleront jusqu'en fin 2018.

¹² Ce qui fait un peu plus de 45% des communes wallonnes. Dans un communiqué de presse de mi-octobre 2017, l'ABSyM demande aux universités de diplômer aux moins 40% des étudiants en MG plutôt que de faire passer plus de spécialistes.

¹³ Face à ce constat, le ministre régional de la santé, René Collin, lance un appel à projet qui est financé à hauteur de 2 millions d'euros afin de soutenir les communes en pénurie de MG dans leurs efforts pour trouver à ces derniers un lieu pour vivre et un lieu pour exercer, sous le signe de la pluridisciplinarité. Les dossiers qui seront retenus pourront prétendre à une intervention maximale de 100.000 euros pour chacun des deux axes qu'il s'agisse de construire, acquérir ou rénover des bâtiments.

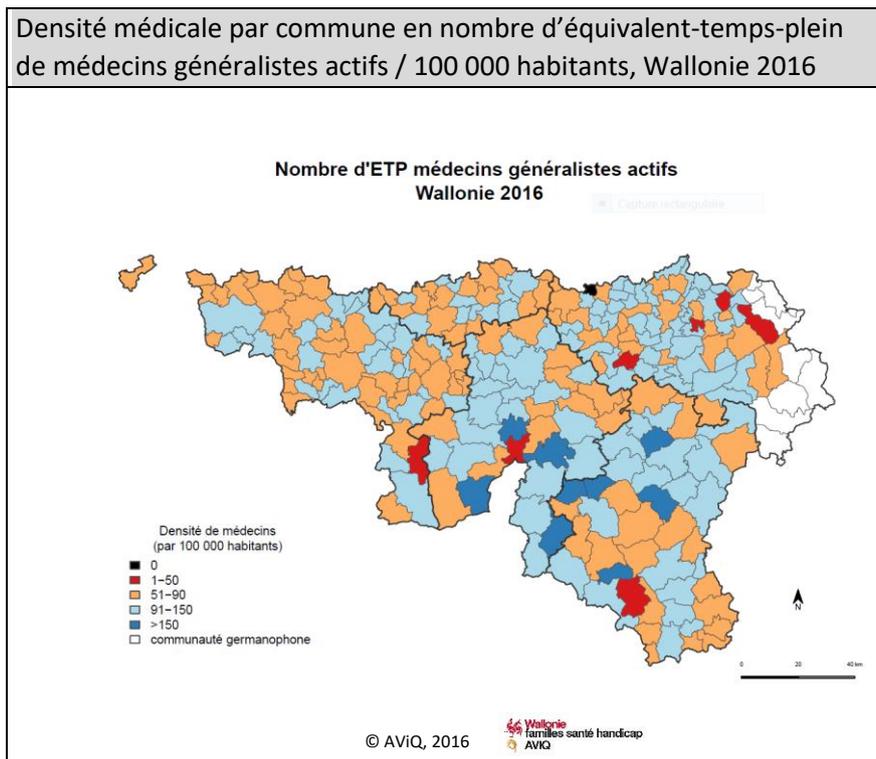
Le 1^{er} axe vise à soutenir les communes dans la création de « logements tremplins » réservés aux assistants en médecine ainsi qu'aux MG. Le principe de ces logements appartenant à la commune est d'être mis à disposition des jeunes ménages de l'entité, à un prix démocratique, avec un bail d'un an renouvelable. Transposé au domaine médical, le but est de faciliter l'implantation durable d'une relève de MG.

Le 2^e axe vise les communes qui recevront un appui pour créer des cabinets ruraux. Il s'agira également d'infrastructures communales, données en location pour un loyer modéré à des jeunes ou des nouveaux MG voire des MG déjà actifs dans l'entité mais souhaitant développer une pratique de groupe mono ou pluridisciplinaire. Les projets de pratique solo ne sont toutefois pas radicalement exclus.

Les projets sont introduits jusqu'au 12.01.2018. Les candidats seront prévenus de la sélection ou non de leur dossier d'ici le 30.04.2018. Ils auront alors 24 mois pour mettre les travaux en adjudication.

Le jury, pour son choix, regarde notamment le degré de pénurie de la commune, l'adéquation du projet aux besoins des citoyens ou encore la rapidité d'exécution possible. Les communes intéressées devront citer les initiatives déjà lancées à propos de la pénurie de MG.

Cela confirme donc la nuance que l'ABSyM souligne chaque fois lorsque la question de la pénurie de médecins est abordée : la question ne peut être traitée globalement tant elle dépend de l'époque, des communes et des disciplines. Il est également important de garder à l'esprit que, comme l'illustre le cadastre wallon, les mêmes chiffres présentés différemment peuvent conduire à des conclusions opposées si on ne recontextualise pas.



25

ii. Collège francophone de Médecine Générale

En 2017, les réunions du Collège francophone de Médecine Générale ont continué.

Il n'a toutefois pas été jusqu'à présent possible d'encadrer juridiquement ces échanges de vue entre banc syndical, banc scientifique et cercles via la mise en place d'une ASBL. En effet, les différents autres protagonistes reprochent à l'ABSyM son ADN, à savoir fédérer l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes) et non pas uniquement les généralistes.

Cela n'a malgré tout pas empêché aux parties prenantes de rédiger différents communiqués de presse communs. On retiendra principalement celui relatif à la **communication des données relatives aux trajets de soins**.

Les MG ont été informés par l'INAMI fin octobre 2017 qu'ils devaient communiquer les données¹⁴ relatives à leurs patients suivis pour le diabète et/ou l'insuffisance rénale dans une convention appelée trajet de soins (TDS) d'ici le 31.12.2017.

Une telle récolte de données a déjà eu lieu il y a quatre ans. L'objectif est une évaluation scientifique des trajets de soins. L'objectif des autorités est d'effectuer, sur la base des données collectées, une analyse globale qui tend à déterminer si les patients engagés dans un TDS en tirent un bénéfice ou non par rapport au reste de la population. Chaque médecin recevra ensuite un feedback individuel lui permettant de se situer par rapport à ses confrères.

C'est l'ISP qui va analyser une série de données des patients entrés dans un TDS avant fin septembre 2016 et toujours actifs au 1^{er} octobre 2017.

À noter que la convention relative au TDS et qui permet d'obtenir certains avantages comme l'obtention de matériel et un meilleur remboursement des consultations, stipule que le patient s'engage à permettre la transmission de données médicales le concernant¹⁵.

26

Pour la transmission de données 2017, une nouvelle application web a été développée par la plateforme Healthdata.be. Les données peuvent être automatiquement extraites du DMI s'il a intégré l'application HD4PrC ou alors il faut les encoder manuellement via l'application HD4PrC. Toutefois, aucune donnée ne sera extraite du DMG à l'insu du MG. Le MG ne recevra aucune indemnisation pour cela.

Dans les deux cas, et c'est cela qui posait problème aux différents membres du Collège de Médecine générale, les données sont pseudonymisées par la plateforme Healthdata et non anonymisées. « Anonymisation » est pourtant le terme utilisé dans la convention trajet de soins. Le Collège craignait donc que ces modalités d'application laissent tout de même entrevoir la possibilité de violer le secret médical.

¹⁴ Il s'agit des données suivantes :

- Date de naissance, sexe et domicile
- Date de début du trajet de soins
- Pour le trajet de soins diabète de type 2 :
 - o Poids, taille, tension artérielle systolique et diastolique
 - o Résultats de laboratoire : HbA1c, cholestérol LDL
- Pour le trajet de soins insuffisance rénale chronique :
 - o Tension artérielle et diabète oui / non
 - o Résultats de laboratoire : hémoglobine, eGFR et créatinine

¹⁵ « En outre, j'autorise mon médecin généraliste à transmettre à l'Institut scientifique de Santé Publique les données anonymisées me concernant »

C'est pourquoi le Collège a recommandé fortement aux médecins généralistes de différer l'envoi des données concernant les trajets de soins en attendant qu'ils soient rassurés quant à la sécurité du secret médical.

Une réunion à ce sujet a eu lieu à la médico-mut de fin novembre 2017. Suite à cette réunion¹⁶, le Collège (sauf la SSMG) a fait un communiqué de presse afin de dire qu'ils ont reçu, lors de cette réunion, des garanties de sécurité suffisantes et qu'ils lèvent le mot d'ordre de ne pas transférer les données¹⁷.

3. Niveau bruxellois

IRISCARE

L'ordonnance du 23 mars 2017 a créé l'Office bicommunautaire de la santé (ci-dessous « IRISCARE »). Cet organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique aura en charge des matières essentiellement liées aux transferts de compétences, du fédéral vers la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale (COCOM), consécutifs à la 6^e réforme de l'Etat.

Les matières relevant de la compétence de cet organisme porteront sur des domaines variés ayant trait à la santé ou à l'aide aux personnes.

IRISCARE existe déjà juridiquement à Bruxelles, mais des arrêtés d'exécution devront être pris avant que cet organisme d'intérêt public ne puisse exercer effectivement ses compétences.

Compositions et compétences

IRISCARE s'organisera selon un modèle proche de celui de l'INAMI. Il sera composé de trois organes : le Comité général de gestion, le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes et le Conseil de gestion des prestations familiales. Ces organes seront composés paritairement entre représentants des organisations syndicales et d'employeurs et représentants des organismes assureurs, des prestataires de soins, des caisses d'allocations familiales et des organisations familiales.

Le comité général de gestion disposera de tous les pouvoirs nécessaires à l'administration d'IRISCARE. Il chapeautera le tout et veillera au respect du contrat de gestion, au bon usage des budgets ainsi qu'aux divers aspects de la gestion de l'organisation.

Il sera composé de :

¹⁶ La CNMM a précisé que la transmission des données à caractère personnel codées par les MG à l'ISP via la plateforme Healthdata pour cette évaluation des TDS a reçu l'autorisation du comité sectoriel le 16 mai 2017. Par ailleurs, les données sont transmises dans le cadre de Healthdata via la Healthbox. Le MG envoie les données encryptées via son DMI via la eHealthbox de la plateforme eHealth. Celle-ci envoie sous forme de 2^e codage les données à la plateforme Healthdata. Ces données codées sont alors mises à disposition des chercheurs de l'ISP. Si ceux-ci demandent un éclaircissement au médecin traitant, ils lui renvoient les données cryptées via eHealth qui les décrypte via HD4PrC, le MG se connecte à celui-ci et corrige les données avant de les renvoyer. Les MG sont les seuls à avoir accès aux données à caractère personnel non codées et non agrégées enregistrées par eux. Les analystes de l'ISP reçoivent un accès à ces données à caractère personnel mais codées. Le grand public et les politiques ne reçoivent que des données agrégées sous forme de rapport.

¹⁷ Suite à une prolongation des délais, les MG ont finalement jusqu'au 14.02.2018 pour les envoyer.

- cinq représentants des organisations patronales et des organisations représentatives des travailleurs indépendants au niveau interprofessionnel ;
- cinq représentants des organisations représentatives des travailleurs salariés au niveau interprofessionnel ;
- cinq représentants des organismes assureurs, notamment les unions nationales des mutualités ;
- cinq représentants des prestataires, dont au moins un représentant des CPAS ne disposant pas d'un mandat au sein d'un conseil de l'action sociale, et au moins un représentant des gestionnaires d'établissements de soins ;
- cinq représentants du Collège réuni lors de la fixation du budget des missions et les comptes des missions de l'Office ;
- trois représentants des organisations familiales ;
- trois représentants des caisses d'allocations familiales

Seuls les membres des deux premières catégories auront voix délibératives.

Le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes devra notamment déterminer les orientations de politique générale en matière de santé et d'aide aux personnes.

Outre son président et son vice-président, il sera composé de :

- trois membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et les organisations représentatives des travailleurs indépendants ;
- trois membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés ;
- sept membres représentant les organismes assureurs ;
- sept membres représentant les prestataires, dont au moins un représentant des gestionnaires d'établissements de soins et un représentant des CPAS ne disposant pas d'un mandat au sein d'un conseil de l'action sociale. Il a notamment pour compétence de déterminer les orientations de politique générale en matière de santé et d'aide aux personnes.

28

Enfin, le Conseil de gestion des prestations familiales aura notamment comme compétence de proposer des orientations de politique générale en matière de prestations familiales.

En plus de ces trois organes, quatre Commissions techniques sont également prévues : « Accueil et prise en charge des dépendances », « Santé mentale », « Prévention et première ligne de soins », « Personnes handicapées ».

Ces différents organes seront constitués pour une période de cinq ans sur base d'une répartition linguistique (français - néerlandais) et de genre (homme - femme) dans une proportion minimum de deux tiers - un tiers. Le Collège réuni désignera les présidents et vice-présidents.

Pour ce qui est des membres des différents organes, ceux-ci seront nommés par le Collège réuni, sur base de listes proposées par une série d'organisations représentatives établies par le Collège réuni.

4. Niveau flamand

I. Impulseo

En ce qui concerne la médecine générale, le fonds Impulseo flamand intervient dans une prime d'installation, un prêt ou un soutien pour le (télé)secrétariat. L'analyse du fonctionnement de ce Fonds d'impulsion¹⁸ a démontré que :

- Le Fonds d'impulsion a été largement utilisé par les médecins généralistes : plus de la moitié des médecins généralistes flamands utilisent le soutien relatif au secrétariat.
- Tous les médecins généralistes réagissent très positivement au soutien qu'ils reçoivent (qu'il s'agisse d'une prime, d'un prêt ou d'un soutien pour le secrétariat).
- Le Fonds d'impulsion a apporté une réelle contribution à la professionnalisation du fonctionnement des médecins généralistes, quel que soit le type de pratique.
- Le Fonds d'impulsion est considéré comme étant un effort visant à penser autrement les différentes manières d'exercer sa pratique.
- La prime d'installation n'est pas un argument déterminant pour s'établir à un endroit précis. Impulseo n'a aucun effet sur la densité en médecins généralistes.
- Les structures d'appui sont perçues comme une plus-value considérable.

Les recommandations suivantes ont été faites:

1. Continuer à investir dans la valorisation des médecins généralistes et la reconnaissance de leurs besoins.
2. L'objectif majeur du soutien doit continuer à garantir l'accessibilité des soins de santé de première ligne au travers d'une bonne répartition de l'offre et de l'attention consacrée aux groupes socialement vulnérables.
3. Les critères visant à définir les zones en pénurie de médecins généralistes et les zones prioritaires doivent être davantage affinées et différenciées.
4. Il serait intéressant d'étendre le soutien à la pratique de première ligne comme le soutien au (télé)secrétariat à d'autres disciplines au sein de la pratique (assistance de pratique, volet social, personnel infirmier, etc.).
5. Investir davantage dans la stimulation et le soutien à la collaboration (travail multidisciplinaire).
6. La possibilité de procéder à une évaluation doit être reprise dans la mise en œuvre de ce processus.

Ces recommandations peuvent être transposées par le biais de l'exploitation différentielle d'une (partie limitée des moyens du) Fonds d'impulsion. Le montant total qui y a été consacré en 2017 est de 14 786 000 euros. Dans l'attente de l'exécution des actions mentionnées ci-dessous, en concertation avec les médecins généralistes, le fonctionnement actuel du Fonds d'impulsion va se poursuivre.

¹⁸ Van Roy, K., Peersman, W., De Lepeleire, J., Mamouris, P., De Sutter, A., De Maeseneer, J. & Goderis, G. (2017). Evaluatie Impulsfonds – rapport. UGent et KULeuven.

Actions:

En collaboration avec les organisations en charge des médecins (généralistes) et de l'Institut flamand pour la Première ligne :

- les conditions pour déterminer les zones prioritaires dans le cadre du Fonds d'impulsion sont revues sur la base de facteurs sociodémographiques et socio-économiques ;
- pour l'installation dans des zones prioritaires, on a analysé où et comment les instruments et incentives existants (soutien du VIPA et prime d'impulsion) peuvent être harmonisés, optimisés et exploités davantage au sein de la première ligne ;
- les possibilités et conditions sont repensées pour étendre à d'autres disciplines relatives à la pratique l'intervention actuellement consacrée au soutien administratif et ce, en vue d'offrir la possibilité de créer des soins plus intégrés et une collaboration interdisciplinaire. Cela se fera dans la limite des possibilités budgétaires.

II. Réforme de la première ligne en Flandre

En Flandre, les zones de première ligne sont développées pour soutenir la collaboration multidisciplinaire et intersectorielle au niveau de la pratique. La zone de première ligne est la description géographique d'une région de 75 000 à 125 000 habitants, sous l'impulsion d'un Conseil de la santé (Zorgraad).

Début juillet 2017, un appel à la formation d'une zone de première ligne a été diffusé auprès du secteur d'activité au sens large de la première ligne flamande. L'agence flamande Soins et Santé (Zorg en Gezondheid) a reçu 55 demandes pour une zone de première ligne, dont 53 ont été retenues.

L'objectif est que plusieurs zones de première ligne se fondent en une zone de soins régionale (de 400 000 habitants). Les zones de soins régionales sont idéalement couplées aux réseaux cliniques des hôpitaux d'une région, comme elles sont perçues par le gouvernement fédéral. De cette manière, la zone de soins régionale peut devenir la plate-forme où soins de première ligne et soins spécialisés se rencontrent et collaborent.

Un Institut flamand dédié à la première ligne va voir le jour. Un tel institut réunira la connaissance et l'expertise nécessaires à même de soutenir la première ligne au sens large du terme. La plate-forme de collaboration pour la première ligne sera absorbée dans le fonctionnement de cet Institut flamand.

Chapitre III. La réforme des hôpitaux¹⁹

1. La réforme du financement hospitalier – Projet de loi financement des soins à faible variabilité

Début 2017, l'ABSyM – qui rappellera à la ministre qu'elle n'était pas demandeuse de cette réforme - a pris connaissance d'une première version du projet de loi relatif au financement groupé des activités hospitalières. Ce texte était alors annoncé comme entrant en vigueur courant septembre-

¹⁹ On notera :

- L'entrée en vigueur le 6.01.2017 de l'article 29/1 de Loi sur les hôpitaux inséré par la Loi du 18 décembre 2016 qui stipule que : *"Quel que soit le choix d'une admission en chambre individuelle, en chambre à deux lits ou en chambre commune, le patient a droit à la même offre de soins de santé de qualité. L'offre visée à l'alinéa 1er concerne tant les prestations fournies à l'hôpital, le délai dans lequel ces prestations sont offertes, que les médecins qui sont actifs à l'hôpital."*
- Que le Groupe de travail interne ABSyM relatif à la réforme a continué à se réunir en 2017 de même que le Groupe de concertation lancé par la ministre et dans lequel on retrouve notamment les Drs Moens, de Toeuf et Devos
- Concernant les projets pilotes :
 - o Au niveau Hospitalisation à domicile : début mars 2017, on apprend que 12 projets pilotes ont été sélectionnés. Ils portent sur l'antibiothérapie à domicile et sur d'autres types de soins comme les traitements antitumoraux. Lors de cette phase test, 1.300 patients et 35 hôpitaux seront impliqués. Le but est de voir si nos patients peuvent bénéficier de certains soins à la maison avec la même qualité et les mêmes garanties de sécurité qu'à l'hôpital et dans un même budget.
 - o En août 2017, on apprend que seules 40% des futures mamans ont accepté une durée de séjour raccourcie.

octobre 2017. En effet, le Cabinet De Block souhaitait, à la base, que le système soit opérationnel dès le 1^{er} janvier 2018.

En cours d'année, nous avons pu prendre connaissance de nouvelles versions de ce texte. Toutefois, au 31.12.2017, aucun des projets de la ministre relatifs à cette réforme n'était encore publié au Moniteur Belge. Dans la dernière version du texte approuvée le 30 mars 2018 en première lecture par le Conseil des Ministres, il est précisé que **l'entrée en vigueur de la réforme du financement est annoncée pour le 1^{er} septembre 2018**²⁰. Que retenir de cette dernière version du texte ?

- On aura désormais un montant global prospectif par admission ce qui signifie donc **un prix déterminé préalablement et indépendamment du processus de soins réel du patient** individuel. Si plus de soins sont fournis par patient que ce qui est prévu de manière standard, le risque financier sera supporté par l'hôpital.
- Ce montant global prospectif **s'appliquera pour les groupes de patients**²¹ visés par un AR et pour lesquels est exécutée une prestation à laquelle à la date d'entrée en vigueur du présent texte est applicable le régime du tiers payant obligatoire.
- **Ce montant couvrira dans le futur :**
 - o les prestations de santé des médecins et autres dispensateurs de soins ;
 - o tous les coûts liés directement ou indirectement à l'admission dans un hôpital et à l'exécution des prestations de santé pour les groupes de patients concernés, c'est-à-dire les interventions pour la fourniture de médicaments, implants, dispositifs médicaux, les forfaits prévus dans l'accord médico-mut (maxiforfait, forfait hospitalisation de jour, forfait douleur chronique...);
 - o le budget des moyens financiers (BMF) (part fixe et part variable du BMF sont visées) dans sa partie concernant les groupes de patients précités. Un AR viendra préciser les règles par lesquelles le BMF est repris dans le montant global.
- Toutefois, ce système sera introduit par étapes. Dans une première phase, ce financement :
 - o **se limite aux honoraires.** Un AR viendra préciser que certaines prestations ne sont pas couvertes par le montant global prospectif par pathologie. Mis à part cette exclusion, les médecins ne recevront plus un paiement pour leurs prestations séparément par prestation mais un montant pour l'ensemble des prestations médicales pour une affection déterminée indépendamment des soins réellement

²⁰ A la demande de l'ABSyM, le Comité de l'assurance du 16 avril 2018 a postposé la date de l'entrée en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2019.

²¹ La chirurgie, l'obstétrique et l'anesthésie se trouvent dans ce cluster de pathologies à faible variabilité. À la mi-2017, les anesthésistes écrivent à la ministre pour lui demander de revoir sa copie. Ils souhaitent en effet que le budget des honoraires de l'anesthésie-réanimation reste totalement distinct des honoraires forfaitaires communs « afin de garantir à 100% la fonction et l'indépendance de l'anesthésiste en tant que garant de la sécurité péri-opératoire du patient. Si un forfait doit être partagé avec d'autres disciplines, de nombreuses interventions sans anesthésiste ou sans avis anesthésiologique préalable seront pratiquées ; les anesthésistes ne disposeront plus des moyens d'être, en toute indépendance, les garants de la sécurité lors de chaque intervention ; les anesthésistes ne pourront plus déterminer quelle anesthésie convient le plus au patient et les anesthésistes ne pourront plus agir en tant que médecin du péri-opératoire." Les anesthésistes organiseront des Etats Généraux pour en discuter début octobre 2017. Ils seront plus de 300 anesthésistes présents. Les spécialistes craignent que le montant accordé soit insuffisant en cas de complication inattendue. Dans ce cas, il faut souvent faire appel à des anesthésistes, raison pour laquelle la grogne monte surtout parmi les médecins de cette discipline.

apportés mais pas pour les honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale.

- C'est seulement plus tard que ce montant forfaitaire couvrira également le paiement des autres prestataires de santé, les médicaments, les implants, les dispositifs médicaux, les montants de l'accord médico-mut et le BMF. Le texte précise dans son exposé des motifs initial que la partie du montant global prospectif qui couvrira les honoraires des médecins reste bien la propriété des médecins. L'ABSyM a demandé à ce que cette précision figure dans le texte même et non dans le seul exposé des motifs.

Concernant la **répartition des honoraires forfaitaires entre les médecins**, à l'origine, la ministre avait prévu que cela résulte d'une décision du conseil médical et du conseil d'administration de l'hôpital. Finalement, au vu du chaos auquel cela allait conduire et sur demande expresse de l'ABSyM, le texte stipule que la distribution proposée par l'INAMI doit être suivie, à moins qu'il y ait un accord différent entre le conseil médical et le conseil d'administration, selon les règles générales des relations juridiques applicables à l'hôpital.

- **s'appliquera seulement à certains groupes de patients**, à savoir les patients qui exigent un processus standard de diagnostic et de traitement qui diverge peu entre patients et entre hôpitaux. Pour déterminer ces groupes de patients, le projet de loi propose de partir des APR-DRG existant actuellement (54 groupes actuellement, avec différents degrés de sévérité).
- Les principes actuels relatifs aux **suppléments d'honoraires** seront toujours d'application pour les prestations qui seront remboursées via le montant global prospectif par pathologie. Cela signifie que le médecin peut, en hospitalisation classique et de jour, qu'il soit conventionné ou non, demander des suppléments uniquement en chambre individuelle. Mais, dans certains cas, même si le patient est en chambre individuelle, les suppléments sont interdits. Les suppléments seront donc toujours interdits dans les chambres à deux lits ou plus.

Dans la dernière version du projet de loi de mars 2018, le principe général prévu est que les suppléments pourront être facturés uniquement sur la valeur des honoraires des prestations effectivement réalisées. Toutefois, sauf exceptions par AR, la base de calcul ne peut être supérieure à la partie honoraire du montant prospectif global alloué.

Autrement dit, des suppléments pourront être facturés sur les prestations réellement réalisées (et donc qu'elles soient ou non comprises dans le montant global forfaitaire) et facturées (à 0 euro) au cours du séjour. La base sur laquelle les suppléments peuvent être calculés est la valeur (nomenclature) des honoraires des prestations réalisées. Cette base (c'est-à-dire la somme des valeurs nomenclature des prestations sur lesquelles on calcule les suppléments) ne peut toutefois pas être plus haute que la partie « honoraires » qui compose le montant global forfaitaire, sauf exceptions qui seront prévues par le Roi. Pour le moment, le montant global prospectif est composé uniquement des honoraires.

Toutefois, comme stipulé dans la version approuvée par le Conseil des Ministres le 30 mars 2018, il est prévu que, par dérogation, jusqu'au 31.12.2019, la base de calcul

des suppléments ne peut pas (sauf exceptions) dépasser 115% de la partie représentant les honoraires du montant prospectif global. Autrement dit, comme le précise l'exposé des motifs, la base de calcul pour les suppléments d'honoraires est majorée de 15% pendant une période transitoire allant jusqu'au 31.12.2019. Cette dérogation constitue une victoire de l'ABSyM.

Le pourcentage même des suppléments, quant à lui, est celui convenu au sein de l'hôpital (entre le Conseil Médical et le gestionnaire et acté dans la réglementation générale) pour ces prestations effectuées quand elles sont facturées à l'acte.

Le projet de loi d'origine a été considérablement modifié par l'ABSyM car, à l'origine, aucun supplément n'était possible. Bien qu'il y ait désormais la possibilité d'une base de 115%, la formulation actuelle du principe général est encore loin d'être parfaite. Ainsi, dans un courrier envoyé aux différentes autorités concernées, l'ABSyM a demandé la suppression de la précision selon laquelle la base de calcul des suppléments ne peut être supérieure à la partie honoraire du montant prospectif global alloué et ce, même si on a ajouté, dans la dernière version du texte, avant cette phrase : « Sauf dans des situations particulières fixées par le Roi ».

En effet, on ne sait pas vraiment de quelles situations particulières on parle et nous n'avons aucune garantie quant au fait que cet AR sera un jour publié. L'ABSyM demande donc qu'on supprime purement et simplement l'obligation ne pas dépasser la partie honoraire du montant, sauf dérogation par le Roi. En plus, cette limitation donnera sans doute lieu à des discussions au niveau du conseil médical sur la répartition des suppléments autorisés. Ce but d'encore diviser le corps médical ne peut être accepté.

34

- Un AR d'exécution viendra fixer :
 - La liste des **groupes de patients** pour lesquels les honoraires forfaitaires sont d'application ;
 - Les règles complémentaires concernant le **calcul et la facturation des honoraires forfaitaires** ;
 - La fixation d'une intervention personnelle forfaitaire, c'est-à-dire du **ticket modérateur forfaitaire** par admission par patient, qui variera en fonction des groupes de patients (BIM, non-BIM...). Le TM ne sera plus fixé sur base des prestations individuelles mais sur base du montant global prospectif ;
 - La suppression du système des **montants de référence** ;
 - L'organisation éventuelle d'une **période de carence** (avant ou après admission), c'est-à-dire que la possibilité est laissée au Roi d'inclure dans ces honoraires

forfaitaires les frais liés aux prestations ayant un rapport avec l'admission mais qui ont été exécutées pendant une période déterminée avant et/ou après l'admission.

- Le Roi pourra également **exclure certaines prestations et montants de ces honoraires forfaitaires** ou prévoir un honoraire forfaitaire spécifique pour certaines prestations ou partie de prestation. En effet, l'intention est - pour les honoraires de biologie clinique et d'imagerie médicale - que le montant global prospectif par pathologie remplace dans une première phase les honoraires par prestation et les honoraires forfaitaires qui sont les mêmes pour tous les hôpitaux mais pas les honoraires forfaitaires qui sont calculés séparément pour chaque hôpital en fonction de ses caractéristiques spécifiques.

Il est intéressant de noter que le projet prévoit, assez étonnamment, qu'aucune mesure d'économie n'est liée à l'instauration des honoraires forfaitaires.

Par ailleurs, l'instauration de ce nouveau système aura pour conséquence pour les hôpitaux de devoir adapter leur système de facturation, modification de la facture patient, modification de la déclaration d'admission.

L'INAMI calculera périodiquement le montant global prospectif par admission pour chacun des groupes de patients. Un AR déterminera la partie du montant global forfaitaire couvrant les prestations de santé. L'INAMI communiquera également aux hôpitaux la répartition détaillée de la partie susmentionnée entre les différentes prestations de santé. Le montant global prospectif par admission calculé pour l'année T sera d'application pour toutes les admissions qui débutent après le 31 août de l'année T et avant le 1^{er} septembre de l'année T+1 et sera publié au Moniteur belge avant le 1^{er} août de l'année T ainsi que communiqué par l'Institut aux hôpitaux.

Pour terminer, on notera que les services G isolés (revalidation des patients de gériatrie) et les services SP (services spécialisés pour le traitement et le revalidation) ont été transférés aux communautés par la 6^e réforme de l'état. Des lors, le montant global prospectif par admission dont on parle ici n'est pas d'application pour les admissions dans les services G et SP isolés.

En octobre 2017, l'INAMI a envoyé sous forme de « FAQ » un explicatif du projet aux différents hôpitaux. Il est intéressant de noter que ce document précise que :

- Le budget relatif à ces séjours est une enveloppe ouverte mais bien entendu le budget pour les honoraires forfaitaires est fermé, donc le risque financier concernant les soins administrés par patient repose sur les prestataires.
- Le comité de l'assurance de l'INAMI jouera tout un temps le rôle de plate-forme de concertation mais à l'avenir une plate-forme spécifique sera créée.
- Pour savoir si un patient qui arrive rentre dans cette catégorie ou pas, l'hôpital va devoir prioriser le codage de certains séjours pour connaître leur APR DRG et le niveau de sévérité. Concrètement, deux cas de figure :

1. La présence d'un code de nomenclature est une condition d'appartenance au groupe de patients. Dans ce cas, tous les séjours au cours desquels un code de nomenclature nécessaire est facturé doivent faire l'objet d'un codage prioritaire.

2. La présence d'un code de nomenclature n'est pas une condition d'appartenance à un groupe de patients. Dans ce cas, il convient d'identifier les codes de nomenclature

indicatifs qui correspondent le mieux aux codes de procédure ICD entrant en considération pour l'APR DRG concerné. Pour cela, il est possible de se baser sur les codes de nomenclature les plus fréquemment facturés au sein de ces groupes de patients. Un document intitulé « fréquence code nomenclature - frequentie nomenclatuurcode.xlsx » contient une liste de prestations de nomenclature indicatives pour ces groupes de patients.

- Le patient rentre ou non par les urgences ou qu'il passe ou non par les soins intensifs ne changera rien au fait qu'il rentre ou non dans le système des ayants droit à l'intervention majorée.
- Le montant global pourra être facturé même si le patient meurt en cours de séjour.
- Sur base des données 2014, les honoraires des séjours à faible variabilité représentent 371,2 millions d'euros soit 11,52% des honoraires de tous les séjours hospitaliers. Les séjours concernés représentent 9,32% des plus de 4,3 millions d'hospitalisations classiques et de jour qui ont lieu chaque année dans notre pays.
- Comment est calculé le montant forfaitaire :
 - Pour chacun des 54 groupes de patients, la médiane du total des honoraires (après exclusion de certains codes de nomenclature) est calculée. Il a été opté pour la médiane car elle est moins sensible que la moyenne aux valeurs extrêmes (sous et surconsommation) et parce que, de ce fait, on peut s'approcher au plus près du financement d'une « pratique normale ».
 - Dans 50 groupes de patients sur 54, le montant de la médiane était cependant inférieur à celui de la moyenne, ce qui aurait entraîné un effet budgétaire négatif pour le secteur des hôpitaux. Pour les groupes pour lesquels le montant médian est inférieur à la moyenne, le montant médian fut augmenté pour permettre une redistribution complète des 371,2 millions d'euros et ce, afin de pouvoir officiellement dire que le nouveau système de financement ne comporte aucune mesure d'économie.
 - Ces montants seront adaptés périodiquement : chaque année, les administrations calculeront les montants globaux de chaque groupe de patients sur base des dernières données couplées disponibles. Les analyses seront soumises au Comité de l'assurance de l'INAMI. Si les montants calculés sur base des données récentes diffèrent de plus de 5% par rapport aux montants globaux en vigueur, les montants facturables seront adaptés.
 - Par ailleurs, les médianes ont été calculées sur base des 3 dernières années disponibles, à savoir 2012, 2013 et 2014. Or, l'application du nouveau système démarrera au 1^{er} septembre 2018. La valeur de ces montants historiques sera portée au niveau de 2018 via un indice calculé sur l'évolution des honoraires hospitaliers (à l'exception des codes nomenclature exclus des montants globaux). L'indexation est annuellement assurée selon les règles prévues pour l'indexation des honoraires.
- Le montant global ne comprendra pas les honoraires supplémentaires pour les médecins accrédités car ils ne sont soi-disant que très faibles dans ce groupe.

La ministre précisera également que les patients faisant l'objet de complications (bien qu'initialement hospitalisés pour des soins à faible variabilité) ne pourront pas suivre de trajectoire standardisée et suivront donc les règles classiques de facturation.

Eu égard à tous ces éléments, alors que la ministre avance comme raison à cette réforme la simplification des règles de financement, l'ABSyM contestera fermement cela en constatant qu'au contraire, cela provoquera un doublement de l'administratif et un important développement de nouveaux logiciels, sans aucun financement en contrepartie.

2. La réforme de la structure hospitalière – Projet de loi relatif aux réseaux

Mi-mai 2017, la ministre publie sa note « ***Des réseaux hospitaliers cliniques dans un paysage hospitalier renouvelé, groupe de concertation, 18 mai 2017*** ». Cette note reprend les grands axes de son projet qui seront ensuite remis en forme dans un projet de loi.

Elle y précise que l'objectif de la réforme est : « *[de] créer des synergies en réponse à la dispersion actuelle de l'offre médicale, avec tous les effets négatifs que cela entraîne sur le plan de la qualité et de l'efficacité.* »

Courant du 2^e semestre 2017, l'ABSyM prendra connaissance de différentes versions de ***l'Avant-Projet de loi modifiant la loi de 2008 sur les hôpitaux pour y intégrer la notion de réseaux***. Que retenir de la dernière version du texte approuvée le 30 mars 2018 en première lecture par le Conseil des Ministres?

- Chaque hôpital doit faire partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional (RCL),
 - o A l'exception des hôpitaux :
 - Avec uniquement un service psychiatrique hospitalier (indice A, T ou K) associé à des services spécialisés de traitement et réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G)
 - Psychiatriques
 - o **Cet article entre en vigueur à la date fixée par le Roi et au plus tard au 1^{er} janvier 2020**
 - o Il y aura max 25 RCL pour l'ensemble du pays.

- Le médecin hospitalier pourra être engagé au niveau de l'hôpital individuel ou au niveau du réseau clinique locorégional, idem pour l'infirmier hospitalier, l'aide-soignant, le personnel soignant et le personnel de soutien.

- Sont également définis les concepts suivants :
 - o **Réseau hospitalier clinique locorégional** : une collaboration dotée de la personnalité juridique, durable et juridiquement formalisée, agrée par les autorités compétentes pour la politique en matière de soins de santé, entre au moins deux hôpitaux non

psychiatriques agréés distinctement au moment de la création du réseau hospitalier clinique locorégional, à l'exception des hôpitaux exclus dans le 1^{er} article (A, T, K, G et Sp), qui se trouvent dans une zone géographiquement continue et qui proposent des missions de soins locorégionales de manière rationnelle et complémentaire ;

- **Missions de soins** : les activités des hôpitaux liées à un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un appareillage médical lourd, un service médical, un service médicotechnique ou un programme de soins ;
 - **Missions de soins locorégionales** : missions de soins qui doivent être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional ;
 - **Missions de soins suprarégionales** : missions de soins qui ne peuvent pas être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional ;
 - **Point de référence** : l'hôpital qui propose une mission de soins suprarégionale.
- Concernant la zone géographique couverte par un RCL : elle doit être continue, toutefois, il peut y avoir chevauchement des réseaux pour Bruxelles, Anvers, Gand, Charleroi et Liège.
- Un AR viendra donner la liste des missions de soins locorégionales et suprarégionales.
- Lors de l'établissement de la liste, s'agissant des missions de soins locorégionales, il peut faire une distinction entre les missions de soins générales et les missions de soins spécialisées.
 - Il faut entendre par **missions de soins générales**²², les missions de soins locorégionales qui peuvent être proposées dans chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.
 - Il faut entendre par **missions de soins spécialisées**, les missions de soins locorégionales qui ne peuvent pas être proposées dans chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.
 - Lors de l'établissement de la liste, s'agissant des missions de soins suprarégionales, il peut déterminer les caractéristiques de base pour le fonctionnement en tant que point de référence.
- Chaque hôpital situé dans la zone géographiquement continue d'un réseau hospitalier clinique locorégional doit avoir la possibilité d'adhérer à ce réseau hospitalier clinique régional.
- Le réseau hospitalier clinique locorégional conclut, pour chaque mission de soins suprarégionale qu'il ne propose pas lui-même, une collaboration suprarégionale distincte, durable et juridiquement formalisée, avec minimum un et maximum trois points de référence. Toutefois, pendant les trois ans suivant le premier agrément du réseau hospitalier, un RCL peut conclure une collaboration avec maximum quatre points de référence par mission de soins suprarégionale.

²² Un hôpital universitaire est à la base un hôpital général qui en plus répond aux conditions pour être considéré comme universitaire donc quand on parle d'hôpital général on vise également les universitaires.

- Le réseau hospitalier clinique locorégional peut, pour chaque mission de soins suprarégionale qu'il propose lui-même, conclure une collaboration suprarégionale distincte, durable et juridiquement formalisée, avec maximum deux points de référence appartenant à un autre réseau hospitalier clinique locorégional. Toutefois, pendant les trois ans suivant le premier agrément du réseau hospitalier, un RCL peut conclure une collaboration avec maximum trois points de référence appartenant à un autre RCL.
- Dans le cadre de la collaboration juridiquement formalisée visée, des accords clairs en termes de continuité des soins sont conclus et les modalités d'adressage et de renvoi sont définies²³.
- Dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional dont fait partie l'hôpital, la responsabilité sur le plan opérationnel incombe au gestionnaire de l'hôpital pour les points qui suivent :
 - o l'harmonisation de l'offre médicale de l'hôpital avec celle des autres hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional ;
 - o la traduction et la mise en œuvre, au niveau de l'hôpital, des décisions stratégiques prises par le réseau hospitalier clinique locorégional, en particulier la politique d'adressage et de renvoi ;
 - o la garantie que pour les missions de soins suprarégionales, le patient sera adressé et renvoyé conformément aux accords conclus dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional mais tout en respectant le libre choix du patient ;
 - o si, pour une mission de soins suprarégionale, l'hôpital fonctionne en tant que point de référence, le gestionnaire conclut les accords nécessaires avec le réseau hospitalier clinique locorégional qui fera appel à cet hôpital pour cette mission de soins suprarégionale.
- Concernant la gestion d'un réseau hospitalier clinique locorégional :
 - o Le réseau hospitalier clinique locorégional dispose de sa propre gestion.
 - o Chaque hôpital général faisant partie du RCL dispose d'au moins un représentant dans les organes de gestion du RCL. Les représentants des hôpitaux doivent être membres d'un organe de gestion de l'hôpital qu'ils représentent. Par ailleurs, l'organe de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional doit comprendre au moins un administrateur indépendant. Au moins un tiers de ces membres dispose d'une expertise en matière de soins de santé. Au moins un membre de ce groupe est un médecin. Ce médecin n'est pas un médecin hospitalier dans l'un des hôpitaux du RCL concerné.

L'ABSyM a toujours travaillé en faveur d'une plus grande implication des médecins dans la gestion hospitalière et souhaitait donc que les médecins aient une place dans l'organe de gestion du RCL. Dès lors, l'ABSyM avait constaté à regret qu'une des moutures du texte avait supprimé la présence, alors à titre consultatif, d'un représentant du conseil médical (CM) dans le cadre de l'organe de gestion du RCL. Cette suppression illustrant la méfiance des hôpitaux envers le corps médical alors

²³ Par dérogation, le RCL pourra, dans certaines conditions, conclure une collaboration durable et juridiquement formalisée avec un hôpital ou une partie d'hôpital géré(e) par le Ministère de la Défense.

que l'ABSyM est simplement convaincue qu'une gouvernance transparente et intégrée permettra réellement la réussite des futurs réseaux. **L'ABSyM a donc insisté pour qu'il y ait de nouveau la présence assurée d'un médecin.** La dernière version de texte de mars 2018 nous donne satisfaction sur ce point.

- La gestion du réseau hospitalier clinique locorégional englobe les missions suivantes :
 - la prise des décisions stratégiques afin de déterminer quelles missions de soins spécialisées sont exploitées à tel ou tel endroit au sein du réseau hospitalier clinique régional clinique ;
 - la coordination de l'offre de missions de soins générales et spécialisées entre les hôpitaux du réseau clinique locorégional ;
 - la garantie de l'accessibilité de toutes les missions de soins locorégionales à tous les patients nécessitant les soins hospitaliers en question ;
 - le choix des points de référence pour les missions de soins suprarégionales en dehors du réseau hospitalier clinique régional, la définition des modalités d'adressage et de renvoi et la conclusion des accords de collaboration avec ces points de référence ;
 - la formulation d'une politique d'admission pour le réseau hospitalier clinique régional clinique, garantissant notamment que le patient recevra les soins adaptés à ses besoins ;
 - la conclusion d'accords visant à répartir les tâches et le travail, en ce compris les modalités d'adressage et de renvoi, pour les soins des patients au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, en vue d'assurer la continuité des soins au sein du réseau hospitalier clinique locorégional ;
 - l'assurance d'une harmonisation et d'une coordination avec d'autres acteurs de soins situés dans la zone géographique du réseau hospitalier clinique locorégional ;
 - la fixation d'accord par écrit sur la mise à disposition de moyens, notamment financiers nécessaires à l'exécution des missions du RCL ;
 - la concertation sur les matières soumises à discussion au niveau du réseau par les hôpitaux faisant partie du réseau.

La gestion du RCL prend ces décisions de gestion conformément aux dispositions du Titre IV de la loi sur les hôpitaux. Concernant « *la prise des décisions stratégiques afin de déterminer quelles missions de soins spécialisées sont exploitées à tel ou tel endroit au sein du réseau hospitalier clinique régional clinique* », ces décisions doivent être adoptées à la majorité des deux tiers des membres disposant du droit de vote de la gestion du RCL.

L'ensemble de ces décisions est contraignant pour les hôpitaux faisant partie du RCL.

- Le réseau hospitalier clinique locorégional dispose, pour la bonne marche de l'activité médicale au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, soit d'un **médecin en chef de réseau** désigné par la gestion du réseau hospitalier clinique régional, soit d'un collège de médecins en chef de réseau constitué de tous les médecins en chef des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional²⁴.
 - Cette désignation – qui se fait dans le respect des dispositions et procédures spécifiques du Titre IV de la loi sur les hôpitaux – a une durée indéterminée, sauf disposition contraire du règlement médical du réseau hospitalier clinique locorégional.

²⁴ La ministre a, dans sa note de départ, fait part de sa préférence pour la nomination d'une seule personne.

- Cette fonction est incompatible avec la présidence du conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional.
 - Il sera responsable de la cohérence de la politique médicale, en ce compris la continuité des soins et la politique d'admission.
 - En ce qui concerne les missions de soins, le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef de réseau assume notamment les responsabilités suivantes :
 - l'harmonisation des missions de soins, aussi bien locorégionales que suprarégionales, au sein du réseau hospitalier clinique locorégional ;
 - la conclusion des accords nécessaires en termes de continuité des soins avec les points de référence pour les missions de soins suprarégionales en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional.
 - Le médecin en chef de réseau hospitalier clinique régional ou le collège de médecins en chef de réseau hospitalier clinique régional dispose de la compétence pour donner des instructions aux médecins des hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional afin qu'ils puissent prendre les responsabilités reprises dans le paragraphe précédent, et plus généralement pour assurer la sécurité du patient au sein du réseau hospitalier clinique locorégional. Le médecin en chef de réseau hospitalier clinique régional ou le collège de médecins en chef de réseau hospitalier clinique régional exerce cette compétence en accord étroit avec la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional et avec le conseil médical du réseau.
 - Le Roi peut préciser les tâches minimales du médecin en chef de réseau ou du collège de médecins en chefs de réseau, ainsi que de la manière dont peut être exercé le droit à donner des instructions.
 - Les décisions prises par le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef de réseau en exécution de ses missions priment sur les décisions des médecins en chef des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional et y sont opposables.
 - Le médecin en chef de réseau ou le collège de médecins en chef de réseau est invité et peut participer avec voix consultative aux réunions de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional. Ce n'est cependant pas le cas pour les discussions qui portent sur des matières impliquant personnellement et directement le médecin en chef de réseau ou un membre du collège de médecins en chef de réseau.
- Le Conseil fédéral des établissements hospitaliers reçoit compétence pour émettre des avis sur tous les problèmes relatifs aux réseaux qui relèvent de la compétence fédérale.
 - Pour être agréé, chaque hôpital individuel ne devra plus avoir un comité d'éthique propre. Il faudra simplement qu'il puisse faire appel à un comité organisé par le RCL dont il fait partie. Idem pour la fonction de médiation.
 - Par ailleurs, le RCL pourrait tenir la comptabilité des hôpitaux individuels et/ou du RCL.
 - Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer un budget des moyens financiers distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional.

Les hôpitaux individuels gardent toutes les compétences qui ne sont pas explicitement données au réseau. Ils garderont leur personnalité juridique, leur numéro d'agrément, leur responsabilité financière, etc.

3. La réforme de la gouvernance hospitalière – Projet de loi portant réforme de la loi hospitalière en ce qui concerne le conseil médical du réseau

À la mi-décembre 2017, la Commission Paritaire Nationale Médecins-Hôpitaux (dans laquelle siège majoritairement des membres de l'ABSyM pour le banc des médecins), reçoit la demande d'avis de la ministre De Block sur son projet de texte concernant le conseil médical du RCL. Que retenir de la dernière version de ce texte approuvée le 30 mars 2018 en première lecture par le Conseil des Ministres ?

- Le conseil médical de chaque hôpital dispense à son gestionnaire un avis sur le transfert des matières concernant le statut du médecin hospitalier (Titre IV de la Loi hospitalière) au réseau hospitalier clinique locorégional dont l'hôpital fait partie.
 - Le gestionnaire est tenu de recueillir l'avis du conseil médical concernant chaque transfert.
 - La demande d'avis et l'avis sont formulés par écrit. Le résultat du vote sera joint à l'avis.
 - Le transfert ne peut avoir lieu que si le CM de chaque hôpital qui fait partie du réseau hospitalier clinique locorégional se **prononce positivement à une majorité simple en ce qui concerne ce transfert**. Les membres du CM qui ne peuvent assister à la réunion lors de laquelle une décision est prise sur l'avis dont question ici, sont tenus de donner mandat écrit à un autre membre du CM pour voter à leur place ou de transmettre leur voix au président du CM par support écrit ou électronique.

- Chaque RCL aura son CM dont la mission sera de représenter les médecins travaillant au sein du réseau.
 - Pendant 5 ans après que le réseau soit agréé, la représentation de ces médecins pourra passer par une délégation de médecins membres des CM de chaque hôpital du réseau. Chaque CM de chaque hôpital du RCL sera représenté par au moins un médecin hospitalier au sein de la délégation.
 - Ensuite, les membres du CM du RCL seront élus par et parmi les médecins hospitaliers travaillant au sein du réseau hospitalier clinique régional pour une période renouvelable de 3 ans. Des modalités spécifiques sont fixées préalablement aux élections afin de garantir à chaque hôpital du réseau d'y avoir au moins un représentant. Un AR pourra venir préciser les modalités relatives aux conditions de fonctionnement du CM du RCL.

- En ce qui concerne notamment toutes les compétences d'avis du CM (art 137, 1° à 15° et 17° de la Loi sur les hôpitaux), pour autant que ces matières se situent au niveau du réseau, le cas échéant après transfert comme envisagé ci-dessus, une décision est prise au sein du réseau clinique locorégional, **en concertation mutuelle entre la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional et le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional**.
 - Les décisions prises sont formulées par écrit.
 - Un membre ou un organe de gestion, mandaté par les statuts, et le président du CM du RCL signent la décision.
 - Si, dans les trois mois à partir de la première concertation, les deux parties ne trouvent aucun accord mutuel, le gestionnaire du réseau fait une proposition de solution et la soumet au conseil médical du réseau. Ce dernier a alors un mois

pour rendre un avis écrit et motivé à la **majorité des 2/3** sur cette proposition. Si le gestionnaire ne peut adhérer à l'avis, la procédure visée aux art. 139 et 140, §§ 1^{er}, 2 et 3 de la Loi sur les hôpitaux (c'est-à-dire **recours à un médiateur**) est suivie.

- Le CM du RCL rend un avis sur les matières visées à l'article 137, 16° et 18° pour autant que ces matières se situent au niveau du réseau. Il rend également un avis sur toutes les autres matières qui sont soumises par la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional.
 - L'avis est rendu dans le mois, sauf autre délai convenant entre CM et gestion. Si à l'expiration du délai, aucun avis n'a été rendu, le gestionnaire du réseau peut décider.
 - Les demandes d'avis et avis sont formulés par écrit.
 - Le résultat du vote est joint à l'avis. Avec un avis majoritaire, la minorité peut ajouter à l'avis, à sa demande, une note exposant sa position.
- Il peut également rendre d'initiative un avis concernant toutes les matières qui concernent l'exercice de la médecine dans le réseau hospitalier clinique locorégional.
- Lorsque le CM d'un hôpital rend un avis sur des matières transférées du niveau hospitalier au niveau du réseau, seul le CM du RCL est compétent.
- Un AR pourra préciser les données financières et statistiques auxquelles doit avoir accès les CM du réseau.
- Une réglementation générale commune aux hôpitaux du RCL peut être définie à l'initiative du gestionnaire du réseau.
- Les contrats individuels des médecins hospitaliers peuvent s'inscrire au niveau du RCL.
- Peuvent également avoir lieu au niveau du RCL plutôt qu'au niveau de l'hôpital individuel :
 - la rémunération des médecins hospitaliers ;
 - la perception centrale des honoraires des médecins hospitaliers ;
 - la garantie d'une admission sans suppléments d'honoraires, telle que visée à l'article 152, §3, et l'information du patient sur le respect des tarifs de l'accord par les médecins hospitaliers, telle que visée à l'article 153 ;
 - la décision sur l'affectation des honoraires perçus de façon centrale tel que visé à l'article 155 ;

43

L'ABSyM a accueilli plutôt favorablement ces propositions de modification car, pour la majorité des points de l'article 137²⁵ de la Loi sur les hôpitaux relatifs aux demandes d'avis du CM, il sera également, au niveau du réseau, décidé de commun accord entre la direction et le CM du RCL. Toutefois, l'ABSyM a demandé plus de précisions juridiques, particulièrement en ce qui concerne les transferts de compétence au niveau du réseau.

4. Pay for Quality (P4Q)

²⁵ L'ABSyM a joué un rôle majeur dans la proposition de réécriture de l'article 137.

a. Note conceptuelle de la ministre De Block

Dans une note conceptuelle sur le P4Q, la ministre De Block précise sa pensée au sujet du paiement à la performance :

- Le but est d'arriver à un instrument qui puisse servir de levier pour stimuler les hôpitaux à veiller en permanence à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des patients. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients font partie des missions de base de chaque hôpital. En soi, cela ne nécessite pas un financement supplémentaire. Toutefois, un incitant financier limité pourrait être utile comme stimulant. Cet incitant augmentera au fur et à mesure que le système sera développé.
- Les lignes directrices de la ministre sont les suivantes :
 - Le lancement du P4Q se fera progressivement : lancement avec un nombre limité d'indicateurs de qualité et introduction progressive d'un incitant financier.
 - On récompensera aussi bien l'amélioration que le fait d'avoir atteint un seuil minimal de qualité.
 - Le budget est limité et pourra dans un premier temps comprendre une ou plusieurs parties du BMF.
 - Sera d'application dans tous les hôpitaux (généralistes ou universitaires). Les hôpitaux psychiatriques/SP ne sont pas concernés.
 - L'ensemble des étapes seront communiquées bien à l'avance (indicateur utilisé, financement, montant, timing...)
- Méthodologie : après la sélection des indicateurs proposés par un groupe de travail expressément mis en place, les hôpitaux recevront leur score pour les indicateurs retenus afin de les sensibiliser à leur taux de qualité et à la qualité de leurs enregistrements/données. Ensuite, il y aura une concertation avec le secteur, notamment pour fixer les normes, le timing à suivre, etc. Après cette étape, les hôpitaux seront invités à publier volontairement leurs scores (choix et initiative de l'hôpital même). Dans la phase suivante, les scores seront publiés globalement (et de manière non anonymisées), et toujours sans financement. Ce n'est qu'après le lancement du rapportage public que le financement dépendra partiellement des scores (= P4Q). Le but est d'évoluer de la phase 1 à la phase 5 en deux ans de temps.

44

b. Mise en place du Groupe de travail et sélection des indicateurs

L'élaboration pratique du P4Q est confiée au SPF - Cellule qualité, sous la direction du Dr M. Haelterman. L'ABSyM est représentée à ce Groupe de travail par le Dr de Toeuf.

Ce Groupe de travail a donc comme principale mission de sélectionner une (première²⁶) série (limitée et suivante) d'indicateurs de performance réalisables (à l'aide d'une fiche standardisée par indicateur motivant le choix), avec le timing à suivre et les conditions à remplir afin que les hôpitaux sachent rapidement quels seront les premiers indicateurs sur lesquels sera basée au final la politique du P4Q.

²⁶ Ce groupe d'indicateurs peut être limité dans un premier temps, puis élargi et adapté dans le courant des années suivantes. En cas d'application dans le cadre du financement, leur 'pondération' peut changer dans le temps

Fin mars 2017, les travaux ont démarré. Tout au long de l'année, les différents experts se sont concertés afin d'aboutir à une note finale à soumettre à la ministre De Block. Cette note se penche sur l'ensemble des indicateurs 2018 et sur la méthode de calcul de la récompense financière. Au total, 80 points permettront de calculer un score P4Q. En 2018, la majeure partie des points à obtenir concernerait des indicateurs à l'échelle de l'hôpital (55/80)²⁷.

Tableau 1 : ensemble d'indicateurs P4Q 2018 et nombre de points à acquérir par domaine et par indicateur

Indicateurs à l'échelle de l'hôpital (55 points)		Indicateurs liés à des pathologies (25 points)	
Structure (35 points)	Processus/ résultat (20 points)	Processus (25 points)	Résultat 0 point en 2018 (20 points dans une phase ultérieure)
Statut d'accréditation ISQua qui est d'application à partir du 1 ^{er} janvier 2018. (25/80 points)		Indicateurs d'antibio-prophylaxie en cas d'interventions chirurgicales (10/80 points)	Indicateurs de mortalité
Participation à des enregistrements cliniques non obligatoires et favorisant la qualité, et/ou acquisition de certains labels de qualité (5/80 points)	Expériences de patients (20/80 points)	Indicateurs liés au cancer (du sein) (15/80 points)	
Implémentation d'un système de gestion de la sécurité du patient : % de notifications d'incidents codées de manière conforme (5/80 points)			

45

L'enveloppe budgétaire pour les hôpitaux aigus est de 6,8 millions d'euros à répartir entre 102 hôpitaux au prorata d'un montant fixe par lit hospitalier reconnu. Le système sera lancé le 1^{er} juillet 2018.

c. Position de l'ABSyM sur le projet P4Q

L'ABSyM a écrit à Mme Haelterman afin de lui signifier sa position. Si de façon générale, l'ABSyM est favorable à l'introduction d'un système de paiement pour la qualité, force est de constater que le résultat final privilégie les grands hôpitaux et hôpitaux universitaires, en particulier ceux qui ont déjà entrepris des démarches d'accréditation auprès de JCI ou NIAZ-Qmentum.

²⁷ Courant janvier 2018, la Commission Fédérale des Etablissements Hospitaliers rend un avis sur le programme P4Q de 2018. Le tout sera ensuite envoyé à la ministre pour décision. Les critères ici présentés sont donc susceptibles de changer d'ici à leur application concrète.

L'ABSyM aurait par ailleurs préféré que le système démarre en accordant un montant tenant compte exclusivement des points acquis, sans les pondérer par la taille de l'hôpital. Cela permettait ainsi à tous ceux qui étaient dans le système et ceux qui ne l'étaient pas, de démarrer avec un financement de base.

En outre, comme cela ressort de réactions envoyées par de nombreux médecins hospitaliers qui travaillent dans des institutions qui se sont engagées dans le processus de l'accréditation, il résulte de ce processus une quantité phénoménale d'heures de travail clinique perdues pour consacrer du temps à la participation à la mise en place des procès internes donnant espoir à obtenir l'accréditation. Ses heures de travail de clinique perdues représentent autant de perte de revenus du côté des médecins.

L'ABSyM tient également à souligner que la pression exercée sur les médecins hospitaliers est considérable. Il leur est demandé par les gestionnaires de consacrer énormément de temps non seulement à la participation au processus d'accréditation mais aussi de plancher sur tous les problèmes liés au réseautage hospitalier et au système des honoraires forfaitaires pour les soins à basse variabilité qui sera mis en place l'an prochain. Sans parler des contraintes annoncées pour se plier aux exigences de e-Santé en matière de prescriptions notamment. Cette énorme surcharge administrative est très mal ressentie, et nourrit de nombreuses craintes quant à leur futur professionnel, auprès de nombreux confrères et consœurs.

Quant à l'évolution du système dans le futur, nous voudrions faire peser à l'avenir plus de poids sur les indicateurs de résultat encore à trouver et définir que sur les indicateurs de processus ou de structure.

Chapitre IV. Formation des médecins

1. Rapport 2016 de la Commission de Planification

Il ressort du rapport de la Commission de Planification²⁸ (au sein de laquelle l'ABSyM est représentée par les Dr Moens, Herry, Masson et Moreau) qu'au 31/12/2016, la Belgique comptait 61 899 médecins autorisés à pratiquer leur profession sur le territoire du Royaume (dont 52 694 étaient domiciliés en Belgique).

La Commission conclut de ses analyses que²⁹ :

- Le déficit global cumulé en Communauté flamande se résorbe lentement. Il n'est plus que de 17 unités en 2016.
- Le surplus cumulé de médecins en Communauté française continue de croître. Il atteint 619 unités en 2016.
- Le déficit cumulé de médecins généralistes³⁰ s'atténue à partir de 2011, tant en Communauté flamande qu'en Communauté française. En 2016, en Communauté flamande,

²⁸ Source : STATAN 2016 - Statistiques annuelles des professionnels de santé au 31 décembre 2016.

²⁹À ce sujet, il est également intéressant de prendre connaissance du document « Scénarios de base de l'évolution de la force de travail « médecins » 2012-2037 », accessible sur le site du SPF Santé Publique.

le déficit cumulé reste négatif (-127), alors qu'en Communauté française, un excédent apparaît (+80).

- Les minima en psychiatrie infanto-juvénile sont presque atteints en 2016, dans les deux communautés.
- Les minima en médecine aiguë ne sont plus atteints depuis 2010 et le déficit continue de croître au fil des années.
- Les minima en médecine d'urgence sont largement dépassés. La force de travail dans les services d'urgence est donc davantage renforcée par les médecins spécialistes agréés en médecine d'urgence que par ceux agréés en médecine aiguë. Par ailleurs, un médecin ayant obtenu son agrément en médecine aiguë peut ensuite introduire un plan de stage de 3 ans supplémentaires afin d'obtenir l'agrément en médecine d'urgence. La question se pose alors de savoir si cela a encore un sens de maintenir une distinction entre ces 2 spécialités (médecine d'urgence vs. médecine aiguë) ?
- Les minima en gériatrie ne sont jamais atteints et le déficit continue de s'accroître en Communauté flamande alors qu'il se résorbe en Communauté française. Il est cependant nécessaire de rester prudent quant à l'interprétation à donner à ces chiffres. En effet, l'orientation vers la gériatrie peut se faire en cours de spécialisation, après les 3 années de tronc commun en médecine interne. Les chiffres présentés ici ne représentent donc qu'une partie du nombre de médecins d'une cohorte donnée qui seront, après la fin de leur plan de stage, agréés en gériatrie.

TABEAU 1 : ETAT DE LA SITUATION DU CONTINGEMENT DES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE

Année du diplôme	Communauté Flamande																	
	Réel (1)														Attendu (2)			
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (7)	2019	2020	2021
Nombre de diplômés	559	459	362	416	413	483	575	659	718	748	718 (3)	753 (4)	881 (5)	846 (6)	1527	930	819	819
Quota	445	445	445	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738	738

³⁰ Désormais, les 3 universités francophones – comme cela a été demandé par l'ABSyM - qui formaient habituellement chaque année 30% de médecins généralistes (MG) et 70% de spécialistes (SP) voient le taux de généralistes progresser jusqu'à 40%.

TABLEAU 2 : ETAT DE LA SITUATION DU CONTINGEMENT DES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Année du diplôme	Communauté française																		
	Réel (1)													Attendu (2)					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (7)	2019	2020	2021	
Nombre de diplômés	321	314	323	315	341	368	405	466	462	428	571 (3)	606 (4)	736 (5)	842 (6)	1854	838	898	514	
Quota	297	297	297	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492	492	

TABLEAU 15 : LA RÉALISATION DU CONTINGEMENT DES MÉDECINS POUR LA BELGIQUE: APERÇU GLOBAL

Belgique																					
	(1)	2008	2004-2008		2004-2009		2004-2010		2004-2011		2004-2012		2004-2013		2004-2014		2004-2015		2004-2016		
		N	Total cumulé	2009	Total cumulé	2010	Total cumulé	2011	Total cumulé	2012	Total cumulé	2013	Total cumulé	2014	Total cumulé	2015	Total cumulé	2016	Total cumulé		
Nombres maximums (art. 3)	N	757		757		757		757		890		975		1025		1230		1230			
	O	717		816		959		1044		1092		1109		1194		1281		1487			
	Δ	-40	-282 (2)	+59	-223	+202	-260 (4)	+287	27	+202	229	+134	363	+169	294 (5)	+51	345	+257	+602		
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	300		300		300		300		300		300		300		360		400		
		O	227		238		274		317		333		344		411		464		550		
		Δ	-73	-419 (3)	-62	-481	-26	-507	+17	-490	+33	-457	+44	-413	111	-302	+104	-198	+150	-48	
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	20		20		20		20		20		20		20		20		20		
		O	19		22		16		21		18		20		12		16		26		
		Δ	-1	-1	2	1	-4	-3	+1	-2	-2	-4	0	-4	-8	-12	-4	-16	+6	-10	
	Médecine aiguë	N	10		10		20		20		20		20		20		20		20		
		O	13		11		10		7		12		14		14		8		5		
		Δ	3	+3	1	+4	-10	-6	-13	-19	-8	-27	-6	-33	-6	-39	-12	-51	-15	-66	
	Médecine d'urgence	N	5		5		10		10		10		10		10		10		10		
		O	12		14		24		21		34		34		50		55		50		
		Δ	7	+7	9	+16	+14	+30	+11	+41	+24	65	+24	89	40	129	+45	+174	+40	+214	
Gériatrie	N					20		20		20		20		20		20		20			
	O					6		8		7		7		11		9		18			
	Δ					-14		-14		-12		-13		-39		-52		-9		-74	

(1) N= contingent normé; O= contingent observé (plans de stage introduits et approuvés); Δ (delta)= la différence (O-N)

(2) Le solde 2004-2007 était de (-242).

(3) Le solde 2004-2007 était de (-346).

(4) En 2010, on a appliqué la correction de (-239) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2004-2010.

(5) En 2014, on a appliqué la correction de (-238) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2011-2014.

TABLEAU 3 : COMMUNAUTÉ FLAMANDE : RÉALISATION OBSERVÉE ET PROJÉTÉE DU CONTINGEMENT

Communauté flamande															
		Réel										Attendu			
Année du diplôme		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de diplômés	D (1)	416	413	483	575	659	718	748	718	753	881	846	1527	930	819
Quota fixé	Q	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738
Ecart entre le nombre de diplômés et le quota	D-Q		-41	29	121	205	184	163	103	15	143	108	51	192	81
Nombre de plans de stage IN quotas	S		374	458	553	597	660	699	672	702	826	?	?	?	?
Nombre de diplômés n'ayant pas introduit de plan de stage IN quota	D-S		39	25	22	62	58	49	48	51	55	?	?	?	?
Réalisation annuelle des quotas	Ra = S-Q		-80	4	99	143	126	114	57	-36	+88	108	51	192	81
Réalisation annuelle des quotas Avancement du solde	Cumul de Ra	-239	-319	-315	(-216-153) = -369	-226	-100	14	(71-140) = -69	-105	-17	91	142	334	415

TABLEAU 4 : COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : RÉALISATION OBSERVÉE ET PROJÉTÉE DU CONTINGEMENT

Communauté française															
		Réel										Attendu			
Année du diplôme		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de diplômés	D (1)	315	341	368	405	466	462	428	571	606	736	842	1854	838	898
Quota fixé	Q	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492
Ecart entre le nombre de diplômés et le quota	D-Q		38	65	102	163	106	38	161	114	244	350	870	346	406
Nombre de plans de stage IN quotas	S		343	358	406	447	432	410	522	579	661	?	?	?	?
Nombre de diplômés n'ayant pas introduit de plan de stage IN quota	D-S		-2	10	-1	19	30	18	51	27	75	?	?	?	?
Réalisation annuelle des quotas	Ra = S-Q		40	55	103	144	76	20	112	87	169	350	870	346	406
Réalisation annuelle des quotas Avancement du solde	Cumul de Ra	-3	37	92	(195-86) = 109	253	329	349	(461-98) = 363	450	619	969	1839	2185	2591

49

2. Fixation des quotas 2023 – 2026

En 2017, la Commission de Planification a travaillé sur les quotas 2023 - 2026. Les quotas proposés par la Commission au premier semestre 2017 sont de 1445 droits d'exercer répartis comme suit : 607 places pour la Communauté française (soit 42%) et 838 places (soit 58%) pour la Communauté flamande³¹. Autrement dit, la Commission sort de la répartition habituelle de 40% - 60% et ce, au profit de la Communauté française.

Bien que cela ne soit plus de la compétence du fédéral, la Commission propose quand même d'accorder annuellement :

- Pour la médecine générale :
 - 266 (fr)

³¹ Cette répartition débouchera sur la publication le 10/08/2017 de l'AR du 31.07.2017 portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 30 août 2015) dont l'article 1 vient modifier l'article 3 de l'AR de 2008 afin de prévoir un quota global de 1445 places pour 2023 dont 838 côté flamand et 607 côté francophone.

- 362 (fl)
- Pour la médecine spécialisée :
 - 341 (fr)
 - 476 (fl)

La Commission de Planification a également fait des propositions pour la répartition des sous-quotas des spécialistes mais ce ne sont que des suggestions aux entités fédérées³². De même, pour les quotas généraux, la ministre peut, comme elle l'a déjà fait, ne pas suivre ces chiffres.

Pour apurer les surnombres de diplômés francophones³³ et le sous-nombre en Communauté flamande, la Commission propose :

- Chaque année à partir de 2023, le quota sera diminué de 17% en Fédération Wallonie-Bruxelles pendant 15 ans ;
- Et chaque année à partir de 2023, le quota sera augmenté de 8% pour les flamands pour apurer le solde négatif et ce, pendant 15 ans.

3. Cours universitaire francophone : entre concours, recours et examen d'entrée³⁴

i. Le système du concours maintenu en juin 2017

³² Au sujet de la répartition des sous-quotas, l'ABSyM a participé à différentes réunions au cabinet du Ministre Président de la Communauté française tout au long de l'année 2017. Les discussions se poursuivent en 2018. Du côté flamand, ces discussions n'ont été entamées que début 2018.

³³ En cours d'année, Maggie De Block annonce qu'un avant-projet de loi instaurant une base légale pour le lissage ainsi qu'un mécanisme de contrôle et de suivi des quotas pour les années suivantes a été lancé.

- Concernant le lissage, le surnombre accumulé sera déduit des futurs quotas et ce, pour la première fois en 2024. Ce lissage négatif devra se faire chaque année aussi longtemps que le surnombre restant le requerra. Concrètement, le nombre de numéros INAMI attribués en trop côté francophone sur la période 2004 - 2021 est estimé à 1531. Ces 1531 numéros qui devraient être rattrapés sur a priori une quinzaine d'années. Autrement dit, on récupérerait une centaine de numéros INAMI par an en réduisant le quota de la fédération Wallonie- Bruxelles en conséquence. Concrètement, à partir de 2024, le quota sera de 505 médecins ce qui représente 102 médecins en moins à partir de 2024 et pour chaque année qui suit pendant une quinzaine d'années.
- En outre, l'avant-projet de loi prévoit qu'à partir des quotas 2024, la Commission de Planification n'établira plus qu'un quota pour l'ensemble du pays. En effet, le texte prévoit de fixer les quotas par communauté à partir de 2024 selon une clé de répartition à définir par la Cour des comptes, sur la base du nombre d'habitants par communauté. En ce qui concerne la Région de Bruxelles-Capitale, ce chiffre sera fixé selon le nombre d'élèves de primaire et de secondaire issus de l'enseignement néerlandophone ou francophone dans la Région.
- Enfin, l'avant-projet prévoit un nouveau système de contrôle et de suivi, qui consiste à faire délivrer des attestations de contingentement par le SPF Santé publique afin de respecter les quotas. Les maîtres de stage ne pourront former que les candidats titulaires d'une telle attestation. Un candidat ne recevra son numéro INAMI que s'il dispose d'une attestation de contingentement ou d'une dispense.

Toutefois, dans un avis (non contraignant) rendu en juin 2017, le Conseil d'Etat s'en prend à l'avant-projet de loi. Il critique en particulier la ventilation par communauté et la clé de répartition des candidats médecins : « *pareil système [...] pourrait aboutir à un recul de l'offre médicale dans telle ou telle communauté par rapport aux besoins de ses habitants tels qu'ils auraient pourtant été évalués par la commission de planification* ». En effet, ce n'est que sur la base du nombre d'habitants par communauté que la clé de répartition des candidats par communauté se fait. Dès lors le Conseil d'Etat a de sérieux doutes sur l'adéquation du système envisagé avec l'objectif déclaré ce qui porte ainsi atteinte au principe de proportionnalité qui doit encadrer toute restriction à un droit fondamental, en l'espèce le droit à la protection de la santé et le droit à l'exercice de leur profession et le droit au respect de leur vie privée.

C'est dans ce contexte que différents partis politiques (DéFi, CdH, Ecolo et PS) décident d'introduire deux motions en conflit d'intérêts car ils estiment que les intérêts des Wallons et des Bruxellois sont en péril (une motion au niveau de la COCOF et une motion au niveau du Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles). Elles visent à suspendre pendant 60 jours la procédure d'adoption du projet de loi à la Chambre à des fins de concertation.

Si le MR a bloqué l'adoption par le parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) d'une motion en conflit d'intérêts, le parti libéral n'a pas la majorité au parlement de la COCOF et donc là, la motion est adoptée fin octobre 2017.

Toutefois, fin janvier 2018, les partis à l'initiative de la motion de conflit d'intérêts constatent l'échec de leur démarche.

³⁴ Début octobre 2017, la Flandre annonce qu'elle organisera dès 2018 deux examens séparés : un pour les médecins et un pour les dentistes. Les épreuves auront lieu en juillet 2018.

Comme nous vous l'expliquions dans le rapport d'activité de 2016, le concours de fin de 1^{er} bachelier organisé en juin 2017 (pour ceux de l'année académique 2016-2017) a été maintenu alors qu'après différents recours intentés en 2016, le ministre Marcourt avait finalement annoncé que ceux qui avaient réussi les examens de 1^{re} année lors de l'année académique 2015 - 2016 mais ne s'étaient pas classés en ordre utile lors du concours de juin 2016 pouvaient quand même s'inscrire en 2^e année. Autrement dit, bien que le concours ait été invalidé en 2016, il fut maintenu en 2017.

Dès lors, en 2017, plutôt que d'attaquer l'épreuve après sa tenue, les organisations étudiantes cherchent à le faire invalider avant son organisation. En juin, la Fédération des étudiants francophones, le Comité interuniversitaire des étudiants en médecine et les fédérations étudiantes des universités UCL, ULB, ULg et UNamur prennent un avocat pour essayer de le faire également annuler, d'autant plus qu'on attend toujours la publication des quotas 2022³⁵. Les étudiants ont cependant été déboutés et le concours a donc bien eu lieu en juin 2017.

Non contentes de ces décisions, début juillet 2017, après l'annonce des résultats du concours, les mêmes organisations estudiantines ont décidé d'introduire un recours au Conseil d'Etat. Leur argument repose sur l'invalidité des quotas fédéraux 2022 qui n'ont pas été adoptés dans les délais fixés par la loi. En outre, ils ne correspondent toujours pas aux besoins de la population de la Fédération Wallonie-Bruxelles. À nouveau, ils sont déboutés. Le Conseil d'Etat estime en effet que les étudiants "reçus collés" (c'est-à-dire ceux ayant réussi les 45 crédits nécessaires pour valider leur année mais n'étant pas suffisamment bien classés à l'issue du concours) disposent d'une deuxième chance de poursuivre leur cursus, "en réussissant l'examen d'entrée qui sera organisé le 8 septembre prochain, auquel ils sont (...) réputés inscrits". Ils pourraient alors valoriser, en deuxième année, les crédits déjà acquis (cf. ci-dessous).

51

ii. Mise en place de l'examen d'entrée pour septembre 2017

1. Le Système

Le 14.04.2017 a été publié le Décret du 29.03.2017 relatif aux études de médecine et dentisterie. À partir de l'année académique 2017 – 2018, il y aura un examen d'entrée.

- Pour cette première année, il n'aura lieu qu'une fois (le 08.09.2017 au Heysel) de façon centralisée. On peut s'inscrire à l'examen par informatique jusqu'au 1^{er} août 2017. Par la suite, pour les années suivantes, cet examen pourra être organisé dans chaque université et on pourra avoir deux dates (1^{re} quinzaine de juillet et entre le 15/8 et 15/9).
- Il faut payer 30 euros pour s'inscrire. Cette somme sera remboursée à l'étudiant après participation effective à l'épreuve.
- Les questions seront divisées en 2 parties³⁶ : connaissances et compréhension des matières scientifiques (chimie, biologie, physique et mathématiques) & communication et analyse

³⁵ Quotas 2023 = ceux qui commencent leurs études en 2017 avec examen d'entrée en septembre 2017.

Quotas 2022 = ceux qui sont entrés en septembre 2016 avec un concours en juin 2017.

Quotas 2021 = ceux qui sont entrés en septembre 2015 avec le 1^{er} concours en juin 2016.

³⁶ Le 17.05.2017, est publié l'arrêté du gouvernement de la Communauté française du 19.04.2017 arrêtant le programme détaillé de l'examen d'entrée et d'accès aux études de premier cycle en sciences médicales et/ou aux études de premier cycle en sciences dentaires.

critique de l'information" (raisonnement, analyse, critique, capacité à communiquer, capacité de percevoir la dimension éthique des décisions à prendre...).

- Il faut une moyenne d'au moins 10/20 pour chaque partie et au moins 8/20 pour chaque matière de la partie.
- Quand on a l'attestation de réussite, cela ne vaut que pour l'année académique qui suit.
- Les participants à l'examen seront informés de leurs résultats après délibérations du jury, pour le 18 septembre au plus tard. Les cours dans les facultés de médecine francophones reprennent en effet à cette date.

Fin avril 2017, la ministre De Block annonce qu'elle garantit un numéro INAMI à tous les lauréats de la promotion 2017 ainsi qu'aux étudiants qui seront diplômés en 2018, 2019 et 2020 s'il s'avère que cet examen est bel et bien efficace³⁷.

Bien qu'environ 4000 personnes étaient inscrites pour passer l'examen, ils sont 3471 à réellement passer l'examen. Le taux de participation est donc de 85%. Parmi les examinés, 2/3 étaient des femmes et 17% des non-résidents.

Outre les jeunes entamant leurs études, deux autres catégories d'étudiants ont été inscrits automatiquement à l'examen d'entrée :

- Les étudiants qui avaient réussi les 45 crédits nécessaires pour valider leur 1^{re} année de bachelier (pour l'année scolaire 2016 - 2017) mais qui n'avaient pas réussi à se classer en ordre utile à l'issue du concours organisé en fin d'année³⁸. S'ils réussissaient l'examen d'entrée, ils pouvaient accéder à la 2^e année de bachelier.
- Les étudiants en première bachelier, qui se sont classés en ordre utile lors du concours organisé en juin 2017 mais qui n'ont pas encore validé le nombre de crédits nécessaires pour passer en 2^e (c'est-à-dire qui n'ont pas réussi les 45 crédits minimums de première année). S'ils réussissent leurs examens en seconde session et obtiennent ainsi leur attestation de réussite, ils seront désinscrits. Cela concernerait une centaine de candidats.

Fin septembre 2017, l'ARES, qui organise le concours, se rend compte qu'il y a eu une erreur dans les premiers résultats donnés et annonce que 55 étudiants supplémentaires ont réussi l'examen d'entrée. Le taux de réussite devient donc un tout petit peu plus élevé que 20%. Sur un peu moins de 3500 évalués, 696 ont réussi, dont 647 pour la médecine. Sur ce chiffre, 82 avaient réussi leur première et passent donc en 2^e, ce qui fait qu'il ne reste que 565 inscrits en 1^{re} année de médecine alors que le quota prévu pour 2023 en suppose 607.

2. Position et recours des différents protagonistes

L'ABSyM a bien entendu toujours été contre le système précédent du concours en fin de 1^{re} année et demandeuse d'un concours d'entrée avec un maintien de la planification.

Après l'examen, nombreux sont ceux qui dénoncent la complexité des questions. L'ARES, organisatrice de l'examen précise que ce sont des professeurs d'universités émérites ou actifs, deux par faculté et dont les noms figurent au MB, qui ont fait les questions.

³⁷ Cf. supra, l'AR du 12.09.2008 relatif à la planification est adapté en ce sens.

³⁸ Art 13 du décret de la Communauté française du 29 mars 2017

Pendant l'été, des étudiants et des rhétoriciens contestent cependant l'organisation de l'examen d'entrée devant la Cour constitutionnelle et plaident pour son annulation.

Les associations étudiantes elles-mêmes soutiennent l'examen d'entrée en médecine. Ainsi, le Comité interuniversitaire des étudiants en médecine (CIUM) précise que cet examen permettra aux étudiants actuels d'obtenir un numéro INAMI. La Fédération des étudiants de l'ULG (Fédé) demande aux étudiants et aux rhétoriciens d'annuler leur recours contre l'épreuve car, sans cet examen, la ministre menaçait de ne plus délivrer d'attestation INAMI aux nouveaux médecins francophones. Le CIUM annonce alors son idée de faire gratuitement des séances de préparation à l'examen.

Malgré cela, fin août, 4 étudiants en médecine ont intenté un recours en extrême urgence auprès de la Cour constitutionnelle afin d'obtenir la suspension et l'annulation du décret de la Communauté française instituant un examen d'entrée et d'accès aux études en médecine et dentisterie (principalement l'article 13). Parmi eux :

- Trois des requérants sont des étudiants allégés, c'est-à-dire qu'ils ont étalé les 60 crédits des cours du premier bachelier sur deux années académiques. Ils n'avaient pas pu passer le concours de fin de 1^{re} car ils n'avaient pas validé les 60 crédits de la première année.
- La quatrième requérante a, quant à elle, validé l'ensemble des crédits de la 1^{re} année mais ne s'est pas suffisamment bien classée à l'issue du concours organisé en juin dernier.

Réussir l'examen d'entrée constitue leur dernière chance de poursuivre leurs études.

En septembre 2017, la Cour constitutionnelle suspend l'article 13 du décret de la Communauté française du 29 mars 2017 relatif aux études de sciences médicales et dentaires, mais uniquement en ce qu'il empêche les étudiants inscrits aux études de premier cycle en sciences médicales et dentaires avant l'entrée en vigueur de ce décret, qui ont suivi un programme allégé et qui ont réussi les cours prévus par leur convention d'allègement, de terminer l'acquisition des 60 premiers crédits du programme d'études de premier cycle avant de réussir l'examen d'entrée et d'accès. La Cour rejette la demande de suspension pour le surplus. Fin novembre 2017, la Cour constitutionnelle annule finalement l'article 13 sans toucher cependant au principe même de cette épreuve de sélection des étudiants. Autrement dit, la Cour a confirmé que ces étudiants en situation d'allègement pourront continuer leur 2^e année avant de réussir l'examen d'entrée. Pour pouvoir bénéficier de cette dérogation, les étudiants devaient s'être inscrits en 1^{re} année de médecine avant l'instauration du décret sur l'examen d'entrée (mars 2017) et avoir réussi les cours prévus par leur convention d'allègement³⁹.

Une fois l'examen d'entrée passé, plusieurs dizaines d'étudiants introduisent également des recours contre l'examen d'entrée.

Alors que certains de ces recours sont rejetés, on retiendra la décision du Conseil d'Etat de suspendre en extrême urgence les décisions de ne pas classer en ordre utile 7 étudiants en médecine ayant présenté le concours organisé en fin de 1^{er} bachelier en juin dernier. Le Conseil d'Etat estime qu'à défaut d'avoir fixé un contingentement fédéral pour 2022, le quota de la Fédération Wallonie Bruxelles présentait des doutes sérieux quant à sa constitutionnalité. Les étudiants concernés sont dès lors autorisés à s'inscrire provisoirement en 2^e année. Deux questions préjudicielles sont posées à la Cour constitutionnelle pour vérifier la constitutionnalité de la limitation du nombre d'attestation de réussite délivrées en fin de première année de médecine.

Finalement, en novembre 2017, le ministre Marcourt, **autorise tous les « reçus-collés » de médecine et dentisterie à s'inscrire en 2^e année**. On compte 209 jeunes dans cette situation : 186 médecins et

³⁹ Mais depuis le moment de la suspension de l'article, 2 d'entre eux auraient apparemment arrêté leurs études.

23 dentistes. Un décret doit sortir⁴⁰ afin de régulariser la situation des étudiants inscrits durant l'année académique 2016 - 2017 aux études de médecins qui ont réussi 45 crédits au moins mais n'ont pas réussi ni le concours de juin 2017 ni l'examen d'entrée de septembre 2017. Le texte vise donc à autoriser ces étudiants à accéder à la suite du programme.

Par ailleurs, fin octobre, un décret⁴¹ permet aux étudiants recalés lors de l'examen d'entrée en médecine début septembre, s'ils le souhaitent, de se réorienter vers les sciences vétérinaires, même s'ils n'ont pas présenté le test d'évaluation préalable désormais obligatoire pour ces études. En effet, les futurs vétérinaires doivent passer un examen d'entrée appelé le TOSS (test d'orientation aux soins de santé) qui a lieu pendant l'été. Vu le moment de son organisation, ceux qui ont préparé l'examen d'entrée en médecine n'ont pas passé le TOSS. Le décret prévoit une exception pour eux : ils peuvent entrer en médecine vétérinaire sans passer le TOSS. Selon le ministre Marcourt, cela ne représenterait qu'une cinquantaine d'étudiants.

On notera également que mi-décembre 2017, le Tribunal de Première Instance de Bruxelles autorise une dizaine d'étudiants à poursuivre leur 1^{re} année en médecine bien qu'ils aient échoué à l'examen d'entrée organisé en septembre 2017. Ces étudiants avaient validé entre 30 et 44 crédits mais ne pouvaient jusqu'alors continuer leur cursus car ils n'avaient pas réussi leur convention d'allègement (qui permet d'étaler le 1^{er} bachelier sur deux ans) ou n'en avaient pas conclu. Le CIUM demande ensuite au ministre Marcourt que cette décision soit étendue à tous les étudiants dans la même situation. Fin janvier 2018, on apprend que le ministre Marcourt n'entend pas permettre à l'ensemble des étudiants de 1^{er} bachelier de médecine ayant réussi l'an dernier entre 30 et 44 crédits mais raté l'examen d'entrée en septembre de poursuivre leur formation.

La situation du côté francophone devient aussi complexe que ridicule.

54

4. Livre vert sur le financement et la programmation de stages pour les médecins. Double cohorte 2018 – 2024

i. Présentation de la note

Pour faire face à la double cohorte de médecins de 2018⁴² (sortie des dernières formations en 7 ans et des premières formations en 6 ans), la ministre De Block n'a pas vraiment fait grand-chose⁴³. Ce qui a été dénoncé à de nombreuses reprises par l'ABSyM.

⁴⁰ Le 18.01.2018 est publié un décret du 20.12.2017 modifiant le décret du 29 mars 2017 relatif aux études de sciences médicales et dentaires en y insérant trois nouveaux articles entrant en vigueur pour l'année académique 2017 - 2018 qui prévoient :

- Les étudiants inscrits durant l'année académique 2016 - 2017 ayant acquis au moins 45 crédits des 60 premiers crédits du programme d'études de premier cycle peuvent passer en 2^e
- Les étudiants ayant réussi un programme d'allègement en 2016-2017 en sciences médicales et dentaires qui, à l'issue de l'année académique 2017-2018 établissent avoir acquis 45 crédits des 60 premiers crédits du programme d'études de premier cycle peuvent passer en 2^e.
- Pour l'année académique 2017-2018, les étudiants inscrits en sciences médicales et dentaires durant l'année académique 2016 - 2017 qui ont acquis au moins 45 crédits des 60 premiers crédits du programme d'études de premier cycle et qui s'inscrivent au-delà de la date limite des inscriptions en sciences médicales et dentaires durant l'année académique 2017 - 2018 sont réputés inscrits dans ces études depuis le 14 septembre 2017.

⁴¹ Décret de la Communauté française du 19.10.2017 publié le 03.11.2017, relatif à la situation particulière des étudiants ayant présenté l'examen d'entrée et d'accès aux études de premier cycle en sciences médicales et dentaires et qui souhaitent s'inscrire pour l'année académique 2017 - 2018 aux études de sciences vétérinaires.

⁴² Sur base de l'AR du 12.06.2008 relatif au contingentement, en 2018, année de double cohorte :

- La Communauté flamande peut diplômer maximum 1476 médecins avec minimum 480 MG, 24 psychiatres infanto juvéniles, 24 médecins spécialistes en médecine aiguës, 12 en médecine d'urgence et 24 en gériatrie. Pour 2019 et 2020, on revient à la moitié de ces quotas.

Il a fallu attendre le dernier trimestre 2017 pour prendre connaissance de sa position sur la question reprise dans son « *Livre vert sur le financement et la programmation des stages pour médecins. Double cohorte 2018 – 2024. Vers une solution intégrée pour la capacité de stage, le financement du stage et le contrôle de la qualité* ». Qu'en retenir ?

Les constats de départ sont les suivants :

- La double cohorte signifie que la capacité de stage doit être augmentée de 15 à 20%⁴⁴. L'impact de cette augmentation dans le temps dépend de la durée de formation prévue. Cela doit passer notamment par une revalorisation (entre autres financière) des conditions du maître de stage.
- Il n'existe en Belgique aucun modèle de financement transparent et uniforme pour les stages de médecins. Il y a plusieurs systèmes, selon qu'il s'agit de médecins généralistes ou de spécialistes.
- Une autre question majeure qui se pose est celle de l'évaluation préalable et continue de la qualité des lieux de stage et des maîtres de stage.
 - o L'idée du « maître » est progressivement abandonnée et, dans la réglementation, il sera davantage question d'« équipes de stage », qui proposent au médecin un large encadrement durant sa formation professionnelle.
 - o À l'heure actuelle, ce contrôle de la qualité est réalisé lors de la demande d'agrément ou de prolongation de l'agrément. Le gouvernement souhaite mettre en place une nouvelle politique qui prévoit une gestion de la qualité, la mise en place d'indicateurs, le « peer review » et la formation de maîtres de stage.
- Enfin, un Groupe de travail spécial a été constitué au sein de la Conférence interministérielle Santé publique afin de se pencher sur la programmation des services de stage, la « politique d'accompagnement », la « double cohorte » et les spécialités médicales où le nombre de médecins formés et en formation n'est pas proportionnel à la demande de soins et aux besoins des structures.

55

Concepts

1. Assouplissement des modalités de stage :

-
- La Communauté française peut diplômer maximum 984 médecins avec minimum 320 MG, 16 psychiatres infanto-juvéniles, 16 médecins spécialistes en médecine aigüe, 8 en médecine d'urgence et 16 en gériatrie. Pour 2019 et 2020, on revient à la moitié de ces quotas.

⁴³ Fin octobre 2017, l'ABSyM soutient les étudiants qui manifestent contre ce problème et dénonce le fait que la ministre De Block n'a pas voulu libérer les 30 millions d'euros nécessaires pour financer des places de stage supplémentaires.

⁴⁴ À noter que si on parlait de 1500 places de stage manquantes, ce chiffre a été revu à la baisse de nombreuses fois. Tant et si bien que fin 2017, on parle même d'un excédent de 120 places possibles en MG et un manque de 850 dans les hôpitaux pour les spécialistes. Tout en sachant que cela ne tient pas compte des spécialités hors INAMI (qui pourraient ramener le déficit à 800) ni même de l'engouement plus poussé pour la MG (choix désormais de 40% des médecins contre 30% avant) donc cela pourrait finalement n'aboutir qu'à 250 places de stage trop peu en octobre 2018.

- a. Pour les spécialistes⁴⁵ :
- i. **Passage de 6 mois à 1 an de la durée du stage dans le cadre d'un service non-agréé** comme service de stage, dans le but d'acquérir certaines compétences spécifiques afférentes à un sous-domaine limité de la spécialité qui ne peuvent être acquises dans un service de stage agréé.
 - ii. **Interruption de stage** : il sera désormais possible d'interrompre son stage pour le reprendre après. Toutefois, la durée totale sera la même. La durée d'interruption sera donc ajoutée à la suite. Le maître de stage déterminera la durée d'interruption possible.
 - iii. **Stage à temps partiel** : moyennant l'accord du maître de stage et l'autorisation de la commission d'agrément, la possibilité sera donnée de faire un stage à temps partiel (pour des raisons autres que médicales) de façon limitée mais cela prolongera la durée du stage proportionnellement et il faudra au moins prester un stage à 50%.

Avant même la publication officielle de la note, les textes normatifs étaient déjà modifiés en ce sens. Ainsi, l'arrêté ministériel du 06.10.2017 modifiant l'AM du 23.04.2014 fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage est publié le 31.10.2017 afin de permettre le stage des SP à temps partiel (modification de l'article 4) et faire passer la durée de stage dans un hôpital non agréé à 1 an (modification de l'article 12).

b. Pour les MG

i. **Valorisation du stage hospitalier** : Comme prévu par l'article 2 de l'AM du 01.03.2010 fixant les critères d'agrément des MG, la formation en MG est de 3 ans. La ministre souhaite une valorisation du stage en hôpital en faisant appel à la clause d'exception de l'article 28, 2 §2 de la Directive européenne 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Ainsi, elle veut prévoir qu'à titre exceptionnel le stage en hôpital qu'ils accomplissent durant la formation de base de médecin (en 6^e année) pourrait être pris en compte pour la valorisation du stage hospitalier dont il est question dans la formation spécifique en MG⁴⁶.

56

⁴⁵ On notera également la volonté de mieux encadrer les « fellows », c'est-à-dire ceux qui ont un diplôme de médecin, sont SP ou MG soit SP en formation, souhaitent apprendre une technique en particulier, sont recommandés par une université en dehors de l'UE/EEE. Ils ne peuvent être formés que dans un service universitaire agréé comme service de stage et la durée de stage est limitée à 2 ans (peut, moyennant condition, être prolongée d'un an). Dans leur cas, aucun visa n'est délivré et ils ne sont pas enregistrés à l'Ordre des médecins. Toutefois, un AR définit dans quelle spécialité des actes peuvent être accomplis et au sein de quel service, avec mention du chef de service responsable. Le fellow ne peut en aucun cas exercer la médecine sous sa propre responsabilité. Cette formation dite spéciale ne peut pas en principe donner lieu à un agrément de Médecin SP en Belgique (mais dans les faits cela est peu vérifié). Et les actes ou prestations ne peuvent en principe pas donner lieu à l'utilisation de la nomenclature (or, dans la pratique, les chefs de service tarifient les prestations effectuées par le fellow). Cela pose plusieurs problèmes : au niveau place de stage (la pratique montre qu'ils sont engagés en plus du nombre de places de stage attribuées par lieu de stage) ; au niveau qualité (du fait de ce trop-plein de stagiaires) ; au niveau du cadre dans lequel les fellows sont employés (on n'est pas vraiment sûr qu'ils font uniquement ce qu'ils peuvent faire) ; au niveau de l'interdiction de devenir SP en Belgique (on se rend compte que certains le font et le système n'est pas sans faille) ; au niveau de l'absence de sanction possible (puisque'il ne sont pas inscrits à l'Ordre et n'ont pas de Visa) ; au niveau droit des patients (comme ils ne sont pas agréés, il ne sont pas soumis à la législation sur les droits des patients ni la déontologie). L'ABSyM est favorable à une limitation et à un meilleur respect de la législation des fellows, dans le futur, du nombre de places pour les médecins étrangers.

⁴⁶ Dans son avis du 23.02.2017, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et médecins généralistes recommande d'instaurer, comme prévu, la formation professionnelle en trois ans. Le Conseil ajoute que la formation professionnelle en trois ans doit être financée selon les mêmes modalités que la formation professionnelle en deux ans par le passé. Le Conseil supérieur recommande également que le principe de l'exigence de 6 mois de stages hospitaliers au cours des 3 ans de formation professionnelle soit mis en avant comme prévu dans la réglementation. La possibilité d'une exception dans les critères d'agrément peut être judicieuse (dans l'intérêt du MGF) en cas de stricte nécessité dans l'hypothèse où, dans le contexte de la double cohorte, un candidat médecin généraliste ne trouverait pas de poste de stage dans un hôpital. Il faut éviter une interruption du trajet de formation et un report de l'agrément. À cette mesure d'exception à définir avec une extrême rigueur sur le plan juridique, le Conseil supérieur pose toutefois les conditions préalables suivantes : 1. la réglementation européenne doit l'autoriser et la mobilité de la future génération de médecins généralistes ne doit d'aucune façon s'en trouver entravée ; 2. cette stricte mesure d'exception ne doit pas devenir la règle générale. Un suivi rigoureux de l'application de cette mesure d'exception est dès lors à recommander et peut éventuellement constituer un motif pour une adaptation souhaitable de la réglementation.

Cette possibilité ne vaudra que pour les candidats-médecins généralistes titulaires d'une attestation universitaire pour les années 2018 à 2024 incluse. Cette valorisation sera uniquement possible pour autant que ce stage portait sur les aspects du travail clinique pertinents du point de vue de la médecine générale et ait été effectué dans un hôpital agréé disposant de l'équipement nécessaire et des services propres à la médecine générale.

ii. **Possibilité de stages à temps partiel**, pour autant qu'un taux d'activité minimum de 50 % soit atteint et ce qui implique bien évidemment une prolongation proportionnelle de la durée de formation.

iii. Les médecins généralistes peuvent également faire **valoriser la recherche relative à la médecine générale dans le cadre d'un stage scientifique**. Ce stage scientifique aura une durée maximale de douze mois et pourra être considéré à concurrence de 50 % comme stage professionnel.

Avant même la publication de la note, la ministre publie l'AM du 6.10.2017 modifiant l'AM du 01.03.2010 fixant les critères d'agrément des MG. Cette modification insère la possibilité de valorisation du stage hospitalier (art 2/1) ; la possibilité de stage à temps partiel (art 9) ; la possibilité de valorisation du stage scientifique (art 13, §3).

2. Financement⁴⁷ :

La ministre souhaite garder le système actuel des médecins généralistes (par la asbl CCFMGM, centre de coordination francophone pour la formation des médecins généralistes, du côté francophone, et par la asbl SUI, du côté flamand) mais elle cherche à créer un autre système pour les spécialistes, sur proposition de l'ABSyM et des médecins spécialistes en formation.

Ainsi, il est proposé de mettre sur pied une structure interadministrative avec le Service public fédéral Santé publique et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Les moyens financiers déjà disponibles (partie B7A du BMF pour les maîtres de stage des hôpitaux universitaires et leurs stagiaires, les honoraires d'assistance, et les 10 millions d'euros budgétés pour maîtres de stage dans les hôpitaux non universitaires) doivent être complétés par des moyens de l'INAMI.

⁴⁷ Le projet qui prévoit une rétribution forfaitaire par maître de stage non universitaire a été approuvé par la Médico-mut et le Comité de l'assurance (fin juillet 2017). L'ABSyM a toujours été fervente partisane de cette mesure qui met fin à la situation selon laquelle aucune compensation n'est prévue pour la formation des médecins-spécialistes dans les hôpitaux non universitaires. Grâce à l'ABSyM, la mesure en question est effectivement reprise dans l'Accord national médico-mutualiste 2016-2017, au point 4.2.10. Nous attendons maintenant la publication du texte au Moniteur belge. La date de sa publication n'a pas encore été communiquée mais l'AR entrera en vigueur avec effet rétroactif et ce à partir de 2016. Les hôpitaux universitaires perçoivent depuis des années une contribution à destination des maîtres de stage qui y sont actifs pour la formation des assistants. Dorénavant, le même type de rémunération sera perçue par les maîtres de stage actifs dans les hôpitaux non universitaires, celle-ci sera payée au maître de stage qui en fait la demande. Une rétribution forfaitaire d'un montant de 1 510,57 euros par maître de stage sera allouée pour les années 2016 et 2017 et ce, par mois calendrier complet d'accompagnement effectif, quel que soit le nombre de candidats spécialistes en formation dans le service. Au vu du budget très limité à disposition, on a opté pour un paiement par maître de stage et non par stagiaire. De cette manière, les spécialités en pénurie, comme on les appelle (par ex. la gériatrie, la pédopsychiatrie, la psychiatrie, la rhumatologie, etc.) sont encouragées à attirer et à former un premier assistant, voire des assistants supplémentaires. À un stade ultérieur, cette rétribution sera majorée d'un montant par MSF et par mois et ce, en fonction des moyens à disposition. Dans les 90 jours suivant la publication de cet arrêté au Moniteur belge, le maître de stage peut introduire une demande de rétribution pour l'année 2016. La demande pour l'année 2017 pourra en principe être introduite avant le 31 mai 2018, à moins que l'AR ne soit pas publié à temps. Le cas échéant, la demande pourra également être introduite dans les 90 jours suivant la publication de cet arrêté. Au 13.05.2018, le texte n'était toujours pas publié.

Le financement des médecins en formation sera divisé : d'une part un système de bons (« vouchers ») par lequel le Fonds pourvoira à la « partie pédagogique » du stage et, d'autre part, par les maîtres de stage, entre autres via les honoraires qui seront générés par le maître de stage ou les médecins du service de stage. Le financement restera donc hybride. La fourchette indicative pour la valeur d'un bon pour une année de formation est de 10 000 à 15 000 €. Les bons ou « vouchers » seront attribués au médecin en formation, lequel les remettra au maître de stage qui les encaissera.

ii. Réaction de l'ABSyM

L'ABSyM, le Vlaamse Geneeskundig Studenten Overleg (VGSO) et la VASO-AMSF (Nationale Vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding - Association nationale des Médecins Spécialistes en Formation) font savoir par communiqué de presse du 09.11.2017 qu'ils sont sur la même longueur d'ondes en ce qui concerne leur appréciation du livre vert.

Les 3 organisations constatent qu'il s'agit certes d'un pas en avant mais que divers éclaircissements sont nécessaires. Surtout, elles souhaitent prendre part aux futures discussions visant à continuer à élaborer ce Livre vert. Par ailleurs, elles s'étonnent que certaines propositions du Livre vert aient été hâtivement transposées en arrêtés ministériels (Moniteur du 31/10/2017).

- Concernant la possibilité de stage à temps partiel : puisque cela implique une prolongation proportionnelle du stage, cela pourra impliquer, au maximum, un doublement de la durée de la formation et donc cela impactera négativement la pension. Les 3 organisations souhaitent donc plus d'informations sur le sujet. Il faudrait à tout le moins que la possibilité de suivre une formation à temps partiel ne soit possible que pendant un nombre limité d'années.
- Valorisation du stage hospitalier : il est inacceptable que les six mois de stage hospitalier que les candidats médecins généralistes ont suivi au cours de leur formation de base en tant qu'étudiants, puissent être pris en compte pour la valorisation du stage hospitalier, dans le cadre de leur formation spécifique en médecine générale. Les 3 organisations insistent également pour qu'un financement pour la 3^e année soit prévu. Des garanties sont indispensables pour éviter la concurrence entre médecins généralistes en formation (MGF) et médecins spécialistes en formation (MSF) lors de la recherche d'une place de stage.
- Structure interadministrative: l'ABSyM, le VGSO et l'VASO-AMSF réagissent positivement à la « structure interadministrative » (avec le SPF Santé publique et l'INAMI) pour la gestion du financement des stages pour les MSF. L'ABSyM a toujours plaidé en faveur d'une telle structure indépendante. L'étroite collaboration avec la Commission de planification et le Conseil supérieur est une bonne chose. L'ABSyM insiste pour que cette structure dispose d'une gestion paritaire (INAMI, SPF, syndicats médicaux, universités et représentants des assistants).
- Vouchers : Le Livre vert propose d'attribuer des vouchers aux médecins en formation. L'objectif est de remettre ces vouchers au maître de stage qui pourra les encaisser. Pour ce système de financement individuel, l'ABSyM, le VGSO et l'AMSF appellent à l'uniformité. Il ne peut être question de vouchers à moduler en fonction de la spécialité, du lieu de formation ou de la nature du stage. Proposer des vouchers différents pour stimuler les spécialités en pénurie est également exclu. Aucun consensus en faveur d'une rétribution différenciée pour les MSF n'existe. L'objectif doit justement consister à harmoniser les paiements. Par ailleurs, ils insistent sur la transformation ultérieure en un statut social

normal du statut sui generis des MGF et des MSF qui doit rester une priorité. Cela ne doit pas être mis de côté.

iii. Augmentation du nombre d'assistants spécialistes par maître de stage

On notera également la publication le 14.02.2018 de l'AR du 01.02.2018 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

Afin de permettre aux étudiants diplômés lors de la double cohorte de commencer une formation complémentaire, la ministre constate qu'il faut augmenter le nombre de places de stage mais que les maîtres de stage pour la formation de médecins spécialistes sont agréés pour former un nombre maximum de candidats qui est inscrit expressément dans leur arrêté d'agrément.

Le présent arrêté comporte une mesure qui permet d'augmenter le nombre de places de stage pour les médecins spécialistes. Les maîtres de stage agréés peuvent demander de former plus de candidats que ne le prévoit leur arrêté d'agrément. Le texte précise que cette augmentation du nombre de candidats par maître de stage ne peut affecter en rien la qualité de la formation.

Le texte insère donc un nouvel art. 39bis prévoyant que si le maître de stage pour la formation de médecins spécialistes désire assurer la formation de plus de candidats spécialistes que le nombre fixé dans son arrêté d'agrément, et ce, pendant une période d'agrément de 5 ans, pour laquelle il dispose d'un agrément comme maître de stage pour la formation de médecins spécialistes, il en informe le ministre par lettre recommandée. Il y indique le nombre maximum de candidats spécialistes qu'il désire former par année de stage, pour la durée résiduelle de la période agréée précitée. Il motive la manière dont il peut continuer à garantir la qualité de la formation en faisant référence à l'activité et, le cas échéant, aux effectifs du service. La demande doit être introduite au plus tard le 30 avril 2018. Le ministre soumet la notification visée à l'alinéa 1^{er} à l'avis du Conseil supérieur.

Cette mesure d'assouplissement est une des solutions que l'ABSyM avait proposée pour absorber la double cohorte des médecins qui terminent leurs études en 2018.

Chapitre V. L'informatique médicale⁴⁸

1. Prescription électronique⁴⁹: Recip-e & PARIS

Nous vous parlions déjà de la prescription électronique dans le rapport d'activité de l'année passée. Dans ce dernier, nous vous annonçons qu'à partir du 01.01.2018, les médecins devront obligatoirement prescrire des médicaments par voie électronique sauf exceptions prévues en médico-mut.

À l'époque, nous pointions déjà deux éléments :

- D'une part, l'incohérence entre l'entrée en vigueur de cette obligation au 1^{er} janvier 2018 alors que la loi du 18.12.2016 modifiant, par son article 8, l'article 36 septies de la Loi Soins de Santé et Indemnités prévoit une autre échéance pour le « DMG=DMI=> SumeHR⁵⁰ ». En effet, ce texte prévoit que l'honoraire pour la gestion du DMG est seulement dû si le MG

⁴⁸ Les problèmes liés à la communication des données dans le cadre du trajet de soins sont expliqués en p. 25 et suivantes, dans le chapitre relatif à la Médecine générale. Pour le chapitre relatif à la télémédecine, on notera également la mise en place, à la demande expresse de l'ABSyM, d'un comité d'éthique au niveau de Healthdata. Plus d'informations sur les activités dans le secteur via le site https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/events/2018/1?event_filter_form%5BeventType%5D=&event_filter_form%5B_token%5D=zYDQPihRh2fUf0_oCXYkirAW6v6SGKpyomYcsLUKpp8

⁴⁹ Bases légales :

- Règlement du 05.12.2016 relatif à la prescription électronique intra-hospitalière : concerne toutes les prescriptions INTRA-hospitalières.
- Le règlement du 19.12.2016 relatif à la prescription électronique : concerne la prescription ambulatoire et ne concerne actuellement que la prescription de médicaments ; il ne s'applique donc pas aux autres prescriptions ambulatoires, comme par exemple en imagerie médicale.

⁵⁰ Summarized Electronic Health Record.

utilise un DMI pour le bénéficiaire concerné avec deux dates d'entrée en vigueur de cette contrainte :

- Pour les MG reconnus comme MG à partir du 01.01.2017, l'obligation est en vigueur dès le 01.01.2017.
 - Pour les autres MG reconnus comme MG avant le 01.01.2017, l'obligation entrera en vigueur le 01.01.2021.
- D'autre part, certains demandaient qu'un « petit programme » pour prescrire des médicaments soit également accessible. En effet, certains sont :
- en fin de carrière ;
 - ou déjà pensionnés mais disposant toujours d'un numéro INAMI et satisfaisant aux conditions leur permettant de prescrire ;
 - ou sont des petits prescripteurs (qu'ils travaillent en dehors de l'AMI, qu'ils soient actifs mais prescrivent peu) ;
 - spécialistes mais travaillent en privé et n'ont donc pas de programme informatisé hospitalier ni de DMI et en plus ne bénéficient pas d'une prime télématique.

L'ABSyM a bataillé ferme afin d'offrir une solution de compromis aux médecins.

i. Concernant l'entrée en vigueur de l'obligation de prescription électronique

Début décembre, nous apprenons que l'obligation de prescription électronique est finalement reportée au 1^{er} juin 2018, qu'il y aura une exemption de prescription électronique lors des visites à domicile et en institution (MR et MRS)⁵¹ et que les médecins qui auront atteint 62 ans au 1^{er} juin 2018 seront également exemptés. Pour ces derniers, cela se justifie par le fait qu'ils auront atteint l'âge légal de la pension (65 ans) en 2021 lorsque sera d'application l'obligation de DMI pour bénéficier de l'honoraire pour gestion d'un dossier médical. Mais tout le monde (peu importe l'âge) sera, en l'état actuel des normes, quand même obligé en 2021 de passer au dossier informatisé.

61

Concernant la dématérialisation totale (c'est-à-dire suppression de l'obligation d'imprimer le code barre sur une preuve), cela sera seulement d'application à partir de la mi-2019. Une taskforce « dématérialisation » mise en place fin 2017 élaborera un « trajet de dématérialisation ».

⁵¹ La prescription électronique dont il est ici question concerne donc uniquement les prescriptions de médicaments pour des patients en ambulatoire faites au cabinet du prescripteur et lors d'une consultation à l'hôpital (en ambulatoire) ou dans d'autres secteurs comme, par exemple, les postes de garde. Cette obligation ne concerne que les médicaments, prescrits sur nom de marque, en dénomination commune ou sous forme d'une préparation magistrale, et cela indépendamment que le médicament soit remboursable ou pas.

Autrement dit, une prescription sur papier reste autorisée dans les cas suivants :

- pendant la période transitoire allant jusqu'au 31 mai 2018 ;
- à partir du 1^{er} juin 2018 dans l'une de ces situations:
 - si, au 1^{er} juin 2018, le prescripteur en ambulatoire a atteint l'âge de 62 ans ;
 - si, indépendamment de l'âge du prescripteur, la prescription médicale ambulatoire est rédigée par un prescripteur en ambulatoire (médecin généraliste, médecin spécialiste, sage-femme ou dentiste) :
 - au domicile du patient ;
 - en maison de repos ou en maison de repos et de soins.
 - (toujours) en cas d'urgence : Un « protocole de secours » (en préparation) décrit les conditions et les situations dans lesquelles la prescription papier reste autorisée pour cas de force majeure:
 - le besoin d'aide médicale urgente est incontestable
 - le prescripteur est étranger et n'a pas de NISS (ou numéro bis)
 - le patient étranger n'a pas de NISS (ou numéro bis)
 - les nouveau-nés en attente de NISS

Dans un futur proche, le patient sera également en mesure de consulter de manière électronique les prescriptions ouvertes à l'aide d'une application ou à la pharmacie.

ii. Concernant un programme « light » permettant la prescription électronique⁵²

Au fil de l'année, on annonce l'arrivée pour la fin 2017 d'un programme gratuit pour les petits prescripteurs : PARIS (Prescription & Autorisation Requesting Information System). Ce programme sera disponible pour les médecins spécialistes et généralistes (ainsi que pour les dentistes et sages-femmes) qui ne disposent pas (encore) de Dossier médical informatisé (c.-à-d. de logiciel de gestion du dossier patient), ceux qui à un moment donné n'ont pas accès au DMI, tous ceux qui travaillent en dehors du curatif, les médecins pensionnés et les prescripteurs occasionnels. On estime que cela concerne environ 20 000 médecins.

PARIS permet la prescription électronique de médicaments (et de produits « non-médicaments », comme des vitamines, p. ex .) c'est-à-dire :

- créer une prescription ;
- afficher les prescriptions non encore délivrées émises par le prescripteur ;
- annuler une prescription qui n'est pas encore délivrée ;
- envoyer une notification adressée à un pharmacien individuel ;
- afficher les feedbacks envoyés sur les prescriptions à délivrer par les pharmaciens ;

Attention, contrairement à ce qui avait été dit initialement, un service de base minimal pour les autorisations électroniques pour les médicaments du chapitre IV ne sera pas offert car une telle application Web est déjà disponible sur eHealth via l'application CIVARS.

62

Par ailleurs, aucune interaction avec le DMI ou avec d'autres systèmes de partage de données n'est prévue.

PARIS sera accessible

- via la plateforme eHealth ;
- via un PC, un portable, et, à terme, également sur une tablette, un smartphone ;
- en s'authentifiant à l'aide de sa carte d'identité électronique et de son code PIN.

Pour s'identifier sur PARIS, il faudra une carte d'identité et votre code PIN mais il faudra aussi la carte d'identité du patient.

Par ailleurs, au début, pour utiliser PARIS, il y aura également l'obligation de disposer d'un certificat eHealth⁵³. À partir du 1^{er} juin 2018, il sera possible d'utiliser PARIS sans ce certificat.

2. Quintiles IMS

⁵² Il est dès lors possible de prescrire électroniquement via un Dossier médical Informatisé (DMI), un Dossier Patient Informatisé (DPI) ou Paris.

⁵³ utilisés pour authentifier les acteurs des soins de santé, lorsque leurs systèmes informatiques (par exemple, un logiciel pour médecins généralistes) font appel aux services de la plate-forme eHealth (tels que l'eHealthBox ou l'horodatage).

Début octobre 2017, la presse annonce qu'une quinzaine d'hôpitaux auraient revendu les données à une firme commerciale privée, Quintiles IMS.

Le service juridique de l'ABSyM a analysé une convention de participation aux analyses statistiques émise par la société Quintiles IMS Health à l'attention de plusieurs hôpitaux. Nous sommes arrivés à la conclusion que les contrats proposés par IMS Health posaient problème à divers niveaux.

L'analyse croisée du contrat et de l'avis de la Commission de Protection de la Vie Privée ont révélé qu'il manquait un élément essentiel dans la convention finalement soumise à la signature des hôpitaux : la société Custodix supposée intervenir comme Trusted Third Part (TTP) en vue du codage des données à caractère personnel. La CPVP a effectivement rendu son avis sur base du projet présenté par IMS Health qui impliquait l'intervention de ce tiers. Tiers qui est totalement absent du contrat final.

Un autre élément nous a interpellé : l'avis de la CPVP précise que les données de santé recueillies et analysées par IMS Health seraient anonymisées et mises à disposition de clients qui sont les entreprises pharmaceutiques, entreprises actives au sein de l'industrie des accessoires médicaux, l'INAMI, les hôpitaux, les universités (voir point I.3 de l'avis de la CPVP du 16/9/2014). Ces clients ne figurent pourtant pas nommément dans le contrat de partenariat et sont repris sous l'appellation générique et opaque de « tiers ». C'est à notre sens très différent, et interpellant sur le plan des principes applicables au traitement des données à caractère personnel, principalement la transparence.

Les données, au terme du processus de codage mis en place, n'auraient été que partiellement anonymisées, certaines d'entre elles demeurant même identifiées.

La commercialisation de données privées posait également une question d'ordre éthique.

L'ABSyM a communiqué de façon officielle pour dénoncer cette pratique et en enjoignant les Conseils médicaux à refuser la signature d'une telle convention. Des retours que nous avons eus, si certains avaient effectivement été approchés, aucun n'avait finalement accepté de signer.

Chapitre VI. Sécurité des médecins

1. Secret professionnel

Une délégation de l'ABSyM avait rendez-vous le 10 mars 2017 avec le Ministre de la Justice, Koen Geens, pour reparler de la sécurité des médecins qui est une problématique importante puisqu'un médecin sur trois a été confronté à la violence physique au cours de ces 10 dernières années.

Lors de cette réunion, le ministre a évoqué son projet de loi relatif à « la communication d'informations confidentielles dans le cadre de la concertation de cas⁵⁴ ». Ce projet part du constat

⁵⁴ La loi du 06.07.2017 portant simplification, harmonisation, informatisation et modernisation des dispositions de droit civil et de procédure civile ainsi que du notariat, et portant diverses mesures en matière de justice, dite loi pot-pourri V, vient insérer l'art 458 ter dans le Code Pénal qui stipule : § 1er. *Il n'y a pas d'infraction lorsqu'une personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets, communique ceux-ci dans le cadre d'une concertation organisée soit par ou en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance, soit moyennant une autorisation motivée du procureur du Roi.*

Cette concertation peut exclusivement être organisée soit en vue de protéger l'intégrité physique et psychique de la personne ou de tiers, soit en vue de prévenir les délits visés au Titre Iter du Livre II ou les délits commis dans le cadre d'une organisation criminelle, telle qu'elle est

qu'il est très difficile de détecter une maltraitance d'enfant et que, dans certains cas, le médecin a un rôle à jouer. Dès lors, dans ce « cadre », les médecins, dans des situations exceptionnelles, pourraient partager entre médecins, prestataires de soins, acteurs de la justice et bourgmestres, des données qui tombent sous le coup du secret médical. Cette concertation pourrait donc être utile au-delà du seul cas ci-avant énoncé et par exemple ainsi permettre aux médecins entre eux d'échanger sur la dangerosité d'un patient. L'ABSyM soutient alors l'initiative légale du ministre Geens, à condition que le secret professionnel soit préservé, à tous les niveaux.

2. Circulaire du ministre Jambon

Lors d'un rendez-vous le 19/09/2016 avec le Ministre de l'Intérieur, M. Jambon, des accords avaient alors été conclus relativement à une campagne de sensibilisation, une application 'alarme'⁵⁵ et une circulaire pour stimuler la création de protocoles entre cercles de médecine générale et zones de police au niveau « fédéral ».

Fin avril 2017, une circulaire est envoyée par le ministre à toutes les zones de police afin de sensibiliser les agents à la sécurité des médecins, d'identifier les problèmes éventuels et de faire naître une collaboration plus étroite entre police, autorités judiciaires et cercles de médecine générale.

L'ABSyM saluera l'envoi de cette circulaire. En effet, l'envoi d'une telle circulaire aux zones de police – qui devient dès lors une instruction officielle – est à l'origine une demande expresse de l'ABSyM datant de la discussion qui s'est tenue au Cabinet Jambon le 19 septembre 2016.

Toutefois, l'ABSyM regrette que cette circulaire encourage – et ne contraigne pas – les services de polices à signer un protocole avec les médecins généralistes. L'ABSyM se propose de mettre son savoir-faire à disposition dans le but d'élaborer des modèles de protocole entre police et médecins généralistes, à même d'être utilisés pour mettre de nouvelles mesures de sécurité sur pied pour les médecins.

Début décembre, le début du procès contre l'auteur de l'agression au couteau qui a coûté la vie au Dr Patrick Roelandt est l'occasion pour l'ABSyM de rappeler aux autorités la nécessité de faire plus que ce qu'elles ne font actuellement face à ce problème. L'ABSyM est partisane de l'élaboration d'un plan de sécurité cohérent à l'échelle fédérale.

Le problème de sécurité nécessite un meilleur état des lieux. À l'heure actuelle, seuls quelques fragments d'informations sont disponibles, ce qui se révèle insuffisant pour établir la base d'un plan stratégique adéquat. Le point de contact pour signaler les agressions à l'encontre des médecins n'a

définie à l'article 324bis.

La loi, le décret ou l'ordonnance, ou l'autorisation motivée du procureur du Roi, visés à l'alinéa 1er, déterminent au moins qui peut participer à la concertation, avec quelle finalité et selon quelles modalités la concertation aura lieu.

§ 2. Les participants sont tenus au secret relativement aux secrets communiqués durant la concertation. Toute personne violant ce secret sera punie des peines prévues à l'article 458.

Les secrets qui sont communiqués pendant cette concertation, ne peuvent donner lieu à la poursuite pénale que des seuls délits pour lesquels la concertation a été organisée.]

⁵⁵ On notera que, fin juin 2017, une application 112BE est disponible. Elle permet de localiser tout citoyen qui s'en sert pour appeler une ambulance, pompiers ou police. Les médecins pourront s'en servir en cas d'agression. Lors du téléchargement de l'application, l'utilisateur doit remplir un formulaire qui permet ainsi aux services de secours de disposer d'une série d'infos : groupe sanguin, éventuels problème de santé...L'utilisateur peut choisir de cliquer sur ambulance, pompier ou police. L'appli envoie alors sa position qui est réactualisée tous les 30 sec. Il est aussi possible d'avoir un chat pour les cas où on ne sait pas parler.

enregistré que quelque 105 déclarations. Il ne s'agit que de la partie émergée de l'iceberg. Les chiffres de la VUB démontrent que plus de 80% des médecins ont déjà eu affaire à la violence ou ont été victimes d'agressions. Pour l'ABSyM, il est crucial que l'établissement des rapports d'agression soit mieux coordonné.

La nouvelle brochure 'Une pratique médicale sûre' est un pas dans la bonne direction. L'ABSyM demande que le gouvernement mette également en place des campagnes auprès du grand public qui appellent à plus de respect envers les prestataires de soins et ce, de toute urgence.

Chapitre VII. Maladies chroniques – Projets Chroniccare

Dans les rapports d'activité de 2015 et 2016, nous vous parlions déjà des différents plans d'action lancés en faveur des malades chroniques. Et plus particulièrement, du plan conjoint fédéral-fédérés lancé en février 2016 qui vise un triple objectif dit triple AIM : développer des soins de plus haute qualité pour les patients concernés, en veillant à une meilleure efficacité des moyens alloués et qui amélioreront l'état de santé de la population. Le but est que la prise en charge des malades chroniques soit réorganisée sur un modèle plus intégré.

Dans le cadre de l'appel à projets pilotes expliqué dans le rapport de l'année passée, les créateurs des projets sélectionnés ont, pendant 7 mois, l'obligation de conceptualiser plus concrètement leur projet sous forme d'un plan d'action locorégional sur une période de 4 ans. À l'issue de cette phase de conceptualisation, une candidature pourra devenir définitive et la mise en place du projet pourra être exécutée, avec à la clef, un financement public pour un coordinateur et les frais de gestion.

Depuis juin 2016, 20 candidats développent un plan d'action (10 en Flandre, 7 en Wallonie, 2 à Bruxelles et 1 en Communauté germanophone). Chaque projet reçoit 68 000 euros pour la

coordination de ses activités au cours de la phase de conceptualisation. Pendant la phase de mise en œuvre du plan, la somme sera de 150 000 euros pour la coordination du projet. Les candidats bénéficient également d'un soutien de Möbius, bureau de consultance.

En février 2017, l'ABSyM, avec d'autres, écrit à l'INAMI pour dénoncer les problèmes relatifs à la mise en place des projets pilotes car il y a beaucoup de méconnaissance sur ce dossier et qu'il faut donc une concertation pour informer tout le monde. Suite à cela, une séance d'information aura lieu le 29.03.2017 afin de présenter la vision stratégique qui sous-tend ces projets et d'expliquer les options prises par l'AR sur ce dossier. En effet, un AR explicitant toutes ces informations doit être publié avec un modèle de convention à signer avec chaque projet-pilote⁵⁶. Toutefois, ce texte se fait attendre et donc les personnes concernées par un projet doivent conceptualiser sans connaître le canevas légal.

Certains ont donc peur, par exemple, qu'une fois l'AR publié, leur projet ne corresponde plus au cadre juridique déterminé et craignent dès lors d'être sanctionnés s'ils mettent fin au projet-pilote, une fois l'AR publié. Face aux problèmes rencontrés, certains envisagent d'arrêter l'aventure et de ne pas passer à la phase de concrétisation.

Il faudra attendre le 18.08.2017 pour que l'AR du 31.07.2017 fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'INAMI peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés soit publié. Les candidats avaient jusqu'au 18.09.2017 pour introduire leur candidature. Les candidatures seront évaluées par un jury sur base d'une grille d'évaluation avec une vingtaine de critères. Dans ce jury, on retrouve notamment le Dr Bernier et le Dr Zaeytydt pour l'ABSyM. Si l'évaluation est bonne, cela peut déboucher sur un entretien oral. Le texte prévoit qu'il y aura des conventions avec maximum 20 projets-pilotes.

Sur base de tous ces résultats, le jury rend compte au Groupe de travail permanent⁵⁷ qui rend lui-même compte au Comité de l'assurance. Ensuite, le projet est exécuté pendant 4 ans avant d'être évalué et ensuite éventuellement étendu. En décembre 2017, on apprend que 14 projets vont bientôt démarrer car le Comité de l'assurance a approuvé la sélection.

66

Chapitre VIII. Activités internationales

L'ABSyM est également présente sur la scène internationale.

1. Rapport de l'assemblée générale de l'UEMO des 26 et 27 mai 2017 à Londres

*Contribution du Dr Willy André,
Médecin Généraliste
Vice-Président de la Chambre du Hainaut, Namur, Brabant wallon
Administrateur de l'ABSyM
Représentant de l'ABSyM dans les instances internationales*

Le Dr Marc Porter, Président BMA (British Medical Association) nous accueille en signalant l'opposition des médecins au Brexit : les médecins n'ont pas de frontière.

⁵⁶ La première version du texte sera recalée par le Conseil d'Etat en juillet 2017.

⁵⁷ Un groupe de travail permanent au Comité de l'assurance sera créé avec pour missions, entre autres, de coordonner les projets-pilotes, en proposant les candidats retenus, les conventions...

Le Professeur Lanpard, Présidente du Royal College des généralistes dit que le Brexit ne peut pas nous diviser et les généralistes britanniques restent adhérents à l'UEMO.

Le Dr Nagpaul, Président du comité de médecine générale, expose diverses caractéristiques de la médecine au Royaume-Uni au niveau des coûts :

- 145 £/patient/jour (consultations, visites, vaccinations, divers)
- 150 £/patient/jour en milieu hospitalier
- Budget NHS passe de 10% à 8 % du budget total
- Nombre de médecins généralistes diminue (4/10 arrêtent après 5 ans)
- 10 minutes par consultation – 60 patients/jour
- Demande d'augmentation du budget « if GP fails, the NHS fails »

Rapport du Président

- Le 18/11/2017 à Bruxelles : EAAD (European Antibiotic Awareness Day) sur la résistance aux antibiotiques.
- Rencontre avec le commissaire européen en charge de la santé, à la demande de celui-ci, pour obtenir une présentation de la situation en personnel de santé, des réclamations et des besoins de chaque pays membre de l'UEMO. Son but est de déterminer via le « Health Systems Performance Assessment » les ressources possibles et le système le plus efficient.
- Au parlement européen : participation à l'atelier « Health Promotion and primary prevention » en novembre 2016 : alcool, tabac, alimentation, exercice physique... Echange de bonnes pratiques.
- Projet Bistairs : attitude devant les désordres de santé liés à l'alcool au niveau des soins primaires et services de santé – cas urgents et services sociaux. Lacune dans l'implication des soins primaires de la médecine du travail. Recommandation pour y pallier : qu'en pensons-nous comme responsables de santé, que pouvons-nous faire en tant que médecins généralistes ?
- Objectifs : augmenter le poids politique de l'UEMO (EMA, eHealth, HTA Groupe), rechercher l'efficacité du travail à réaliser (documents, secrétariat, lobbying) et améliorer la communication externe (website, facebook, twitter).

67

Reconnaissance de la médecine générale comme spécialité

Concerne la directive 2005/36/CE sur les qualifications professionnelles : 17 pays agrèent la médecine générale comme spécialité – 8 pays (dont la Belgique) comme une qualification. L'UEMO demande la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité dans l'espace européen. Une déclaration commune CPME-UEMO en avril 2017 détermine que la fonction de médecin généraliste induit celle-ci en spécialité.

HTA (Health Technologic Assessment)

Sous l'égide de la Commission européenne (HTA network), l'UEMO participe à cette assemblée réunissant divers dispensateurs de soins (MG-MS-Dentistes...) et des associations de patients ou sociétés de défense des consommateurs, des assureurs, des mutuelles, l'industrie de la santé. But : évaluer comment la science et la technologie s'investissent dans la santé et la prévention, de façon transparente et efficace, en se concentrant sur le patient.

Dans ce groupe, a été créé un health provider pool dont l'UEMO a la présidence et son rôle est de modérer les différents groupes de dispensateurs de soins et de définir des positions sur les preuves d'efficacité dans les différents domaines, sur l'efficacité des soins, sur des algorithmes.

Politique générale : l'UEMO a renforcé ses positions au niveau UE, HTA, eHealth, Commission européenne, EMA, Conseil européen.

Au niveau des groupes de travail

Cross Border Care : la reconnaissance des qualifications professionnelles (directive 2005/36) nécessite l'usage d'une carte professionnelle. Elle existe déjà pour les infirmiers, physiothérapeutes, pharmaciens, agents publics, guides de montagne... L'inégalité devant la santé des différentes populations européennes, mais aussi les zones d'urbanisation rurales et des différents groupes socio-économiques, fait en sorte que WHO Europe (58 pays) veut y remédier : Health Policy 2020.

eHealth : l'Union Européenne promeut via e-Health et m-Health l'interopérabilité et les standards au travers de l'EU Digital Single Market Strategy. Un groupe étudie la faisabilité et les modalités de ces intercommissions au niveau santé (ICT), en ayant conscience de la sécurité des données, de l'accessibilité et de la traçabilité.

Code de conduite : la collaboration avec des organisations commerciales ou publiques pourra se faire après accord d'un bureau UEMO de compliance prouvant la transparence et l'indépendance de l'activité prévue.

CME : un groupe de travail de l'UEMO prépare une organisation par et pour les médecins généralistes, sous le nom EABCME qui sera le pendant de EACCME, de l'UEMS au niveau européen.

68

2. Rapport de l'EANA (groupement européen des médecins en libre pratique) des 16 et 17 juin 2017 à Bâle

*Contribution du Dr Willy André,
Médecin Généraliste
Vice-Président de la Chambre du Hainaut, Namur, Brabant wallon
Administrateur de l'ABSyM
Représentant de l'ABSyM dans les instances internationales*

Introduction :

Le thème de la réunion concerne le dossier électronique dans le cadre de e-santé. Nos travaux doivent aboutir à faire une proposition à l'UE. Le but de l'EANA est de soutenir une médecine libérale (par ex. elle concerne 1/3 des médecins suisses). La liberté du médecin est en danger à cause de la pression économique, la concurrence de l'hôpital et la surcharge administrative. Le dossier électronique du patient (DEP) en Suisse.

Objectifs :

1. Efficacité, efficacité, qualité ;
2. Résoudre les problèmes du vieillissement démographique, de l'augmentation des coûts, de la pénurie de personnel et de la stratégie de prise en charge ;
3. Interopérabilité via PCN (point de contact national), e-Prescription, accès des patients
Modalités : le PCN demande une structure nationale d'e-santé, une adaptation technique, une architecture d'interopérabilité, des standards dans les définitions de diagnostic, une régulation de la codification, un personnel adéquat ;

Base légale : art. 14 de la Directive 2011/24 (droits des patients aux soins de santé transfrontaliers).

Obstacles : confiance peu développée, coût d'exploitation, rapport coût-efficacité non prouvé.

Risques : atteinte à la confidentialité mais possibilité de dé-identification des données. Manque de rigueur dans les comparaisons des protocoles et de l'interopérabilité.

Financement : considérable, il est estimé en Suisse à 3 milliards CHF pour l'installation et 2,5 milliards CHF pour l'exploitation. Pour les cabinets privés : à charge des médecins.

Commentaires des participants : il faut humaniser les moyens techniques, il y a une nécessité de rapidité des réponses et des résultats. En face des éléments objectifs, il y a peu de place pour le subjectif : la médecine est en effet un art.

69

Collaboration internationale

France : grande diversité d'associations médicales, d'organismes de recherche et de réseaux hospitaliers publics ou privés. Le citoyen étant au centre de e-Santé, celle-ci vise à augmenter l'accès aux soins et l'autonomie ainsi qu'à soutenir l'avis et les droits des patients.

Europe : grande diversité par pays.

CPME : Il est composé de 28 membres (Italie-Espagne-Portugal se sont retirés mais le Portugal est revenu). Membres associés (Turquie-Serbie-Israël). Association avec UEMO, UEMS. Propose de rechercher une unification européenne mais n'élabore pas lui-même de système unifié. Sujet majeur actuel : l'autonomie médicale = liberté thérapeutique, liberté de formation, liberté de qualité à rechercher par les médecins sinon d'autres l'imposeront.

Suisse : l'informatisation médicale rattrape son retard. Actuellement, la moitié des médecins sont informatisés et ont un DMI. eHealth est organisé et financé par les cantons en même temps que les assurances sociales. Il manque du personnel formé à l'informatique. Le coût est élevé et il n'y a pas d'économies attendues par l'orientation informatique. Le patient complexe appelle beaucoup d'acteurs et de médicaments. Nécessité d'interdisciplinarité et d'équipes autour d'un plan de soins partagé et coordonné. La coordination, c'est l'équipe et pas un seul chef, mais une rencontre de compétences (le problème est que tout le monde veut être le chef...).

Luxembourg : le dossier de soins partagés existe et recherche l'interopérabilité des systèmes informatiques. Le patient étant maître du dossier, il peut cependant cacher certaines choses.

Espagne : l'autonomie des patients est favorisée. Cependant, l'accord du patient n'est pas requis pour établir son DMI par le médecin généraliste qui en a la responsabilité.

Belgique : exposé du programme e-Santé, RSW, Vitalink, Abrumed, Sumehr...

EPSOS (European Patient Smart Open Services) : 25 pays + Norvège, Suisse, Turquie. C'est un projet européen favorisant l'interopérabilité s'appuyant sur une base légale, une organisation, une technique et une sémantique (contenu). Chaque pays définit sa propre technique sur base de sa législation et assure une traduction des données. Par exemple : un médecin grec pourra consulter via un point de contact les données de son patient en Suède, préalablement traduites du suédois en grec.

Quelques informations ou titres trouvés dans la presse : Télémedecine, paiement 1€ par consultation téléphonique, la consultation par smartphone, la rémunération au forfait, le partenariat Google-NHS, les discussions de santé sur Facebook, l'utilisation du smartphone entre médecins (sécurité ?), Tripadvisor santé : évaluation des médecins, association de diabétiques chez Novo, Sanofi spécialiste des appli-santé, Orange HealthCare (en forte croissance), dépenses IBM pour les programmes Health : 4 milliards \$.

Evolution générale observée dans plusieurs pays : Les gouvernements veulent tout réglementer. Par exemple, en France, les équipes de soins primaires, le projet régional de santé, la plateforme territoriale d'appui (sortie hôpital vers domicile). En Suisse, implication du gouvernement ou du canton sous couvert économique. La réponse est la nécessité d'appliquer les critères de qualité.

70

5 PROPOSITIONS DE L'EANA POUR UNE POLITIQUE E-SANTÉ AMBITIEUSE

L'Association européenne de médecine libérale (EANA) réunie en Assemblée générale à Bâle les 16 et 17 Juin 2017 souhaite assurer le développement de l'e-Santé en Europe et appelle à la mise en œuvre des principes suivants :

- L'interopérabilité transfrontalière des systèmes est une nécessité pour obtenir des données significatives en matière de recherche et de politique de santé ;
- La sécurité et la confiance de l'ensemble des usagers doit être assurée, en particulier au moyen de l'interdisciplinarité, de l'interprofessionnalité et de la transversalité ;
- La confiance des professionnels de santé exige la création d'un modèle économique viable et transparent ;
- L'évaluation des dispositifs e-Santé et m-Santé est essentielle pour garantir la sécurité des patients et la qualité des soins ;
- La formation des médecins et l'accompagnement des patients à l'e-Santé doivent permettre la collaboration active de l'ensemble des acteurs.

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

*Extrait du Rapport d'activité 2017 du GBS
Rédigé par le Dr Marc Moens,
Alors Secrétaire Général du GBS,
Président de l'ABSyM*

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

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

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

*Extrait du Rapport d'activité 2017 du GBS
Rédigé par le Dr Marc Moens,
Alors Secrétaire Général du GBS,
Président de l'ABSyM*

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

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

La réunion du groupe de travail « eHealth » était présidée par le Dr. Bernard MAILLET. Pendant la conférence du CPME à Vilnius, la Déclaration Taipei de la WMA a été adoptée : elle traite les aspects éthiques des bases de données et des biobanques. La précédente Déclaration Helsinki qui concerne le même sujet devait en effet être rectifiée et optimisée en commençant par l'interopérabilité des systèmes et la réglementation de la privacy. Des informations ont aussi été fournies sur les évolutions au sein de Joint Action pour soutenir le « eHealth Network » (abrégié JaseHN).

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

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

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

Lors de l'Assemblée générale, le Dr Rutger Jan VAN DER GAAG a proposé un nouveau « programme ambassadorial ». Celui-ci prévoit que chaque vice-président du CPME devienne le point de contact

d'un certain nombre d'états membres afin que les dossiers puissent être introduits plus efficacement au sein du CPME.

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

5. Rapport de la réunion du 206^e Conseil de l'AMM (Association Médicale Mondiale) à Livingstone, Zambia, Afrique australe, du 20 au 22 avril 2017⁵⁸

*Contribution du Dr Vincent Lamy,
Gastro-entérologue,
Vice-Président de la Chambre du Hainaut, Namur, Brabant wallon
Administrateur de l'ABSyM
Représentant de l'ABSyM dans les instances internationales*

Le Conseil de l'Association Médicale Mondiale (AMM) se réunit deux fois par an, au printemps et à l'automne, juste avant l'Assemblée Générale. Cette année, la réunion du printemps s'est tenue en Zambie, dans la ville de Livingstone.

Cette 206^e session du Conseil était ouverte aux délégations de tous les membres constituants de l'AMM ainsi qu'aux observateurs et aux invités. La Belgique y était représentée par le délégué de l'ABSyM, le Dr Vincent Lamy. Cette session s'est tenue sous la présidence de notre consœur américaine, le Dr Ardis D. Hoven.

Le Professeur Dr Frank-Ulrich Montgomery, de l'Association Médicale Allemande, est élu vice-président du Conseil. Le trésorier reste le Dr Andrew Dearden, de la BMA.

Les rapports des 204 et 205^e Conseils sont approuvés.

Le Président, le Dr Ketan Dessai, rapporte les activités et communications entreprises au nom de l'AMM. Le Président a décidé de placer deux thèmes au centre des débats : la question de l'autonomie professionnelle et la santé mentale.

Différents discours ont été donnés. Parmi eux, la présentation du Rapport par le secrétaire général, Ottmar Kloiber.

Les trois principaux comités de l'AMM : Affaires médico-sociales (SMAC), Ethique médicale (MEC) et Finances et Planning (FPL) se sont réunis et nous ont soumis leurs travaux qui devront être approuvés par l'Assemblée Générale à Chicago, en octobre 2017.

L'AMM a à présent une page Facebook, un nouveau site internet : www.wma.net et un compte Twitter.

Les trois nouveaux présidents des comités ont été élus.

Comité des affaires médico-sociales (SMAC) : Dr Miguel Roberto Jorge (Brésil)

⁵⁸ Pour tout renseignement complémentaire, veuillez consulter le site : www.wma.net ou contacter le Dr Vincent Lamy via le secrétariat fédéral de l'ABSyM.

Comité d'éthique médicale (MEC) : Dr Heidi Stensmyren (Suède)
Comité des finances et du planning (FPL) : Dr René Héman (Pays-Bas)

Voici l'agenda reçu :

- Asian Meeting on Medical Ethics du 13 au 15 septembre à Tokyo (Japon)
- La 68^e Assemblée Générale du 11 au 14 octobre 2017 à Chicago, États Unis
- WMA European Meeting on Euthanasia du 16 au 17 novembre 2017 à Rome, Cité du Vatican
- La 209^e réunion du Conseil du 26 au 28 avril 2018 à Riga, Lettonie
- La 69^e Assemblée Générale du 3 au 6 octobre 2018 à Reykjavik, Islande, précédée du 2 au 4 octobre 2018 par une WMA Conference on Medical Ethics
- La 210^e réunion du Conseil en avril 2019 à Santiago, Chili
- La 70^e Assemblée Générale en avril 2019 à Istanbul, Turquie
- La 71^e Assemblée Générale en octobre 2020 à Tbilissi, Géorgie
- La 72^e Assemblée Générale en octobre 2021 à Beijing ou Shanghaï, République Populaire de Chine.

6. Rapport de l'Assemblée Générale de l'AMM (Association Médicale Mondiale) à Chicago, États- Unis, du 11 au 14 octobre 2017⁵⁹

*Contribution du Dr Philippe De Wilde,
Anesthésiste,
Vice-Président de la Chambre de Flandre occidentale et orientale
Administrateur de l'ABSyM*

L'Absym a été représentée à l'assemblée générale de l'AMM à Chicago du 11 au 14 octobre par le Dr Ph. De Wilde. L'Absym y dispose d'une voix (sur 149).

L'Ordre des médecins est également représenté, mais sans droit de vote.

Avant qu'une motion puisse être proposée au vote, tous les autres pays ont le droit de formuler des remarques qui peuvent ou non être acceptées après discussion et vote. Le soutien d'un autre pays est indispensable pour pouvoir présenter une motion.

⁵⁹ Pour tout renseignement complémentaire, veuillez consulter le site <https://www.wma.net/fr/> ou contacter le Dr Ph. De Wilde via le secrétariat fédéral de l'ABSyM.

Des motions ont été acceptées, notamment sur l'avortement thérapeutique, le don d'organes (entre autres, chez les prisonniers), la déclaration d'Hambourg sur la torture, la télémédecine, le droit à la contraception, la fin de vie, la déclaration de Séoul sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique, etc.

Une révision de la déclaration de Genève - serment d'Hippocrate - a été adoptée, avec notamment, par ex., la phrase: « *Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé* ».

Une demande de la Malaisie de pouvoir adapter le texte dans une optique religieuse a été rejetée.

Certaines motions ont été reportées, comme celle sur les mères porteuses (influence du Vatican).

Une motion de l'Ordre pour tenir compte des moyens financiers d'un pays a été refusée.

La problématique de la Pologne, où les médecins protestent contre le manque de financement des services de santé, a été sommairement abordée. Certains ont entamé une grève de la faim à Varsovie.

Le Dr Yoshitake Yokokura (Japon) a été installé à la présidence pour 2017/18; le Dr Leonid Eidelman (Israël) a été élu de justesse pour 2018/19.

La prochaine assemblée générale de l'AMM, centrée sur l'éthique, se tiendra à Reykjavik du 3 au 6 octobre 2018.

L'assemblée 2019 prévue à Istanbul sera sans déplacement à Tblissi, vu la situation politique en Turquie.

La décision sur la tenue de l'assemblée 2021 à Pékin a été ajournée d'un an, dans l'espoir de trouver un compromis entre la Chine et Taiwan.

CONCLUSION

L'année 2017 a été une année de transition vers de grands changements.

La mise en réseaux des hôpitaux et le financement prospectif pour les soins à basse variabilité ne sont plus qu'une question de mois. À moins que les réticences des différents acteurs et partis politiques à mettre en œuvre les projets de la ministre De Block se soldent finalement par un échec.

L'informatisation des soins de santé est une réalité bientôt obligatoire pour tous. Toutefois, l'ampleur du changement est telle que les projets prennent du retard, les deadlines sont postposées et les sociétés informatiques elles-mêmes peinent à fournir des programmes userfriendly dans les délais imposés. Les questions juridiques qui en découlent sont proportionnelles à la réticence des médecins à devoir se plier à ces obligations.

En latence, la réforme de l'AR 78 devenue loi du 10 mai 2015 relatifs aux professions de santé ; la réforme de l'AR 79 concernant l'Ordre des Médecins ; la volonté de la ministre de fonctionner selon son nouveau plan EBM ; la réforme de l'accréditation ou encore la concrétisation du redesign des administrations de santé.

Outre l'avancement plus ou moins grand dans ces différentes réformes, l'année 2018 sera également une année électorale pour les syndicats médicaux. Depuis plus de 50 ans, l'ABSyM est au chevet des médecins pour que ceux-ci puissent rester au chevet de leurs patients.

En 2018, c'est l'ABSyM qui aura besoin de vos votes afin d'avoir la représentativité et la légitimité suffisante pour faire entendre la voix d'un corps médical dont les différentes oppositions ne servent qu'aux politiques. Cette année encore, unissons nos forces, faisons bloc face à une administration parfaitement rôdée, elle, à ce genre d'exercice.