

2016

Rapport d'activité



Approuvé par l'Assemblée Générale du
06/05/2017

Table des matières

Introduction	3
L'accord médico-mutualiste 2016-2017	4
Degré de conventionnement	4
Statut social et seuil d'activité	4
Statut social et pension	5
Réforme de l'accréditation :	6
Du budget des soins de santé	6
...A la résolution de l'accord de plein droit pour 2017	7
Réforme de l'AR n° 78	9
La compétence des prestataires de soins	9
Les soins de santé, interdisciplinaires et intégrés, seront définis comme suit :	9
L'accompagnement individuel du patient	10
L'informatique médicale	10
La prescription électronique – Recip-e	10
Mise en œuvre du point 20 du plan E-santé - Groupe de travail e-santé juridique	11
Les études de médecine	12
Le numerus clausus	12
Nouveau statut pour les candidats spécialistes	15
Discrimination à l'égard des médecins étrangers	15
La sécurité des médecins	16
D'un point de vue physique	16
D'un point de vue mental	17
Redesign des administrations fédérales de soins de santé	17
Plan d'action contrôle 2016-2017 des soins de santé	19
Réforme des soins de santé en 2030 par le CIN & Pacte d'avenir avec les Mutuelles	20
Médecine générale	22
Au niveau de la Région wallonne	22
Entrée en fonction de l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité)	22
Du retard dans les appels à candidatures	23
Vers la mise en place d'une assurance autonomie en Wallonie	23
Réorganisation de la première ligne de soins	23
Et mise en place de la PPLW	24
Discussion autour de l'Assisteo et d'Impulseo	24
De la Coupole au Collège de Médecine Générale	25
Mise sur pied des « Généralistes ABSYM »	26

Au niveau de la Communauté flamande	26
Préparation de la Conférence sur les soins de santé de première ligne.....	26
Impulseo.....	26
Coordination des services de garde.....	27
Sortie de crise pour les Postes Médicaux de Gardes (PMG).....	27
Recours TPO	29
Rejet du recours contre l'AR du 26 mars 2014 relatif à l'exercice de l'homéopathie.....	29
La réforme du financement hospitalier	30
Conclusion	35

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 6 mai 2017 au Castel de Pont-à-Lesse à Dinant.

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 2016 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 qui vous manqueraient.

Association Belge des Syndicats Médicaux ASBL
Chaussée de La Hulpe 150
1170 Bruxelles
info@csm-braine.beabsym-bvas.be
Tel. : 02/644.12.88
Fax : 02/644.15.27

L'accord médico-mutualiste 2016-2017

Dans le rapport traitant de l'activité de l'ABSyM en 2015, nous vous présentions déjà le contenu de l'accord médico-mutualiste conclu le 22.12.2015 (et publié au MB le 27.01.2016) pour deux ans (2016 et 2017). Nous n'allons dès lors pas revenir en détails sur ce contenu mais uniquement sur certains grands points.

Degré de conventionnement

En 2016, c'est la première fois que les médecins ont pu se déconventionner par voie électronique.

Début mars 2016, on connaît les taux de conventionnement : 84 % des médecins ont décidé d'adhérer à l'accord (83.83% en 2015). Cela se répartit comme suit : 88.54 % des médecins généralistes (MG) (contre 88.59 % en 2015) et 81.12 % des spécialistes (SP) (contre 80.78 % en 2015).

En Flandre, 91.79 % des MG adhèrent et 79.44 % des SP. En Wallonie, 86.28 % des MG adhèrent et 83.83 % des SP. A Bruxelles, 80.31 % des MG adhèrent et 81.34% des SP.

Au niveau des SP les moins conventionnés, on retrouve les dermatologues, les chirurgiens plasticiens et les ophtalmologues. Au niveau des SP les plus conventionnés, on retrouve les gériatres, les urgentistes, les biologistes cliniciens, les oncologues, les radiothérapeutes, les nucléaristes et les internistes.

Statut social et seuil d'activité

L'accord médico-mutualiste 2013-2014 prévoyait à l'article 6 : « à partir de 2014, l'octroi du statut social sera associé au fait d'atteindre un seuil d'activité déterminé ». Il était également prévu que la CNMM puisse décider de l'affectation de l'économie qui en découlerait. A partir de 2013, des discussions ont donc commencé afin d'encadrer cette disposition à laquelle l'ABSyM était pourtant opposée.

Comme écrit dans le rapport d'activités de 2015, les discussions ont pris plus de temps que prévu tant et si bien que l'Arrêté Royal du 16.08.2016 modifiant l'AR du 06.03.2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins afin de la conditionner au respect d'un certain seuil d'activité ne fut publié que le 26.09.2016.

Cet AR conditionne donc l'octroi du statut social au respect d'un « seuil d'activité », comprenez par là un montant annuel minimum (déterminé par discipline) de remboursement des prestations reprises dans la nomenclature des prestations de santé. Nous ne reviendrons pas ici sur le détail de ce seuil puisque cela a déjà été précisé dans le précédent rapport.

Avec l'instauration du seuil d'activité, environ 2.800 médecins devraient perdre leur statut social, principalement les biologistes et les physiothérapeutes. L'ABSyM a alors averti les médecins de cette nouvelle exigence et de la nécessité de peut-être dès lors se déconventionner.

Bien qu'initialement annoncé comme étant d'application dès 2016, l'INAMI dut se résoudre à le postposer d'un an, faute d'AR publié à temps. En effet, l'accord médico-mutualiste a été publié le 27.01.2016. Les médecins avaient donc jusqu'au 26.02.2016 pour se déconventionner dans l'hypothèse où ils ne respecteraient pas le seuil d'activité suffisant et que par conséquent, ils n'auraient plus aucun intérêt à rester conventionnés. A la date limite pour se déconventionner, les médecins ne connaissaient pourtant toujours pas les seuils imposés puisque l'AR n'a été publié que 7 mois plus tard. Il leur était

donc impossible de prendre leur décision en connaissance de cause ce qui a obligé l'INAMI, à la demande expresse de l'ABSyM, à postposer d'un an l'entrée en vigueur de cet AR.

Les médecins ont finalement eu jusqu'au 15.12.2016 pour éventuellement se déconventionner pour 2017, première année pour laquelle l'octroi du statut social (qui sera versé en 2018) sera conditionné au respect d'un seuil d'activité (analysé sur l'activité de 2015 !).

A noter qu'étant donné ce report de la condition d'octroi, la réévaluation du montant du statut social prévue dans l'accord médico-mutualiste ne se « justifiait » plus pour 2016.

Par ailleurs, une procédure administrative particulière sera instaurée pour permettre aux médecins qui, via les données de profils, n'atteignent pas le seuil d'activité mais qui exercent une activité dans le cadre de l'assurance soins de santé, de transmettre toutes les données utiles concernant leurs activités. La CNMM examinera ces situations pour le 30 juin 2017. Nous en saurons plus pour le prochain rapport d'activités.

Statut social et pension

Le système du statut social permet au médecin de bénéficier d'avantages sociaux en vue de la constitution soit d'une rente ou d'une pension en cas de retraite, de décès ou d'invalidité, soit de plusieurs de ces rentes ou pensions s'il a adhéré totalement ou partiellement à l'accord médico-mutualiste. Plus précisément, le médecin a droit à cet avantage pour les années pendant lesquelles il a adhéré à l'accord durant l'année entière (avec des exceptions en cas de début et fin de carrière, incapacité de travail et stage à l'étranger).

Parallèlement, la loi du 18.12.2015 visant à garantir la pérennité et le caractère social des pensions complémentaires et visant à renforcer le caractère complémentaire par rapport aux pensions de retraite, entrée en vigueur le 01.01.2016, stipule en son article 17 qu'à partir du moment de sa pension, un indépendant ne peut plus constituer une pension libre complémentaire d'indépendant (PLCI). La question s'est donc posée de savoir si un médecin qui continue à travailler aux tarifs conventionnés après sa pension peut encore percevoir le statut social pour se constituer une PLCI.

L'INAMI a, mi-décembre 2016, publié un texte qui distingue 3 cas de figure :

- Les médecins qui ont l'âge de la pension mais n'ont pas demandé à bénéficier de leur pension légale et continuent à travailler : pour eux rien ne change, ils peuvent continuer à utiliser le montant du statut social pour une PLCI.
- Les médecins qui ont pris leur pension avant l'entrée en vigueur de la loi le 1^{er} janvier 2016 : dans ce cas, le statut social peut toujours être versé à condition que la convention de pension ait été conclue avant le 1^{er} janvier 2016 (et que la prestation de pension libre complémentaire n'ait pas été liquidée avant le 1^{er} janvier 2016).
- Les médecins dont la pension légale prend cours au ou après le 1^{er} janvier 2016 : dans ce cas, le statut social ne peut plus être utilisé pour une PLCI en vertu de la loi de 2015.

L'ABSyM a écrit au ministre des pensions en lui proposant une modification législative afin de ne pas préjudicier ce dernier groupe de médecins. Le Ministre Bacquelaine a accepté de mettre en place une solution afin que ces médecins puissent continuer à bénéficier de cet avantage lié à la convention mais sous une autre forme. Les cabinets sont toujours, début 2017, en train de réfléchir à cette nouvelle voie.

Réforme de l'accréditation¹ :

Dans le rapport précédent, nous vous parlions de la volonté des autorités de modifier le système d'accréditation tel que nous le connaissons depuis le début des années 90. Un dossier que l'ABSyM suit de près étant donné que le Dr Moens, Président de l'ABSyM, est également Président du Groupe de Direction de l'Accréditation.

La réforme du système d'accréditation est non seulement prévue dans l'accord de gouvernement de 2014 mais également au point 6 de l'accord médico-mut 2016-2017. Ses détracteurs reprochent principalement au système actuel son coût et son âge.

Le CNPQ et la CNMM ont travaillé sur ce dossier courant 2016. En juillet 2016, une note à ce sujet est présentée à la CNMM. Les grandes lignes de ce qui a été discuté reposent sur les points suivants :

- Système basé sur le principe du cercle de qualité également appelé la roue de DEMING : PLAN – DO - CHECK – ACT
 - o PLAN – planifier : établissement d'un plan de formation basé sur deux piliers :
 - Les besoins des prestataires
 - Les objectifs de santé publique et de l'assurance soins de santé et indemnitésL'enregistrement et le suivi de ce plan de formation se réaliseront à travers un portfolio électronique.
 - o DO – faire : formation sur base de méthodes diverses et modernes d'apprentissage (elearning...). Une attention particulière sera accordée à la qualité des formations et des formateurs.
 - o CHECK – vérifier : mesure de l'impact des formations sur la pratique individuelle des prestataires. L'unité de mesure de l'accréditation ne sera plus le temps passé mais le résultat obtenu.
 - o ACT - réagir : ajuster le plan de formation en fonction des résultats de l'évaluation.
- Il y aura une valorisation différenciée de la performance sur base d'indicateurs de qualité et d'efficacité construits à partir de l'activité des prestataires.
- Ce sera la fin des points d'accréditation.
- Il y aura également un rôle accru des GLEM, par exemple, dans la définition du plan de formation des prestataires ou encore comme plateforme collaborative multidisciplinaire.

La mise en œuvre de ces changements se fera de façon progressive en commençant avec des projets pilotes. Entretemps, des voix se sont fait entendre au sein du SPF Santé publique, dans le but d'introduire, dans le cadre de la révision de l'AR 78, une « licence to practice » qui utiliserait un portfolio devant obligatoirement être complété en continu (cf. infra). Cela rendrait l'accréditation sur base volontaire auprès de l'INAMI superflue.

Du budget des soins de santé....

En 2016, un groupe de travail « Task force économies dans les soins de santé » et plusieurs sous-groupes ont été mis en place pour veiller au respect du budget des soins de santé. Les Dr Moens et de Toeuf y

¹ A lire en parallèle avec la réforme de l'AR 78

représenteront l'ABSyM. La mission de cette Task Force consiste à développer un certain nombre de mesures structurelles qui compensent le dépassement constaté par les estimations techniques de janvier 2016 et qui permettent de respecter la trajectoire de croissance des dépenses prévue dans l'accord de gouvernement. Dès le début de l'année, on parle de plus de 100 millions d'euros de dépassement. Différents sujets seront abordés dans ce groupe de travail.

Parmi les thèmes généraux :

- **Un budget transparent** : on examinera comment il est possible d'obtenir une plus grande transparence lors de l'élaboration du budget.
- **Fraude et répression** : il est essentiel d'élaborer un plan d'action pour la lutte contre la fraude et l'utilisation abusive des moyens. On insiste dans les différents secteurs pour renforcer les contrôles sur les attestations irrégulières et pour moderniser l'arsenal des instruments de sanctions.
- **Cadres alternatifs de soins** : Il est de plus en plus souvent possible de dispenser certains soins en dehors d'un cadre résidentiel. La maîtrise des dépenses, qui peut être mise en place par des soins extra-muros, doit être cartographiée.
- **EBM et soins efficaces** : La Task Force devra étudier comment les principes EBM peuvent être mieux intégrés dans les prestations de soins. La Task force définira également les principes d'une stratégie en matière de soins efficaces.
- **Usurpation de financement** : Il est nécessaire de faire une analyse des dépenses réalisées dans les établissements ressortissants aux Communautés et dont les budgets ont été transférés dans le cadre de la réforme de l'État.

Parmi les modules de travail spécifiques :

1. **Module de travail médecins et hôpitaux** : on jouera sur les honoraires, le ticket modérateur, les remboursements, la révision de la nomenclature, ...
2. **Module de travail médicaments et implants** : Renforcement de la prescription bon marché et de la DCI, augmentation du quota de prescription des médicaments les moins chers, ...
3. **Module de travail praticiens de l'art infirmier**
4. **Module de travail « paramédicaux »**

Fin juin, la Task Force a bouclé son travail. Le plus gros effort est demandé au niveau des médicaments.

.... A la résolution de l'accord médico-mutualiste de plein droit pour 2017

Courant octobre 2016, commencent les discussions et votes pour le budget des soins de santé 2017. Le 17.10.2016, au Conseil Général (où les syndicats médicaux n'ont pas de voix délibérative), l'ensemble des unions nationales des mutualités et les syndicats ont rejeté le budget des soins de santé 2017 proposé par le gouvernement avec ses 902 millions d'euros d'économies. Ces économies dans le secteur de la santé représentent près d'un tiers des 3 milliards d'économies nécessaires au budget fédéral 2017. C'est la plus grosse contribution à l'effort.

Le Comité de l'Assurance avait préalablement approuvé quelque 640 millions d'euros d'économies dans les soins de santé dans la proposition de budget 2017 (compensation de l'excès attendu des dépenses 2016). La Ministre de Block a alourdi, sur décision du gouvernement, la demande d'effort du secteur : économie supplémentaire de 260 M €. Elle a également confirmé que les honoraires de l'ensemble des prestataires ne seraient indexés que d'un tiers afin de récupérer un total de 247 millions d'euros. Sur les 247 millions d'économies, 146 millions seraient à charge des médecins. Or, ce n'est pas la première fois que le corps médical doit subir des sauts d'index. On retiendra ainsi :

- Perte totale de l'indexation de 1,4% en 2011 (soit une contribution de 98,6 millions d'euros) ;
- Deux tiers de perte d'index de 2,99% en 2012 : -1,99% (soit -141 millions d'euros) ;
- Plus de la moitié de perte d'index de 2,76% en 2013 : -1,46% (soit -109,6 millions d'euros) ;

- La totalité de l'index de 0,53% en 2014 (soit -41,6 millions d'euros) ;
- La totalité de l'index de 0,62% en 2015 (soit -48,8 millions d'euros).
- Saut d'index de 2% en 2016

En 2017, l'indexation des honoraires des médecins qui aurait dû être de 2.51% sera finalement rabotée à 0.83%².

A côté de cette mesure, d'autres mesures d'économies semblables à celles envisagées par la Task Force sont prévues. On retiendra, par exemple, l'augmentation du ticket modérateur pour certains médicaments, l'obligation de prescrire des médicaments moins chers en plus grosse quantité, économies sur les hôpitaux de 92 millions (en supprimant des lits de maternité et en pédiatrie, en mettant fin à la contribution au financement de l'assurance RC des médecins, en fermant des services), économies en biologie clinique et en imagerie médicale, ...

Fin octobre 2016, les 3 syndicats médicaux diffusent un communiqué de presse commun annonçant leur intention de demander la résolution de plein droit de l'accord médico-mut. En effet, ils estiment pouvoir invoquer l'article 13 de l'accord qui autorise une telle démarche en cas de fixation de l'objectif budgétaire partiel pour les honoraires médicaux pour l'année 2017 à un montant inférieur à celui fixé pour 2016.

A noter que la résolution de l'accord vaut non seulement pour les membres des syndicats qui invoquent la résolution de plein droit mais aussi pour ceux qui n'en sont pas membres ou sont membres d'un autre syndicat qui n'a pas dénoncé l'accord. En conséquence, la liberté tarifaire s'applique. Les médecins qui décideraient alors d'augmenter les tarifs perdraient leur statut social mais ceux qui maintiendraient les tarifs de l'accord, conserveraient leur statut social.

L'article 16 de la loi programme du 25.12.2016 publié 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.

Les médecins français soutiendront l'ABSyM dans cette décision. Le Cartel dénoncera également l'accord alors que le 3^e syndicat, l'AADM, se désistera finalement. La dénonciation des deux syndicats met fin à l'accord en date du 28.01.2017.

Une réunion d'urgence a alors lieu à la CNMM. A cette fin, les parties ont rédigé et transmis à la ministre fin janvier 2017 un cahier de revendications baptisé « Projet de cadre d'accords », et un « arrêt de l'horloge » (gel du constat de résolution automatique) est décidé pour un mois dans l'attente d'une réponse positive du gouvernement à ces revendications. Lors d'une réunion le 24 février 2017 à laquelle la ministre elle-même participe, il est décidé d'attendre un mois pour prendre connaissance des premiers projets de loi, approuvés par le gouvernement, faisant droit à nos revendications court terme, afin de mettre sur pied un nouvel accord d'ici la fin mars 2017, accord qui courrait jusque fin 2017 (avec procédure usuelle de recueil des décisions individuelles de conventionnement (cf. publication au MB et comptage après 40 jours). La ministre et l'INAMI reconnaissent que l'accord 2016-2017 n'existe plus, que les honoraires sont donc libérés, et que les médecins qui respecteront les tarifs du défunt accord conserveront le bénéfice du statut social.

² La répartition du faible index sera discuté en décembre 2016 à la CNMM. Les honoraires pour les consultations de médecins généralistes accrédités et pour les consultations de certains spécialistes accrédités sont majorés à 25 EUR. Les honoraires des autres spécialistes accrédités, pour la surveillance par des spécialistes accrédités, pour la COM (consultation oncologique multidisciplinaire) et les honoraires de permanence de pédiatres sont majorés de 2 %. Tous les autres honoraires, à l'exception de ceux pour le DMG, l'imagerie médicale et la biologie clinique, sont majorés de 0,83 %. Le supplément de permanence pour les consultations de médecins généralistes entre 18 et 21 heures est arrondi à 4 EUR.

Réforme de l'AR n° 78

L'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé³ va être remplacé par un nouveau cadre légal redessinant le partage des compétences dans le domaine des soins de santé. Le site www.ar78.be présente les concepts clés de la réforme projetée.

De façon très schématique, la réforme comporte trois « piliers » :

La compétence des prestataires de soins

Le cabinet de la Ministre de la Santé a choisi d'élaborer un profil générique. Ce profil énumère une série de qualifications pour le "praticien des soins de santé". Les prestataires de soins de santé doivent être « fonctionnellement autonomes ».

Le visa s'est transformé en une « licence to practice » (autorisation à pratiquer). Il s'agit de la carte d'identité professionnelle du praticien des soins de santé. Le visa est délivré après reconnaissance du diplôme de base de la profession de santé par la communauté compétente (à l'issue de la formation de base). La remise du visa est liée à l'obligation pour le praticien des soins de santé de tenir un portfolio. La Chambre de surveillance du Conseil pour la qualité des soins de santé et les inspecteurs d'hygiène du SPF Santé publique joueront un rôle important dans le contrôle du visa.

Pour permettre au public, et en particulier aux patients, de vérifier si une personne du secteur des soins de santé est bien celle qu'elle prétend être, une banque de données permanente des professions des soins de santé sera tenue à jour au sein du SPF Santé publique, dont l'accès sera libre.

L'exercice illégal consiste à exercer les soins de santé sans y être habilité. L'infraction d'exercice illégal de la loi du 10 mai 2015 est remplacée par une infraction qui est définie de manière générique et qui est d'application quelle que soit la profession des soins de santé exercée de manière illégale. Cette infraction rend punissable « la pratique professionnelle ou liée à un avantage financier direct par une personne qui ne satisfait pas à toutes les conditions pour pouvoir exercer les soins santé, de tout acte ayant pour objet ou réputé ayant pour objet de dispenser des soins de santé ».

Les soins de santé, interdisciplinaires et intégrés, seront définis comme suit :

- les services à visée diagnostique ou thérapeutique dispensés à un patient, en ce compris l'accompagnement individuel du patient. Il s'agit d'interventions réalisées par le professionnel des soins de santé, soit pour déterminer l'état de santé du patient au moyen d'un examen (diagnostique), soit pour conserver l'état de santé du patient, l'améliorer, le restaurer ou le promouvoir (thérapeutique).
- les services sans objectif diagnostique ou thérapeutique dispensés à un patient pour lesquels un praticien professionnel des soins de santé a la compétence exclusive. Le médecin a la compétence exclusive pour l'ensemble de ces actes, tel que prévu par le législateur.

On abandonne la structure pyramidale actuelle pour travailler de plus en plus de façon interdisciplinaire, dans un double objectif d'efficacité et de réduction des coûts. La communication entre professionnels est essentielle. Le nouveau modèle en forme de « fleur » souligne l'équivalence entre les différents acteurs de la santé.

³ Devenu la loi du 10 mai 2015.

L'accompagnement individuel du patient

Le patient est défini comme une personne physique qui souhaite recevoir ou qui reçoit des soins de santé.

Il occupe une place centrale dans les soins de santé d'aujourd'hui et encore plus demain, puisqu'il sera désormais considéré comme acteur des soins qui lui seront prodigués, afin d'arriver, avec les praticiens professionnels de soins de santé, à un résultat de qualité.

Chaque patient participera à ses propres soins de santé, notamment par l'auto-monitorage de son état de santé (m-health). Le patient est coaché par le(s) professionnel(s) des soins de santé. De ce fait apparaît un concept de pilote et co-pilote pour la dispensation des soins de santé. Le patient aurait la possibilité de s'adresser directement à un praticien professionnel des soins de santé pour les actes qui font partie des compétences de base de ce praticien des soins de santé. En d'autres termes, une prescription de renvoi pourra devenir facultative et non plus obligatoire.

Enfin, de nouvelles structures d'avis sont créées.

A ce stade, la réforme projetée ne propose que des concepts, lesquels sont détaillés sur le site www.ar78.be

L'ABSyM a analysé le projet en détails et formulé ses observations.

L'informatique médicale

La prescription électronique – Recip-e

L'ASBL Recip-e, dont l'ABSyM est l'un des membres fondateurs et dont le Dr Moens est Président, perçoit des subsides de l'INAMI dans le but de procéder au développement de la prescription médicale électronique et ce, conformément au Plan d'action e-Santé 2015-2018 de la Ministre De Block.

En effet, le point d'action 4 dudit plan définit non seulement le timing nécessaire au développement de Recip-e mais aussi les actions prévues pour l'évolution de la prescription électronique, parmi lesquelles : *“La prescription électronique est valable sans prescription sous format papier”* avec, pour date butoir initiale, le 01/07/2016.

Toutefois malgré cette deadline, la prescription sous format papier sera finalement toujours autorisée jusqu'à la fin de 2016 lorsque l'on utilise la prescription électronique et ce, notamment pour permettre au patient d'être remboursé.

A partir du 01.01.2017⁴, un autre document appelé « preuve de la prescription électronique » produite grâce au logiciel, viendra s'ajouter à l'ordonnance électronique. La raison de cette « preuve de la prescription électronique » est de continuer à disposer d'un support papier pour exprimer les intentions du prescripteur, aider le patient et, comme actuellement, permettre au pharmacien le téléchargement de

⁴ Cf. le règlement du 19.12.2016 relatif à la prescription électronique publié le 09.01.2017 et qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

la prescription électronique à l'aide du second code barre (RID). Toutefois, à partir de 2017, le contenu de l'e-prescription l'emportera sur ce qui est mis sur la preuve sauf cas de force majeure. Autrement dit, si le médecin écrit quelque chose en plus sur le papier de preuve, le pharmacien ne peut pas en tenir compte et ne peut tenir compte que de ce qu'il lit avec le code barre. La « preuve » doit être datée et non signée et possède un autre lay-out que l'ordonnance.

A partir du 01 janvier 2018, les médecins devront obligatoirement prescrire par voie électronique sauf exceptions prévues en médico-mut. Il n'y aura alors plus cette preuve car le pharmacien verra l'ordonnance via eHealth par la lecture de la carte d'identité électronique (eID). La prescription papier restera possible dès 2018 en cas d'urgence, par exemple, en cas de problème technique persistant.

Nombreux sont ceux qui ont pointé l'incohérence entre, d'une part, l'obligation des prescriptions par voie électronique dès janvier 2018 et, d'autre part, l'obligation pour tous les médecins généralistes d'être informatisés à partir de 2020, s'ils utilisent des dossiers médicaux globaux. Certains veulent donc le report de la mesure et s'appuient d'ailleurs sur les ratés et problèmes du système : quid en cas de bug ou d'impossibilité pour la plateforme Recip-e de lire le code RID, quid encore lorsque certains logiciels de médecins entraînent la délivrance d'ordonnances pour le moins fantaisistes ? Il y a par ailleurs une série de choses que l'on ne sait pas prescrire avec la version électronique ; quid en cas de visite à domicile, quid pour les médecins en fin de carrière non informatisés, ou quid pour les spécialistes qui prescrivent peu ou pour les médecins exerçant en institution ?

Certains demandent donc à pouvoir disposer d'un logiciel de prescription simple et non onéreux. Cela deviendrait apparemment une réalité fin 2017. Nous aurons donc l'occasion de revenir sur ce dossier dans le prochain rapport.

Mise en œuvre du point 20 du plan e-Santé - Groupe de travail e-Santé juridique

A la mi-2016, le cabinet de la Ministre de la Santé a créé un groupe de juristes issus de différentes organisations (ABSyM, SPF Santé, INAMI, AFMPS, avocats et conseillers juridiques spécialisés en TIC, Cobeprivé, Santhea) afin de mener une réflexion autour du point 20 du plan e-santé qui, pour rappel, prévoit la « *coordination de toutes ces actions par le gouvernement, respect de la sécurité juridique, clarté sur les responsabilités juridiques de chacun, accompagner la mise en place de ces projets* ».

Plusieurs sous-groupes ont été créés au sein de ce groupe de travail. L'ABSyM s'est naturellement intégrée dans le sous-groupe de travail consacré à la responsabilité.

Le 20 juillet 2016, nous avons adressé une newsletter à nos membres pour les informer de l'existence ce groupe et recueillir leurs questions. Nous avons effectué la même démarche via le FAGC. Avec les autres membres du sous-groupe de travail, l'ABSyM dresse en août 2016 une liste de questions qui pourraient se poser en termes de responsabilité des médecins.

Une mise en commun a lieu lors de chaque séance plénière (20/10/16, 8/12/16, 30/1/2017, 13/2/17, 20/3/17...), avec communication des documents de travail et possibilité d'intégrer des commentaires.

Nous noterons que la méthodologie de travail a d'emblée manqué de clarté et a été modifiée en cours de route : le groupe manque cruellement de coordination. Aucun PV n'est établi à l'issue des séances plénières.

Un lien doit être établi avec les questions qui pourraient se poser en termes de responsabilité dans le cadre de la réforme de l'AR 78, lien que nous ne manquerons pas de faire le moment venu.

Les études de médecine

Le numerus clausus

Sujet récurrent s'il en est, dans le rapport 2014, nous écrivions déjà :

L'ABSyM pour sa part a toujours été claire : elle demande l'instauration d'un concours d'entrée, le maintien d'une planification, un engagement des nouveaux médecins en vue de combler les poches de pénurie moyennant une analyse des raisons de la non attractivité de certaines zones et certaines disciplines, un engagement des universités à offrir une formation de qualité plutôt que de quantité, une publication des cadastres et un financement suffisant des maîtres de stage et du stage.

Flashback...

En Belgique, l'accès à la profession de médecin est limité : seuls les étudiants diplômés qui ont un numéro INAMI peuvent exercer. Régulièrement, les pouvoirs publics évaluent combien il faut de médecins et fixent un nombre de numéros INAMI.

En 2014, les doyens font scandale en disant qu'ils doivent piocher dans les numéros de 2018 pour les diplômés de juin 2015 et que le risque existe qu'il n'y ait plus aucun numéro pour les diplômés de 2017 et 2018.

Pour éviter le blocage, les Ministres De Block (Santé fédérale) et Marcourt (Ministre de l'Enseignement Supérieur en Fédération Wallonie-Bruxelles) se réunissent en décembre 2014 autour d'un protocole qui prévoit deux conditions à respecter :

- mettre en place un filtre aux études (le Ministre Marcourt l'a mis en place en 2015⁵ sous la forme d'un concours en fin de première année, dès l'année académique 2015-2016)
- faire un « lissage négatif » qui a pour but de dire que le surplus francophone sera rattrapé après 2020 en revoyant, à ce moment-là, les quotas à la baisse en fonction de ce qui a été distribué en trop par le passé.

Ce protocole n'est toujours pas signé en février 2016 car la ministre fédérale veut d'abord voir le résultat du concours mis en place par M. Marcourt et attend de voir sa solidité juridique. En effet, après les sessions de septembre 2016, beaucoup prédisent des recours qui provoqueraient l'annulation du décret mis en place par le Ministre Marcourt.

Mme de Block attendait également que sortent, en avril 2016, les prochaines conclusions de la Commission de planification analysant les besoins en médecins du pays, censées lui donner une meilleure indication sur la façon d'évaluer les besoins et donc de fixer les quotas. Ensuite, elle voulait un accord sur la durée du lissage négatif (15 ou ... 30 ans ?).

La Ministre de Block qui n'est pas convaincue par le décret Marcourt (elle aurait préféré un examen d'entrée comme en Flandre) a donc annoncé qu'elle reportait à octobre 2016⁶ (c'est-à-dire la fin de la première année où le concours aura été appliqué) la révision de l'AR. Elle garantit aux étudiants

⁵ Cf. décret du 09.07.2015 relatif aux études de sciences médicales et dentaires, publié le 29.07.2015. Ce décret prévoit que le test d'orientation non contraignant à l'entrée des études est maintenu et un concours est organisé en fin de 1^{re} année de médecine (et de dentisterie) sur les connaissances du 2^e quadrimestre. Par ailleurs, l'étudiant ne peut présenter au maximum le concours qu'au cours de deux années académiques consécutives sauf exception.

diplômés en 2016 un numéro INAMI (car il en reste assez) mais elle ne garantit pas un numéro pour ceux qui sortiront en 2017 en l'absence d'un nouvel AR.

Une série de recours d'étudiants vont alors rythmer l'année...

✓ Déjà en janvier 2016, on parle du recours introduit à l'initiative d'une étudiante de Namur. En janvier 2015, elle a 8,1/20 de moyenne. L'université lui propose soit de faire un programme de remédiation (c'est-à-dire des activités de rattrapage pour avoir plus de chance de réussite en septembre) soit d'opter pour un allègement (c'est-à-dire une répartition 50/50 de la matière de première année sur deux ans). L'étudiante choisit alors le programme de remédiation mais échoue de peu et est ajournée. Elle se retrouve donc en septembre 2015 en première année avec un statut de répétant mais devra, comme tous les nouveaux inscrits, participer aux fameux concours de fin de première année avec une chance infime de poursuivre son parcours.

Elle considère que c'est injuste au regard du sort réservé à ses camarades ayant opté pour l'allègement qui eux sont donc toujours inscrits en première année mais qui sont, par le décret, dispensés du concours ! En effet, à l'époque du choix entre allègement et remédiation, on ne savait pas encore qu'il y aurait ce concours. On ne le saura qu'en juin 2015. Ledit décret instaure toutefois un régime transitoire pour les étudiants de 2014-2015 en situation d'allègement : ils sont dispensés du concours.

Elle considère donc que le décret crée une discrimination entre étudiants. Le risque existe qu'elle fasse annuler le décret, qui était la condition sine qua non de Mme De Block pour accorder les fameux numéros INAMI.

✓ En juillet 2016, le Conseil d'Etat a suspendu le nouveau système de sélection aux études de médecine et dentisterie. Une dizaine d'étudiants de l'Université de Namur qui avait réussi leur première année mais raté le concours de sélection avait saisi la haute juridiction.

Le Conseil d'Etat estime qu'il n'y a pas d'adéquation entre les deux textes (AR quotas et décret concours) et la planification qui doit se faire en tenant compte des besoins de la population et des moyens disponibles. Par conséquent, la pertinence des justifications sur lesquelles repose la décision attaquée (le concours) n'est pas non plus établie. Autrement dit, l'arrêté de la Communauté française a été pris avant même l'arrêté royal fédéral qui fixe la planification médicale lui-même déterminé par une recommandation de la Commission de planification de l'offre médicale qui n'était pas encore entérinée. En effet, en août 2015, malgré l'absence d'évaluation précise de la Commission de planification de l'offre médicale, la Ministre de Block avait décidé de maintenir à 1.230 le nombre de nouveaux praticiens autorisés en 2021 soit l'année d'obtention de diplôme pour ceux inscrits en 2015-2016.

Le Conseil d'Etat estime dès lors que les quotas ne sont pas basés sur des faits assez solides. Le contingentement fédéral est donc arbitraire et la décision de la fédération Wallonie-Bruxelles de s'y conformer également. La conséquence est que le classement au concours est suspendu (mais pas annulé).

Se pose alors la question de savoir qui va pouvoir passer en 2^e année : les 10 qui ont gagné le procès ou les 255 qui ont réussi leur 1^{re} année mais raté le concours ? Aucun ministre ne réagit dans l'immédiat. La seule solution semblerait de laisser passer tous les étudiants qui ont réussi la 1^{re} année car revoir les quotas a posteriori serait illégal.

✓ En août 2016, on apprend que c'est la même chose pour l'Université de Liège où les étudiants ont également fait un recours. Le Conseil d'Etat constate alors que l'AR du 30.08.2015 (qui fixe le quota à 1230 places en 2021 qui a été fait en l'absence d'évaluation précise de la Commission de planification) et l'arrêté du gouvernement de la communauté française du 17.07.2015 (jugé illégal car il a été pris avant l'arrêté fédéral fixant le quota belge et n'a pas été soumis à l'avis de la section législation du Conseil d'Etat) sur lesquels se fondent le classement sont illégaux et doivent être écartés. Il n'existe donc aucune limitation à l'accès à la 2^e année sauf la réussite des 45 crédits requis sur 60. Cette dernière phrase de « l'arrêt ULg » va donc un pas plus loin que ce que disait l'arrêt concernant les étudiants de la Faculté de Namur.

✓ Mi-août 2016, les Ministres de Block et Marcourt doivent se rencontrer pour voir quelle solution proposer suite à l'arrêt du Conseil d'Etat. On apprend finalement en septembre 2016 que ceux qui ont réussi les examens mais pas en ordre utile de concours peuvent quand même s'inscrire en 2^e sans toutefois avoir la garantie d'exercer un jour la profession.

Maggie De Block a alors décidé de confirmer l'octroi d'un numéro INAMI pour les étudiants alors en dernière année mais annonce que pour les autres, elle décidera année après année en fonction des résultats du mécanisme de sélection qui sera mis en place.

Les étudiants qui sont rentrés en médecine en septembre 2016 seront quant à eux toujours soumis à un concours en fin de 1^{re}.

Fixation des quotas 2022...ou plutôt absence de fixation

Mi-septembre 2016, la Ministre De Block annonce qu'elle a fixé les nouveaux quotas pour les étudiants qui commencent leurs études en 2016 et les termineront (normalement) en 2022.

Elle reconnaît qu'il s'agit d'un accord politique puisqu'elle s'est éloignée de la clef de répartition proposée par la Commission de planification qui avait recommandé 56.5% pour la Flandre et 43.5% pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle a en effet préféré maintenir l'ancienne clef 60/40. Il y aura donc un quota de 528 francophones et 792 néerlandophones pour 2022. La Commission de planification recommandait pourtant 575 francophones pour 745 flamands. Et l'INAMI, dans ses projections techniques, parlait même de 588 francophones !

Toutefois, se pose un autre problème car la loi stipule que la fixation du nombre de numéro INAMI ne peut produire ses effets qu'après un délai égal à la durée des études c'est-à-dire 6 ans pour la médecine. Autrement dit, avant de commencer leur cursus, les étudiants et universités doivent savoir combien il y a de places disponibles à la fin. Or l'AR avec le quota de fin d'année pour 2022 n'a pas été publié. Il n'y a donc pas de quota officiel de médecins pour 2022. De plus les étudiants qui se sont inscrits en septembre 2016 ont toujours le système du concours en fin de première. Eu égard à la jurisprudence susmentionnée, se pose donc la question de savoir si le Ministre Marcourt va maintenir le concours de septembre 2017. Il écrit à la Ministre de Block en février 2017 pour savoir ce qu'il en est...La ministre renverra la balle aux Communautés en disant que les Communautés peuvent prendre des initiatives qui permettront de déterminer le nombre d'étudiants qui sortiront des études de médecins en 2022, sans Arrêté fédéral.

En 2017, place à l'examen d'entrée

Fin septembre 2016, Jean-Claude Marcourt se dit prêt à élaborer, comme le fédéral le lui demande, un mécanisme de sélection au début des études de médecine en Fédération Wallonie-Bruxelles. Pour ceux qui vont commencer les études de médecine en 2017, un examen d'entrée est prévu en septembre.

Apparemment il n'y aura qu'une session à l'examen d'entrée et ce serait début du mois de septembre⁷. Un décret doit venir préciser les matières d'examen. A priori, il s'agirait d'un examen écrit sur les matières scientifiques, l'anglais, les compétences de communication, d'analyse critique, de synthèse... Il faudra avoir au moins 10 sur 20 dans chacune des matières. Nous reviendrons sur cet examen dans le prochain rapport.

⁷ Les étudiants regrettent que l'examen ne soit pas organisé une première fois en juin et une 2^e fois en septembre

Nouveau statut pour les candidats spécialistes

En janvier 2016, une proposition de loi déposée par Muriel Gerken, Présidente de la Commission santé à la Chambre, vise à moderniser le statut sui generis de 1969 des candidats spécialistes en leur accordant un droit à la pension et au chômage. Pour assurer ces droits supplémentaires, les cotisations de l'employeur devraient bondir de 21 à 31% et celles des candidats médecins de 4 à 13%. Cela aura un coût qui devrait être payé par les établissements hospitaliers mais en auront-ils les moyens ? Du coup, le texte propose d'appliquer les réductions de cotisations similaires à celles appliquées aux chercheurs.

Par ailleurs, M. Gerken veut en profiter pour créer un organisme équivalent du CCFFMG des candidats médecins généralistes qui serait l'employeur des candidats spécialistes. Cela permettrait de séparer le rôle d'employeur et de formateur des maîtres de stage car, actuellement, avec cette confusion des rôles, les horaires ne sont pas respectés et les assistants sont surchargés de travail.

L'ABSyM prend acte dans la presse de la proposition de Mme Gerken. Déjà en août 2014, l'ABSyM demandait à la Ministre De Block, alors Ministre de la Justice, de donner un statut complet aux candidats SP, mais pas à la manière de Mme Gerken. L'accord du gouvernement de 2014 prévoit d'ailleurs la réforme des réglementations en la matière.

L'ABSyM s'oppose toutefois fermement à la création d'une ASBL chargée d'organiser et de financer le statut des assistants SP. Elle dénonce le fait que les 2 ASBL qui existent actuellement pour la MG sont quasi exclusivement aux mains des universités et l'ABSyM veut à tout prix éviter que cela se reproduise en médecine spécialisée. Par ailleurs, les hôpitaux universitaires se sont toujours, dans le passé, opposés à toute revalorisation des assistants en formation.

Les syndicats médicaux et l'Association nationale des médecins spécialistes en formation se sont réunis pour en discuter. Ils ont estimé que c'était à l'INAMI qu'il revenait d'organiser et de financer le statut des assistants SP. Le financement reste toutefois problématique (car il n'existe actuellement que la partie B7 du budget hospitalier pour les maîtres de stage universitaires) mais le Cabinet De Block rejoint l'ABSyM sur le fond dans le sens qu'il ne veut pas créer d'ASBL supplémentaire.

L'association des médecins spécialistes en formation a également fait part à l'ABSyM des résultats de son sondage auprès de ses membres quant au statut des assistants SP. Il en ressort la volonté d'avoir :

- un statut social complet ;
- la séparation des rôles d'employeur et de formateur en créant des tiers par analogie avec les MG ;
- que les années d'assistantat comptent comme années de travail dans le calcul de la pension ;
- en ce qui concerne l'amélioration du statut social, il y a quelques pistes : épargne pension via une assurance groupe auprès des hôpitaux ou alors mise en place d'un statut complet.

Discrimination à l'égard des médecins étrangers

Le 08.12.2016, l'ABSyM, Catherine Fonck (cdH) et les associations d'étudiants en médecine ont tiré la sonnette d'alarme quand ils ont entendu dire que 41% des nouveaux numéros INAMI attribués à des médecins issus de la Communauté française, sont destinés à des étrangers. En Flandre, ce chiffre atteint 16%. L'ABSyM a déjà indiqué à maintes reprises que la réglementation UE autorisait depuis 2014 la tenue d'un examen linguistique du candidat-médecin immigré et demande qu'une action soit entreprise en ce sens. Du côté flamand, le VAS, accompagné de l'Association flamande des dentistes, avait d'ailleurs déjà réagi en juillet 2016 contre l'afflux de médecins étrangers et les conséquences discriminatoires qui en découlaient pour les jeunes flamands qui se voyaient contraints à réussir un examen d'entrée.

La sécurité des médecins

D'un point de vue physique

➤ En février 2016, le SPF Sécurité Intérieure a lancé un Groupe de travail relatif à la sécurité des médecins. L'ABSyM a alors rencontré le Ministre Jambon à ce sujet pour lui demander :

- Une nouvelle campagne de sensibilisation des médecins et des patients ainsi que la mise à jour de la brochure sur la sécurité de 2009.
- De lancer une grande enquête nationale sur la question afin de mieux définir la réalité du problème. En effet, les informations concernant ces agressions sont fragmentaires. Il est dès lors difficile d'élaborer un plan stratégique. L'Ordre des Médecins a lancé en juin 2016 un formulaire de notification d'agressions à l'égard du médecin. Fin septembre, il y a déjà eu 20 signalements qui concernaient en général des MG.
- Depuis octobre 2016, les médecins généralistes de Roulers sont accompagnés par un policier lorsqu'ils estiment devoir faire une visite à domicile à risque. L'ABSyM salue l'initiative et souhaite qu'elle soit étendue à l'ensemble du territoire. L'établissement d'une loi fédérale à ce sujet a été proposée au ministre.
- Une circulaire du 10.12.2010 met en place les Partenariats Locaux de Prévention (PLP) qui sont un exemple de collaboration entre les citoyens, la police et les autorités. Les citoyens, commerçants, organisations professionnelles et locales jouent un rôle actif dans la sécurité sur base d'un modèle préétabli de communication des informations. En 2016, la Belgique comptait un peu moins de 1.000 PLP dont deux seulement pour les professions de soins santé (en particulier les pharmaciens). L'ABSyM se demande s'il n'y aurait pas lieu de créer un tel PLP pour les médecins.
- La loi du 20.12.2006 modifiant le Code pénal en vue de réprimer plus sévèrement la violence contre certaines catégories de personnes a instauré un article 410 bis qui précise que, dans les cas mentionnés aux articles 398 à 405, si le coupable a commis le crime ou le délit envers [...] un médecin, [...] dans l'exercice de ses fonctions, le minimum de la peine portée par ces articles sera doublé s'il s'agit d'un emprisonnement, et augmenté de deux ans s'il s'agit de la réclusion. L'ABSyM voudrait savoir dans quelle mesure cette circonstance aggravante a été invoquée devant les juridictions. Une solution serait également de pouvoir traiter ces dossiers dans le cadre d'une procédure en référé. Il faudrait également envisager des sanctions administratives communales en cas de violence à l'encontre d'un médecin et ce moyennant accord du parquet.
- Une application smartphone pour prévenir les services de police directement est également une idée soutenue par l'ABSyM. Le ministre a confirmé qu'il voulait mettre en œuvre une application 112 mais le problème est que cela serait utilisable par tout citoyen et pas uniquement à destination du corps médical. Le risque est dès lors que ce service soit surchargé. Une autre idée est d'avoir un bouton de sécurité relié directement à la police (comme par exemple dans les postes de garde).
- Les travailleurs indépendants bénéficient d'avantages fiscaux lorsqu'ils font des investissements en matière de sécurisation de leurs locaux. Par ailleurs, le service techno-prévention de la police peut conseiller le médecin sur la protection de ses locaux. Il y a également des avantages en cas d'investissement numérique. L'ABSyM demande simplement à ce que les médecins soient mieux informés des avantages dont ils peuvent bénéficier.

- L'ABSyM n'est par contre pas favorable à l'idée de l'Ordre des Médecins d'établir une liste noire des patients dangereux. Ce projet est actuellement bloqué.

D'un point de vue mental

Mi-septembre 2016, l'ABSyM s'oppose à l'idée de Domus Medica de mettre en place - soi-disant afin d'aider les médecins en burn-out - un contrôle psychologique annuel et obligatoire.

Par ailleurs, fin octobre, l'Ordre des Médecins présente sa nouvelle plateforme d'aide « Médecins en difficulté ». Cette plateforme agira en totale indépendance de l'aspect disciplinaire de l'Ordre et s'adressera aussi bien aux médecins qu'à leurs assistants et leurs familles.

Un site internet www.médecinsendifficulté.be et un numéro gratuit 0800/23.460 sont à disposition des médecins en burn-out afin de leur offrir un accompagnement accessible, discret et confidentiel. La personne de confiance se préoccupera du médecin en difficulté et essaiera de le guider vers une solution structurelle. Elle pourra l'orienter, si nécessaire, vers un autre dispensateur de soins professionnel. En outre, cette plateforme mettra l'accent sur le recueil des connaissances relatives à cette problématique et leur mise à disposition ainsi que sur la prévention et la sensibilisation.

Redesign des administrations fédérales de soins de santé

Dans le courant 2016, le Cabinet De Block communique une épaisse note relative au redesign des administrations fédérales de soins de santé.

Les constats de départ sont que ces administrations jouent un rôle important dans les soins de santé au niveau de la coordination, du soutien, de la préparation, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques en matière de soins de santé. Toutefois, elles doivent contribuer à l'effort d'assainissement du budget⁸ fédéral et, avec la 6^e réforme de l'état, il y a eu certaines modifications dont il faut tenir compte.

La note ne concerne qu'une partie des administrations fédérales. Seront concernés⁹ :

1. SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement
2. INAMI (avec le SECM, le SCA (Service de Contrôle Administratif) et le FAM (Fonds des Accidents Médicaux))
3. AFMPS (Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé)
4. KCE (le Centre fédéral d'expertise)
5. ISP (l'Institut de Santé Publique)
6. Plate-forme e-health
7. CAAMI (la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité)
8. OCM (Office de Contrôle des Mutuelles)

⁸ Le redesign global des administrations (et pas juste pour la santé) devrait permettre des économies de 100 millions en 2016, 200 millions en 2017 et 250 millions en 2018.

⁹ Ne seront donc pas concernés : Le SPF Sécurité sociale, l'AFCN, le service indemnités de l'INAMI, le FAT (fonds des accidents du travail, le FMP (Fonds des maladies professionnelles et l'administration d'expertise médicale medex. A noter que FAT et FMP ont fusionné pour devenir l'agence fédérale de risque professionnels FEDRIS.

Le gouvernement souhaite rationaliser et regrouper les administrations en créant entre elles un réseau intégré, ce qui implique à l'avenir de développer une stratégie commune et une synergie au niveau des fonctions de soutien au management.

Dans une 2^e mouture du texte, la Ministre précise que si la réduction du nombre d'administrations n'est pas un objectif en soi, il faudra quand même examiner s'il ne faut pas rassembler les entités sur le plan de leurs missions, processus et organisation. Dans tous les cas, l'éventuelle fusion d'organisations ou de missions doit être budgétairement neutre.

Pour que cela fonctionne, le texte précise qu'il faut un coordinateur entre les 8 administrations qui sera la DG soins de santé du SPF Santé Publique. La coordination devra être au niveau intrafédéral (entre les 8 organisations), interfédéral (entre le fédéral et le fédéré) et international et européen (ex UE, OMS...)

Dans le cadre de la collaboration entre administrations, on divisera cela en 3 clusters :

- Connaissance : c'est-à-dire le rassemblement des données et informations en vue de préparer la politique ;
- Politique : c'est-à-dire la mise en œuvre de la politique ;
- Contrôle : c'est-à-dire suivi de la conformité, de la réalité et de l'efficacité.

Ces clusters pourraient être divisées en sous-clusters. Ces différentes missions reprises dans chaque cluster sont actuellement assurées par différentes organisations et il faudrait les rassembler.

L'harmonisation de ces 3 clusters sera assurée par un Comité de management et un Conseil stratégique.

- Le projet De Block prévoit la transformation de l'actuel Conseil Général de l'assurance en un conseil de stratégie de la politique fédérale. Ce serait l'organe permettant aux parties prenantes et administrations de se concerter. La composition de ce conseil pourra rester la même que maintenant mais avec de nouveaux acteurs en plus (ex : patients et milieu académique).
- Le comité de management des fonctionnaires dirigeants des différentes institutions serait quant à lui un lieu commun pour faire de la concertation, développer une stratégie commune, un budget intégré, un projet commun et coordonner leurs activités.

La ministre souhaite aussi la création de l'Institut de l'avenir des soins de santé (qui devra permettre de garantir des réponses concertées aux grands défis en matière de santé) et le développement d'une stratégie IT performante. La plate-forme e-Health pourra intervenir dans ce cadre.

Les compétences des SPF Santé publique et Affaires sociales pour tout ce qui concerne la santé dépendront à l'avenir d'un seul Ministre chargé des soins de santé.

Par ailleurs, la Ministre souhaite étudier les relations entre le SPF et l'INAMI. Cela pourrait passer par la création d'un service fédéral des soins de santé qui serait responsable des aspects santé publique et assurance maladie.

On pourrait aller jusqu'à la création d'une agence de contrôle distincte qui serait l'intégration de toutes les activités d'inspection et de contrôle au sein du domaine stratégique des soins de santé.

L'ABSyM a été invitée à donner son avis sur ce projet. L'ABSyM soutient cette démarche globale mais redoute la mise sous tutelle du SPF Santé publique plutôt que de l'INAMI.

Plan d'action contrôle 2016-2017 des soins de santé

C'est la première fois que ce type de plan d'action voit le jour. Son but : combattre les gaspillages, les abus et les utilisations impropres. Ce plan¹⁰ fait suite au rapport d'activités du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI (SECM) qui précise qu'en 2015, ce service avait constaté des infractions pour un montant total de 11,6 millions d'euros. Il s'inscrit par ailleurs dans le cadre de l'exécution de la « Taskforce de l'INAMI relative aux mesures structurelles dans l'assurance soins de santé » qui prévoit qu'une économie de 25 millions d'euros sur base annuelle doit être réalisée via une meilleure lutte contre des abus et des soins de santé inefficaces.

Le plan prévoit la création d'une plateforme de collaboration intégrée où l'INAMI et les mutualités entreprendront des actions décidées avec d'autres partenaires dans 3 domaines :

- Il faut d'abord prendre une série de **mesures structurelles**, telles que l'introduction d'un audit systématique dans les hôpitaux, la création de points de signalement en matière de fraude et de gaspillage en soins de santé, l'élaboration de la cartographie des accords de collaboration entre dispensateurs de soins, l'obligation de lecture de la carte e-ID des patients, l'analyse des profils déviants des dispensateurs de soins et des services de soins et l'introduction d'un mécanisme de sanction adéquat en cas d'usage abusif du système de tiers payant.
- Un deuxième paquet de mesures concerne des initiatives ayant pour **objectif de restreindre les prestations de santé inefficaces**. Il faudra en l'occurrence prêter attention aux prestations diagnostiques effectuées par les « connexistes »¹¹, à l'amélioration de l'utilisation de l'imagerie médicale conformément au protocole conclu en la matière en 2014, à la prescription d'antibiotiques et à la radioscopie des centres cardiaques. De nouvelles méthodes devront ici être explorées et il faudra également vérifier comment pouvoir créer un lien solide par rapport au système d'accréditation.
- Le troisième point d'attention concerne la **lutte contre les comportements frauduleux**. Des actions concrètes sont prévues en matière d'art infirmier, de kinésithérapie, de dentisterie et de logopédie. Des contrôles sont également prévus au niveau du transport urgent de patients, de la prescription, de l'utilisation de médicaments spécifiques et de l'utilisation de techniques médicales obsolètes. Une inspection des appareils RMN non autorisés sera également mise en chantier. Ce plan donne des priorités à suivre, mais cela ne signifie pas pour autant que d'autres groupes ne seront pas contrôlés. Quiconque abuse ou adopte un comportement inefficace pourra toujours être "flashé".

¹⁰ Qui met à exécution les objectifs formulés en la matière dans l'accord de gouvernement.

¹¹ Le connexisme est la possibilité pour un dispensateur de soins d'effectuer lui-même certains examens ou certains actes d'une autre spécialité en vue de poser son propre diagnostic spécialisé du patient ou en vue du traitement du patient (p. ex. : imagerie de l'abdomen par un spécialiste en gastroentérologie).

Réforme des soins de santé en 2030 par le CIN & Pacte d'avenir avec les Mutuelles

En juin 2016, le Collège Intermutualiste National (CIN) donne sa vision politique de la médecine belge d'ici 2030. Après avoir dressé la liste des points positifs (soins de qualité, accessibles à tous et financièrement relativement abordables...) et négatifs de notre système de santé (absence de programmation, d'évaluation qualitative, pénurie, coûts...), le CIN présente sa vision à long terme pour relever les défis sur base de 5 axes :

A. Définition d'un politique de santé publique dépassant le secteur des soins de santé : les objectifs sociaux seront atteints lorsque tous les secteurs (emploi, logement, enseignement, mesures fiscales, environnement, justice, urbanisme etc...) auront intégré la santé et le bien-être en tant qu'aspect majeur de leur programme (cf. Health in All Policies » de l'OMS).

B. Une recherche permanente de qualité, orientée résultat : La qualité est « la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et rejoignent les connaissances professionnelles du moment ». Les Organismes Assureurs (OA) demandent de passer à un système évalué à partir du résultat et de l'application de procédures standardisées, associées à des systèmes d'accréditation. Il faut veiller à ce que les prestataires atteignent un seuil minimum d'activité et ne dépassent pas un seuil maximum.

C. Reconfigurer l'organisation des soins pour adapter l'offre aux besoins : le CIN demande une approche globale orientée autour des besoins du patient, avec une organisation plus intégrée de la politique de santé ce qui nécessite :

- a. De redéfinir et clarifier la répartition des tâches entre les différentes professions et les différentes lignes de soins, un développement optimal de la multidisciplinarité, avec une évolution vers des financements davantage forfaitaires. Renforcer la qualité et l'échange électronique de l'information entre le patient, les prestataires de soins, les médecins du travail et les médecins-conseils.
- b. Modèle à articuler autour d'une première ligne solide. Développement de normes minimales et de contrôle de qualité des soins de première ligne est également nécessaire.
- c. Développer des structures ou des modalités de soins intermédiaires entre l'hôpital, les MRS/MRPA et le domicile, dans des collaborations entre ces différents niveaux qui doivent s'inscrire dans un continuum de prise en charge des patients.
- d. Une réduction de l'offre en soins hospitaliers aigus et soins hospitaliers psychiatriques devra s'opérer.

D. Améliorer l'accès par la solidarité : Le coût des soins à charge des patients doit diminuer prioritairement via une couverture des besoins essentiels insuffisamment couverts aujourd'hui (soins dentaires, soins de santé mentale, lunettes et appareils auditifs, etc.) et l'accès de tous aux nouveaux traitements ayant démontré une plus-value doit être défendu. Cet objectif doit être atteint grâce à un financement efficient mais aussi stable et solidaire. Un encadrement des suppléments d'honoraires et une limitation de ceux-ci constituent un objectif prioritaire. Cette question renvoie aussi au faible taux de conventionnement de certaines spécialités médicales. Les OA aspirent à un conventionnement complet. Introduire une plus grande différence de remboursement entre conventionnés et non-conventionnés. Les OA souhaitent également réguler les prix et les tarifs, afin d'accroître la transparence financière. Le statut du prestataire (conventionné ou pas) et le montant des suppléments potentiels doivent être mentionnés activement. Plus de transparence des coûts et remboursements. Distinction nette entre honoraire du prestataire et prix du matériel.

E. Par l'efficacité, dégager des moyens pour l'avenir

- Rééquilibrage de la nomenclature sur base de la durée, de la complexité et du risque des prestations pour corriger les sur/sous-financements et tendre vers la qualité et une nomenclature axée sur les besoins. Permettre de tendre vers une révision du système de rémunération des prestataires.
- Révision des sous-quotas des spécialités.
- Adapter la loi coordonnée du 10 mai 2015 afin de mettre en place des délégations de tâches sous surveillance.
- Financement adéquat des soins hospitaliers.
- Diminuer la surconsommation et inciter au bon usage des procédures diagnostiques et thérapeutiques.

L'ABSyM a alors l'occasion de faire part de sa réaction à la lecture de ce texte. Globalement, elle est, bien entendu, tout sauf positive. Ainsi, l'ABSyM expliquera que la grande implication des différents prestataires de soins, qui fait quotidiennement la différence pour le patient, menace de fondre comme neige au soleil, principalement à cause de la pression administrative grandissante dont les mutualités sont en grande partie responsables.

L'ABSyM dénoncera par ailleurs le fait que le texte de vision revendique la prévention pour les mutualités. De cette manière, elles pourraient s'infiltrer dans les dossiers médicaux des patients. Cette idée est aussi politiquement incorrecte qu'elle ne l'est d'un point de vue éthique.

En outre, si la qualité des soins peut indubitablement en être améliorée, il est illusoire de penser que l'introduction d'eHealth rendra les affaires administratives plus simples et meilleur marché. Les possibilités de l'informatique sont illimitées, le temps et l'argent, quant à eux, ne le sont pas. La volonté des mutuelles est claire : elles souhaitent que les données diagnostiques leur soient communiquées. L'objectif d'eHealth ne peut être de permettre aux médecins-conseils des mutuelles de décider du traitement des patients. Le risque de procéder à une sélection de ces derniers et d'interdire le remboursement de certains traitements pourrait constituer un réel danger.

Privilégier davantage la médecine forfaitaire n'a encore jamais prouvé de manière convaincante que cela privilégierait la qualité. À long terme, les mutualités veulent parvenir à un conventionnement complet. En d'autres termes, elles veulent une interdiction absolue des suppléments. Cela met en cause les bases fondatrices des accords de la Saint-Jean de 1964. Nos prédécesseurs ont refusé de se voir imposer un prix à l'unité par les mutualités, cette position n'a pas changé. L'expertise de chaque médecin n'est en effet pas « un bien public ».

Définir des seuils minimaux et maximaux d'activité constitue une atteinte au statut indépendant du médecin. Cela illustre bien le fait que les mutualités aimeraient déterminer les revenus des prestataires de soins.

Le terme « qualité » est cité 52 fois au total dans ce document, mais dans le chef des mutualités, on ne le retrouve qu'une seule fois, et encore, indirectement seulement. Les mutualités ne mentionnent à aucun moment qu'elles aussi pourraient tendre à une meilleure qualité en améliorant l'échange de leurs données internes, ou encore les tâches de leurs médecins-conseils ou de leurs services administratifs.

L'ABSyM conclut alors que ce document est fidèle à l'esprit de la création du British National Health Service, qui date d'il y a septante ans. Ce modèle a démontré depuis quelques décennies déjà quelle débâcle connaissent les soins de santé en Grande-Bretagne. L'ABSyM prône des soins qualitatifs et adéquats, sans gaspillage ni abus. La vision ici proposée ne va pas dans ce sens. Le seul objectif est de permettre aux organismes assureurs de déterminer à quelles conditions quels patients pourront recevoir quels soins et ce, au sein même des institutions contrôlées par ces mêmes organismes. À quelques détails près, l'ABSyM ne peut décemment accepter ce texte de vision. L'ABSyM termine son analyse en

précisant que si une population peut bien se débrouiller sans mutuelles, elle ne le saurait pas sans médecins.

En décembre 2016, la Ministre De Block présente le « **Pacte d'avenir avec les OA** » conclu entre d'une part la Ministre De Block et ses administrations et d'autre part les sept organismes assureurs du pays¹². Ce document tente de redéfinir les rôles et les missions des OA en les adaptant au vu des évolutions de notre société.

Dans les prochaines années, les mutualités évolueront vers des mutualités de santé aidant leurs membres à avoir un mode de vie sain et rester en bonne santé. Le pacte est composé de 6 grands axes :

- Information aux membres et le coaching santé,
- Le soutien de la politique et la bonne gestion de l'assurance soins de santé (les mutuelles ont de nombreuses données qui donnent un aperçu de l'utilisation des soins de santé et ont donc les informations pour fixer des objectifs de santé),
- Le contrôle et l'efficacité (les mutuelles vont avoir un rôle de contrôleur renforcé : contrôle sur la sur et sous-consommation, les pratiques contraires à la science, les cas de fraude et abus...),
- Les tâches des médecins-conseils (seront évaluées et modernisées afin qu'ils puissent valoriser leur expertise),
- L'assurance complémentaire obligatoire (les mutuelles devront évaluer leurs assurances complémentaires obligatoires afin d'arriver à une rationalisation de l'offre et il faudra aussi que ce qui est compris dans cette ACO soit en lien réel avec la santé et les interventions contraires aux notions scientifiques ou avec effets négatifs pour la santé devront être supprimées),
- La bonne gouvernance et la transparence (les OA formuleront eux-mêmes des propositions afin d'améliorer leur efficacité et leur efficience.

L'ABSyM n'est bien entendu pas favorable à ce pacte car il reprend en grosse partie le plan CIN 2030.

Médecine générale

Au niveau de la Région wallonne

Entrée en fonction de l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité)

Au 1^{er} juillet 2014, un certain nombre de compétences en matière de santé ont été transférées aux entités fédérées. Dans notre rapport précédent, nous vous avons présenté l'organisme d'intérêt public wallon (OIP)¹³ qui allait accueillir ces compétences. Le 1^{er} janvier 2016, l'AViQ est officiellement entrée en fonction¹⁴.

¹² L'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, l'Union nationale des mutualités socialistes, l'Union nationale des mutualités neutres, l'Union nationale des mutualités libérales, l'Union nationale des mutualités libres. En outre, la CAAMI et la caisse des soins de santé de HR RAIL (CSSHRRail) ont signé.

¹³ A Bruxelles, la création de l'OIP qui s'appellera Iriscare est toujours en cours en 2016. L'ABSyM se plaindra dans la presse en septembre 2016 de ne plus avoir été contactée par les politiques depuis de longs mois à ce sujet. Contrairement à l'AViQ, les Bruxellois veulent maintenir une séparation entre d'une part, l'administration et d'autre part, l'OIP et ses organes paritaires, calqué sur le modèle de l'INAMI.

¹⁴ On notera, en avril 2016, le départ d'Alda Gréoli, Chef de Cabinet de Maxime Prévot vers des fonctions ministérielles en Région de Bruxelles Capitale. Elle sera remplacée par le Dr Anne Boucquiau qui devient ainsi Cheffe de Cabinet pour les matières de santé, action sociale et égalité des chances.

Du retard dans les appels à candidatures

L'an passé déjà, nous vous expliquions le peu de place laissé aux médecins dans cet organisme malgré nos nombreux courriers et discussions. Tout au long de l'année 2016, nous avons proposé des candidats pour les différentes commissions auxquelles nous pouvions postuler mais l'AViQ ayant accumulé un certain retard dans sa gestion, nous connaissons sans doute les résultats de ces candidatures pour le prochain rapport. En 2016, nous avons eu seulement connaissance du nom des représentants ABSyM au Comité Bien-être et Santé¹⁵ : le Dr Herry, Président de la Chambre de Liège et le Dr Lamy, Premier Vice-président de la Chambre de Braine.

Vers la mise en place d'une assurance autonomie en Wallonie

En 2016, le gouvernement wallon consulte (notamment l'ABSyM) afin de créer une assurance autonomie pour le 1^{er} janvier 2017. En Flandre, une telle assurance existe depuis 2002. A Bruxelles, une étude sur le sujet a été commandée.

Cette assurance doit permettre l'accompagnement dans de bonnes conditions de la perte d'autonomie¹⁶ liée à un handicap, à l'âge ou à la santé en favorisant le maintien à domicile et ce quel que soit l'âge de celui qui vit cette perte d'autonomie. Concrètement, cela donnerait accès à des services¹⁷ comme une aide-ménagère, des repas, une aide à la mobilité, du matériel médical, etc.

Les budgets pour la financer proviendront en partie des cotisations obligatoires¹⁸ des Wallons et en partie d'un apport du budget de l'Action Sociale et de la Santé (environ 200 millions au départ et 350 millions à terme). Une partie restera à charge du bénéficiaire et variera en fonction des revenus individuels du bénéficiaire (une sorte de ticket modérateur).

Réorganisation de la première ligne de soins...

En mars 2016, la note d'orientation concernant la réorganisation des soins de première ligne en Wallonie¹⁹ est présentée aux acteurs du secteur, dont l'ABSyM.

Les postulats de base du cabinet Prévot pour la rédaction de cette note sont : la pénurie de médecins généralistes, surtout en zone rurale, la féminisation de la médecine, les changements de mentalités des jeunes médecins généralistes qui souhaitent des loisirs et pratiquer en groupe et l'accès aux soins de santé encore trop inégal entre couches de la population. Le patient sera au centre et incité à s'adresser d'abord au médecin généraliste (MG), vu comme le pivot des parcours de soins du patient.

Pour cela, la Wallonie veut prendre différentes actions, notamment :

- Améliorer l'information du public concernant les dispositifs existants sur la 1^{ère} ligne ;
- Réorganiser la prise en charge des maladies chroniques ;
- Décloisonner les secteurs, favoriser la multidisciplinarité. Cela passera notamment par le développement de l'échange électronique de données via la Réseau Santé

¹⁵ Au sujet de ces nominations, on notera que Fermabel (Fédération des maisons de repos et de soins) a introduit une procédure en annulation de l'article 1,1° de de l'arrêté du 03.03.2016 nommant les membres du Comité Bien-être et Santé de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles. L'ABSyM a décidé de ne pas introduire de demande en intervention.

¹⁶ Sur base d'un échelle type BelRAI.

¹⁷ En Flandre, les bénéficiaires reçoivent une somme d'argent et non une prestation de service.

¹⁸ L'affiliation se fera au service assurance autonomie de son organisme assureur et sera obligatoire à partir de ses 26 ans. Le montant sera annuel. On parle en 2016 de 50 euros (et 25 euros pour les BIM), soit les mêmes montants qu'en Flandre.

¹⁹ La Région Wallonne est compétente, au niveau de la première ligne, pour les cercles (financement et agrément, à l'exception de la garde qui reste fédérale), les aides Impulseo, les RML, les SISD, les plateformes de soins palliatifs et les équipes multidisciplinaires palliatives.

Wallon, par le soutien aux initiatives de pratiques groupées et le développement des associations de santé intégrée (maisons médicales) ;

- Encourager l'installation des MG dans les zones en pénurie et favoriser l'accessibilité à la MG. Cela passera notamment par la réforme des aides Impulseo. La Wallonie décide la suppression du prêt à taux zéro dès 2016, le passage de la prime de 20 à 25.000 euros et le développement d'Assisteo (cfr ci-dessous) ;
- Développer, former et sensibiliser les professionnels de la santé aux outils informatiques.

... et mise en place de la PPLW

En réaction à ce transfert de compétences et cette note, se met en place la Plate-forme Première Ligne Wallonie (PPLW) qui rassemble les acteurs suivants : ABSyM, GBO, Inter SISD²⁰, AXXON²¹, APB²², AUP²³, Inficonso²⁴, RML²⁵, FMM²⁶, ACCOORD²⁷, UKB²⁸, FAG, Chambres syndicales dentaires, SMD²⁹ et SSMG³⁰.

Le but de cette plate-forme est de se concerter pour proposer une vision unique aux autorités concernant la santé en Région wallonne. Elle veut donc apparaître comme un interlocuteur du Cabinet. En juin 2016, elle demandera d'ailleurs au Cabinet Prévot à bénéficier d'une certaine légitimité.

La plate-forme se dira non satisfaite de la note présentée. En effet, elle estime d'abord que la note cadre correspond plus à une description de l'organisation et la gestion des matières transférées qu'à une véritable vision stratégique à moyen et long terme d'organisation des soins de première ligne. Par ailleurs, les différents protagonistes regretteront également que la note privilégie l'approche médecin généraliste au détriment d'une vision plus pluridisciplinaire intégrant l'ensemble des autres prestataires de soins.

Elle décide donc d'arriver à une solution concertée entre les différents acteurs d'ici la fin de l'année afin de venir la présenter au cabinet début 2017.

Discussion autour de l'Assisteo et d'Impulseo

A côté des aides Impulseo classiques, le Cabinet wallon annonce avoir dégagé un budget de 500.000 euros pour développer le concept d'Assisteo³¹ dont les contours doivent être déterminés en 2016 afin de le mettre en place dès 2017.

L'objectif annoncé : « renforcer la complémentarité du binôme « médecin-infirmier ». La volonté du Ministre Maxime Prévot est de développer davantage la prise en charge globale du patient en y intégrant notamment un volet préventif. Les compétences des infirmiers répondent adéquatement aux tâches liées à la prévention. Ils sont également tout à fait en mesure de réaliser certains actes médicaux délégués comme les prises de sang, la vaccination, la surveillance de la glycémie, la prise de

²⁰ Services Intégrés de Soins à Domicile

²¹ Organisation représentative de défense professionnelle de la kinésithérapie en Belgique

²² Association Pharmaceutique Belge

²³ Association des Unions de Pharmaciens

²⁴ Consortium de 12 asbl regroupant les infirmiers à domicile, salariés et indépendants

²⁵ Réseaux Multidisciplinaires Locaux

²⁶ Fédération des Maisons Médicales

²⁷ Association des Centres de Coordination de soins et de services à domicile

²⁸ Union des Kinésithérapeutes de Belgique

²⁹ Société de Médecine Dentaire

³⁰ Société Scientifique de Médecine Générale

³¹ Le concept d'Assisteo n'est pas nouveau. L'objectif étant d'« offrir » aux médecins une sorte d'assistant de pratique pour l'aider dans les tâches cliniques. Le Ministre Prévot relance l'idée et selon lui c'est l'infirmier de soins à domicile qui dispose du profil adéquat.

paramètres... De cette manière, le médecin pourra se concentrer davantage à son rôle de médecin (pose d'un diagnostic, prescription...). »

Des réunions entre les différents protagonistes ont donc lieu à partir de septembre 2016 sous la houlette du Cabinet Prévot afin de déterminer plus précisément le projet. Le Ministre imaginait, initialement, l'embauche d'un infirmier par le MG avec une aide financière de la Région wallonne. Suite aux réunions du groupe de travail, il apparaît assez rapidement que cette configuration ne tente pas les infirmiers qui ne veulent pas être sous l'autorité du MG.

Les deux Chambres wallonnes de l'ABSyM décident de proposer, en octobre 2016, une solution alternative. L'ABSyM wallonne estime que la pluridisciplinarité est en marche et peut être une aide précieuse pour améliorer considérablement la prise en charge de ces patients complexes. Toutefois, placer la bonne personne à la bonne place au bon moment n'est pas chose facile. Les deux Chambres précisent leur vision :

- L'infirmier est le bon choix pour venir en aide aux médecins généralistes pour une prise en charge efficiente des pathologies chroniques.
- Pour l'efficacité de son travail, l'infirmier doit suivre une formation spécifique sur les objectifs à poursuivre pour améliorer la qualité de vie de ces patients.
- Pour garder son autonomie de travail, l'infirmier doit suivre la prescription de prise en charge du médecin mais ne doit pas être lié par un contrat de travail en relation directe avec le médecin. Le mieux, pour éviter une relation de subordination médecin-infirmier, est que le contrat de travail soit passé avec les RML (Réseaux Multidisciplinaires Locaux). Cela signifie que le Gouvernement wallon s'engagerait à financer les RML à hauteur du projet.
- L'infirmier, en partenariat avec les médecins, peut renforcer et développer la prévention, la promotion de santé, l'éducation thérapeutique, pour autant qu'il y soit formé.

Finalement, le Cabinet décide d'opter pour une méthode de recherche-actions. En bref, des expériences pilotes vont voir le jour en 2017 sous l'impulsion des professionnels de terrain.

De la Coupole au Collège de Médecine Générale

A côté de la Plate-forme Première Ligne Wallonie, il existe d'autres initiatives où les acteurs de terrain essaient de se coordonner face au politique.

Ainsi, au niveau de la MG francophone, il existait depuis 2015 la « Coupole de MG ». Dans le second semestre 2016, les différents acteurs (parmi lesquels on retrouve l'ABSyM) souhaitent que la structure évolue vers un véritable Collège de MG à l'instar de ce qui existe en France c'est-à-dire avec des représentants des mondes scientifique, syndical, académique et des cercles. Dans ce futur collège, on retrouve donc l'ABSyM, le GBO, la FAGW, la FAMGB, la SSMG, CAMG-UCL, DUMG-ULG, DMG-ULB l'UCL.

Le but des rencontres est de partager leurs points de vue sur les dossiers importants de la médecine générale tels que l'organisation des stages, la sécurité des MG, la problématique du burn-out, le respect de la confidentialité dans la télémédecine... Le but du Collège est donc d'être un lieu d'échange, de promouvoir la MG et de devenir le point de contact en MG.

Fin 2016, le Collège entame les discussions afin de mieux se structurer (avec une éventuelle personnalité juridique) en s'accordant sur une vision commune.

Mise sur pied des « Généralistes ABSYM »

Au premier semestre 2016, les MG des deux Chambres wallonnes décident de se réunir sous l'appellation « les Généralistes ABSyM ». Face à la régionalisation, les deux chambres doivent se coordonner.

Au niveau de la Communauté flamande

Préparation de la Conférence sur les soins de santé de première ligne

L'accord de coalition flamand et le document stratégique du ministre Vandeurzen 2014-2019 décrivent une réforme des structures dans les soins de santé de première ligne. Pour lancer cette réforme, le secteur des soins s'est vu proposer un trajet participatif, se traduisant par une conférence relative aux soins de première ligne, au cours du printemps 2017. Lors de cette conférence, différents groupes de travail font connaître leurs propositions préparatoires. Ces dernières doivent être transposées dans la nouvelle réglementation flamande qui redessiner le paysage des soins de première ligne.

L'objectif visé par la conférence de première ligne est la politique flamande en matière de soins de première ligne. Les changements se situent aussi bien au niveau de l'individu qui a besoin de soins qu'au niveau des structures de première ligne. Pour lancer cette réforme, 6 groupes de travail ont vu le jour. Au cours des mois d'octobre 2015 à juillet 2016, chacun des groupes de travail s'est réuni un certain nombre de fois pour formuler des propositions de réponse aux questions posées. Ces propositions furent compilées dans un rapport intermédiaire par groupe de travail, et ensuite analysées par un groupe d'universitaires.

Au cours de la période estivale, un rapport de synthèse intermédiaire résumant les recommandations des différents groupes de travail a été rédigé. Ce texte a été utilisé pour organiser des cycles de contrôle provinciaux au début du printemps et dans le but d'analyser les conclusions provisoires des groupes de travail dans le cadre des activités. Sur la base du feedback, les rapports finaux ont été adaptés par groupe de travail et un rapport final a été rédigé.

Un texte de vision de la médecine de première ligne a été développé dans ce cadre par le VAS et transmis au Ministre flamand Vandeurzen.

Impulseo

Du côté néerlandophone, on a constaté que les paiements Impulseo avaient soudainement été interrompus à la fin du mois de décembre 2016. Le 3 janvier 2017, le VAS a adressé une lettre respectivement au Ministre Vandeurzen et au Ministre Tommelein dans le but de leur demander la raison du retard des paiements et nous nous sommes parallèlement renseigné sur leurs intentions quant à la vision de l'avenir d'Impulseo.

Le Ministre Vandeurzen n'a pas pris la peine de répondre.

Quant au Ministre Tommelein, il a déclaré qu'il n'avait pas eu connaissance d'une interruption ou d'un retard dans les paiements pour ces soutiens à la pratique.

Il a ajouté que le Ministre Vandeurzen est compétent pour cette matière et a recommandé à ce dernier d'en discuter avec le syndicat au cours d'une concertation.

Entretemps, cela fait déjà deux ans que le VAS attend que se poursuive une concertation officielle entamée par les syndicats médicaux avec le Ministre.

Parallèlement, une étude relative au Fonds d'impulsion a été initiée dans le courant de l'année 2016 par un certain nombre de chercheurs des Universités de Gand et de Louvain, auxquelles les Dr De Lepeleire et Jan De Maeseneer ont pris part.

L'un des co-auteurs de cette étude est l'administrateur de l'ASGB, à savoir le Prof. Jan De Lepeleire, et d'autres co-auteurs sont étroitement liés à Domus Medica, qui, faut-il le rappeler, fait partie intégrante du syndicat (de médecins généralistes) AADM.

Cette étude, menée à l'initiative de la Communauté flamande, procède à l'évaluation du dossier Impulseo, depuis sa création jusqu'à aujourd'hui.

Dans le cadre de l'organisation de l'étude, les chercheurs ont invité les experts désignés en matière de fonds d'impulsion, à savoir 11 experts. En outre, quelque 19 personnes ont été conviées par mail à donner leur avis.

Il est surprenant que, dans cette étude, Domus Medica soit mentionnée en tant qu'entité à part entière, au même titre que les autres syndicats, alors que depuis les dernières élections médicales, Domus Medica fait partie intégrante du syndicat AADM. Sous réserve d'une conversation téléphonique avec le VAS, il semble que l'ASGB soit la seule organisation considérée comme entité syndicale à même de donner un feedback.

Sur la base des résultats des recommandations « to be » de cette étude, bon nombre de choses vont encore se passer. La principale préoccupation du syndicat était avant tout la crainte que ce système n'ait plus d'avenir, avec pour conséquence le passif social pour les médecins qui collaborent avec du personnel.

Une partie des conclusions se sont également fondées sur les points de départ des chercheurs (Dr Lepeleire et Dr De Maeseneer) : oui aux assistants de pratique. A la dernière page du document, la note de bas de page 29 déclare explicitement qu'il est nécessaire de réactiver le dossier de l'assistant de pratique pour les soins de première ligne en Flandre.

Là où une part considérable de la satisfaction provient du fonctionnement du fonds participatif flamand, l'objectif réel est à proprement parler de laisser l'Institut flamand pour la Première Ligne, qui doit encore être fondé, reprendre également ces tâches.

En outre, le fonctionnement des structures d'appui satisfait également, bien qu'un participant à l'étude a signalé qu'il perçoit la force des syndicats médicaux comme une menace.

Il n'a fallu aucune étude pour savoir que la délimitation de la zone des médecins généralistes est approximative et que l'éventuelle reformulation de ce qu'est une zone en pénurie de médecins généralistes ne semble pas toujours être un si bon choix.

L'objectif sera de continuer à travailler sur la conditionnalité du Fonds d'impulsion mais son essence continuera à être préservée.

Coordination des services de garde

Etant donné qu'au sein de la médicomut relative à la question de l'octroi des moyens en matière de coordination des services de garde, des questions de principe quant à l'application adéquate de la loi relative aux marchés publics et au conflit d'intérêts possible à cause du rôle de Domus Medica/AADM ont émergé, l'ABSyM a adressé une lettre à la médicomut. Suite à l'annonce de cette problématique, il a été convenu que toutes les associations de médecins flamandes, en collaboration avec les postes de garde flamands, feraient partie d'une asbl qui serait en charge du projet relatif à la coordination des services de garde en Flandre.

Sortie de crise pour les Postes Médicaux de Gardes (PMG)

Fin 2015, éclate ce que l'on pourrait qualifier de « crise des PMG³² ». En pleine négociation sur le budget 2016, nous apprenons l'intention du gouvernement de geler une partie du budget dédié aux PMG et cela

³² Plus de détails sur cette crise, sa gestion et l'accord dans le rapport 2015.

sans aucune concertation préalable avec les acteurs de terrain ni même avec le groupe de travail (GT) PMG de la médico mut qui a été tout simplement ignoré.

Une solution alternative à la proposition initiale du gel de quelque 10 millions d'euros est finalement trouvée et entérinée dans l'accord médico-mut 2016-2017 qui prévoit la création d'une Task Force. Celle-ci sera composée de représentants de la CNMM, des PMG, des cercles, des hôpitaux, des médecins urgentistes et des autorités. L'ABSyM y sera bien entendu partie prenante.

La Task Force (TF) PMG s'est réunie pour la première fois fin janvier 2016. Le Dr Jacquemain, administratrice de la Chambre de Liège, s'est particulièrement investie dans ce dossier. Parmi les missions de la Task Force, on retrouve :

- Transmettre un plan d'accords standard entre services de garde, PMG et urgences d'ici fin mars 2016.
- Rédiger un plan d'approche avant juin 2016 comprenant un modèle standard et un modèle d'exception des règles à respecter pour les PMG. D'après le gouvernement, le modèle standard est le PMG physiquement et opérationnellement relié à un service d'urgence. Le but est que ceux qui ne devraient pas être aux urgences puissent facilement être renvoyés au PMG dans les environs du service d'urgence et vice versa.
- Réaliser un rapport d'audit sur le fonctionnement actuel des PMG courant 2016.
- Rapporter au sujet du GT 1733.

L'ABSyM dénonce alors assez rapidement la façon de travailler de cette TF divisée en deux groupes de travail (un sur le modèle de plan d'accords, un autre sur le modèle standard du PMG). Le ton est dirigiste, de style « top down » et non « bottom-up » (pas d'ordre du jour, pas de PV et l'on s'oriente vers un hospitalo-centrisme). Les premiers échanges dans le cadre du groupe de travail accord vont, au départ, jusqu'à envisager le PMG carrément au sein de l'hôpital, parlant dès lors de PMGU (pour Urgences). Les discussions avec le cabinet sont dès lors assez houleuses et débouchent sur une lettre signée par l'ABSyM, le FAG, Domus Medica, PMG de Flandre, FAMGB, AADM, SVH, GBO, ASGB et Modes pour dénoncer la situation. Finalement, le Groupe de Travail modèle standard finit par disparaître et est remplacé par des entretiens bilatéraux. Le Cabinet cède sur de nombreuses demandes.

Fin du premier trimestre 2016, un document de plan d'accord est finalisé. A force d'heures de négociation, sous la direction du Dr de Toeuf, l'ABSyM a obtenu une série de satisfactions. Ainsi, le Cabinet décide finalement que le PMG ne sera pas obligatoire et, s'il existe, il ne sera pas obligatoirement dans - ou accolé - à l'hôpital. Il ne devra pas non plus nécessairement être ouvert 24h/24 et 7j/7. Le Cabinet réitère son intention de mener à bien le 1733 mais annonce d'emblée que se fixer fin 2016 comme deadline n'est pas réaliste. Le plan d'accord reprend un certain nombre de critères minimaux qui devront être discutés en tenant compte des réalités locales. Les nouveaux projets de postes de garde sont tenus de présenter un tel plan d'accords lors de l'introduction de leur dossier à l'INAMI et tous les PMG existants devront en posséder un d'ici fin 2017. Si aucune collaboration n'est possible, les raisons devront être reprises dans le plan d'accords à titre d'information afin d'éventuellement contribuer à l'amélioration du financement et de l'organisation des soins non programmables.

Parallèlement, se réalise l'audit sur le financement des PMG. Sur la base des rapports financiers des postes de garde de médecine générale pour l'année 2015 et des données d'activité, un certain nombre d'analyses quantitatives ont été effectuées dans un premier temps. Il en ressort que le poste de garde moyen effectue 4.402 consultations et 1.495 visites à domicile par an et que le coût de fonctionnement annuel moyen d'un poste de garde s'élève à 286.732 euros.

Sur la base de données d'un nombre plutôt limité de postes de garde de médecine générale, on peut constater que le nombre moyen de consultations de nuit est de 2,4 et le nombre moyen de visites à domicile de 1,23.

Il ressort de cet audit que des économies peuvent être faites sur les 3 plus gros postes de dépenses des PMG : coordination & administration, accueil et transport. Afin d'œuvrer en ce sens, on pourrait aller vers :

- Des contrats-cadres ;
- La possibilité d'organiser la garde différemment durant la nuit dans les régions où l'activité est faible, en particulier en ce qui concerne le transport ;
- La possibilité de fusionner des administrations/coordinations ;
- Couvrir des zones d'au moins 100.000 habitants.

Mais tout cela doit être discuté avec les acteurs de terrain courant 2017. Nous y reviendrons donc dans le prochain rapport.

Recours TPO

Dans le rapport 2015, nous vous annonçons que l'ABSyM avait décidé d'introduire divers recours contre le tiers-payant obligatoire.

Quant au recours en suspension contre l'AR du 18.09.2015, introduit auprès du Conseil d'Etat :

En mai 2016, nous avons appris que l'urgence invoquée pour suspendre l'AR du 18.09.2015 relatif au tiers-payant a été rejetée par le Conseil d'Etat. Le Conseil d'Etat doit encore analyser notre demande et rendre sa décision sur le fond.

Quant au recours en annulation contre l'article 20 de la loi du 17.07.2015 portant dispositions diverses en matière de santé, introduit auprès de la Cour Constitutionnelle :

Selon nous, cette disposition instaure une différence de traitement non justifiée entre les MG et les SP. Ces derniers ne sont pas soumis au TPO alors qu'ils peuvent prodiguer des soins de santé de base remboursés. Par ailleurs, la disposition attaquée introduit une différence de traitement non justifiée entre les MG et les autres titulaires d'une profession libérale, les premiers étant privés du droit d'être payés par le cocontractant sans intervention d'un organisme public. Par contre, alors qu'il aurait été logique de traiter différemment les MG conventionnés et les autres, la loi les met sur le même pied d'égalité.

La Cour Constitutionnelle nous a débouté fin mai 2016, estimant que ces différences étaient justifiées et non discriminatoires. Elle a estimé que le TPO pour les MG est acceptable précisément parce qu'ils exercent une spécialité axée sur les soins de santé de première ligne et jouent par conséquent un rôle spécifique dans la promotion de l'accessibilité des soins de santé.

Rejet du recours contre l'AR du 26 mars 2014 relatif à l'exercice de l'homéopathie – décision n° 23679 du Conseil d'Etat du 27.10.2016

L'AR qui règle l'exercice de l'homéopathie a été publié au MB du 12 mai 2014. Il règle l'enregistrement (et la reconnaissance) des prestataires de soins qui pratiquent l'homéopathie et définit les frontières de l'exercice de l'homéopathie.

L'homéopathie est chasse gardée pour les médecins, dentistes et sages-femmes. Ils doivent avant toute chose avoir suivi une formation universitaire. Comme mesure transitoire, l'homéopathie peut également être exercée sous certaines conditions par des praticiens d'autres professions de soins – à condition qu'ils aient suivi une formation reconnue.

Les prestataires de soins peuvent toujours exercer l'homéopathie, dans les limites de leurs compétences, conformément à l'AR 78.

L'ABSyM estimait notamment que les conditions et les exigences imposées par l'AR pour l'exercice de l'homéopathie doivent comprendre une limitation de leur liberté thérapeutique.

Le Conseil d'État fait remarquer que les limitations sont une conséquence de l'obligation d'enregistrement pour les pratiques non conventionnelles. Mais cette obligation d'enregistrement découle de la loi du 29 avril 1999 et non pas de l'AR comprenant les décisions d'exécution.

L'ABSyM a également soulevé l'objection suivante : les médecins-homéopathes doivent se conformer à la déontologie médicale et aux indications EBM pour l'homéopathie, bien que cette obligation ne s'impose pas à d'autres professions de santé.

Par la suite, des arguments en défaveur de la mesure transitoire ont également vu le jour, pour les prestataires de soins qui ne sont ni médecin, ni dentiste, ni sage-femme mais peuvent tout de même encore demander une reconnaissance pour l'homéopathie durant une période de cinq ans. Il s'agit de personnes qui exercent une profession de soins à un niveau de baccalauréat et avaient entamé ou terminé une formation en homéopathie au moment où l'AR était en vigueur. L'ABSyM estime en outre qu'il n'est pas correct que la Chambre d'homéopathie doive délivrer le certificat pour la formation.

Le Conseil d'Etat rejette ces objections. Il estime par exemple que les exigences EBM peuvent également être valables pour les autres professions de soins. La période de cinq ans n'est aucunement en conflit avec la loi. Et de plus, le Conseil d'État rejette l'argument selon lequel la mesure impliquant que la Chambre doive délivrer le certificat constitue un inconvénient pour les médecins.

Si l'on s'en réfère à la déontologie médicale et à l'obligation de travailler selon les indications EBM, le Conseil d'Etat estime qu'il n'y a aucun problème. Ces obligations déontologiques sont valables pour tous les médecins, qu'elles figurent actuellement dans une loi ou non.

La réforme du financement hospitalier

➤ En 2016, les réunions du « **Comité de concertation réforme des hôpitaux** » - mis en place par la Ministre et où les Docteurs Marc Moens, Jacques de Toeuf et Philippe Devos représentent l'ABSyM - ont continué. On rappellera que l'objectif de ce groupe de travail est d'informer la Ministre sur les positions des acteurs de terrain et non pas d'y prendre des décisions.

➤ Parallèlement, les premiers **projets pilotes** dont nous vous parlions l'année passée ont été mis en route courant 2016.

Ainsi, en février 2016, sept projets « *accouchements avec séjour hospitalier écourté* » ont été sélectionnés. Ces projets dureront 2 ans. Ils seront évalués chaque année et feront l'objet d'une adaptation. Au terme des 2 ans, le gouvernement décidera quels aspects des projets seront introduits plus largement. Durant la période d'essai, les patients qui y participeront donneront leur consentement préalable.

En juin 2016, l'appel à projets pilotes autour de « *l'hospitalisation à domicile* » est lancé jusque mi-septembre. Cet appel vise avant tout « *l'antibiothérapie par voie intraveineuse à domicile* ». Les projets peuvent être introduits par des groupes de prestataires de soins ou des services. La contrainte est qu'il faut nécessairement une collaboration avec au moins un hôpital au sein duquel est prévue une expertise aussi bien médicale qu'infirmière. Il y a un cahier des charges à respecter, notamment qu'il n'y ait pas de frais supplémentaires pour le patient.

➤ Dans sa note de politique générale présentée fin octobre 2016, la Ministre De Block développe sa **vision du P4Q (Pay for Quality)**. Elle compte développer modestement ce système et ne l'élargir

que s'il améliore significativement la qualité dans les hôpitaux. Les grandes lignes seront les suivantes :

- Ce système s'appliquera à tous les hôpitaux généraux.
- Aussi bien l'amélioration de la qualité que l'obtention d'une norme minimale peuvent être récompensées.
- Le système devra reposer au maximum sur les indicateurs existants ou sur ceux qui peuvent être déduits des enregistrements existants afin d'éviter que les hôpitaux procèdent à ces enregistrements uniquement pour ce financement.
- Le secteur doit être préalablement bien informé des projets : savoir quels indicateurs utiliser, comment les mesurer et les évaluer, etc.

➤ En 2016, le **KCE a publié deux rapports au sujet de cette réforme.**

○ En juillet 2016, c'est la publication du rapport 270 B du KCE sur la « *Clusterisation des groupes de pathologies selon les similarités de séjours hospitaliers* » qui a pour but :

- De répondre à la question de savoir si les séjours hospitaliers peuvent être classés entre 3 clusters. L'analyse du KCE arrive à la conclusion que c'est possible mais qu'il n'y a pas de distinction nette entre ces trois clusters. Pour cela, il faut continuer à affiner dès qu'on a plus de données, réorganiser les pathologies historiques et poursuivre l'harmonisation entre cliniciens des différentes disciplines
- De voir, au sein du cluster 1 à faible variabilité, quels sont les groupes de pathologies candidats à un forfait prospectif.

En effet, la réforme prévoit trois types de financement :

- Soins à faible variation : financement prospectif des honoraires et des journées d'hospitalisation ;
- Soins à moyenne variation : financement similaire à ce qui existe actuellement avec le BMF ;
- Soins à haute variabilité ou peu standardisés : système de financement basé sur les prestations réellement délivrées.

○ Fin 2016 est publiée l'étude 277B du KCE relative au « *Modèle de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux* ».

Le KCE explique que l'on parle de « partenariat entre hôpitaux » mais que la réalité visée doit être définie et pour cela, il faut voir ce qui existe actuellement en Belgique comme type de collaboration et structure de gouvernance hospitalière, ce qui existe à l'étranger et en discuter avec les stakeholders. Le rapport du KCE a donc analysé le tout et listé les principaux problèmes qui en ressortent. Ensuite, le rapport a repris une série de recommandations.

Principalement, le KCE préconise d'intégrer dans la loi actuelle sur les hôpitaux, des nouvelles formes de collaborations qui doivent être flexibles et inclure les médecins. Concrètement, le KCE propose 3 nouvelles formes légales de collaboration à côté des traditionnelles associations, groupement et fusion : le système de soins intégrés, le réseau coordonné et l'initiative de collaboration autonome.

Dans chacun des 3 modèles, les hôpitaux participants sont pilotés par un organe de décision commun. Dans un réseau coordonné, un organe de gouvernance centrale (le comité de réseau) détient des pouvoirs de décision délimités par les hôpitaux membres du réseau. Le degré de collaboration dépend de ce que les hôpitaux ont décidé. Dans un système de soins intégrés et dans les initiatives de collaboration autonome, l'organe de gouvernance centrale (sorte de conseil médical commun) est responsable de

toutes les décisions stratégiques. A la différence que, dans le cas des soins intégrés, la collaboration est très large et, dans la collaboration autonome, il y a juste une collaboration sur certains programmes de soins déterminés.

Le KCE propose de laisser à chaque hôpital le soin de choisir ce qu'il veut. Le KCE propose également de maintenir les formes de collaboration actuelles mais d'interdire de nouvelles associations et groupement pour l'instant³³.

➤ Fin 2016, la ministre a également fait **3 notes conceptuelles** en la matière

1. Note sur les réseaux hospitaliers

Le développement de réseaux doit permettre une rationalisation de l'offre de soins.

Les hôpitaux ne seront plus cadencés dans les traditionnels : « fusion, groupement ou association » mais pourront désormais s'inscrire dans le cadre de réseaux.

C'est bien l'hôpital et non le service ou la fonction qui fait partie du réseau. Aucun hôpital ne pourra être exclu du réseau. Un hôpital ne sera membre que d'un seul réseau. Les hôpitaux psychiatriques et spécialisés pourront également participer au réseau. Ces différents réseaux devront être approuvés par l'autorité publique.

Dès lors, certaines autorisations d'exercer certaines activités ainsi que leur financement ne seront plus attribuées à certains hôpitaux individuellement mais au réseau d'hôpitaux. Le fait que l'autorisation sera donnée au réseau ne signifiera pas qu'elle est donnée à tous les hôpitaux du réseau. Les hôpitaux devront donc collaborer mais également signer des accords sur la répartition des tâches entre eux afin de dispatcher les patients et répartir les pathologies.

Les autorités fixeront quelques grandes règles (canevas) sur cette question mais le but est que les hôpitaux prennent eux-mêmes des initiatives dans cette nouvelle collaboration. Ainsi, la loi sur les hôpitaux qui ne connaît que l'hôpital individuel sera réformée. Le but sera de focaliser l'attention sur le réseau hospitalier clinique locorégional et pas l'hôpital individuel. On distinguera :

- Le réseau hospitalier clinique locorégional : certaines missions de soins peuvent se retrouver dans tous les hôpitaux de ce réseau mais pas nécessairement. Un réseau locorégional visera 400 à 500.000 patients potentiels qui sont dans une zone en continuité géographique. Il y aura donc 25 réseaux locorégionaux programmés pour l'ensemble du pays.
- Le réseau de référence pour les missions de soins suprarégionales : on vise un territoire plus grand et, dans cette hypothèse, ladite mission de soins ne se retrouve que dans un hôpital et non dans chaque hôpital ni même dans chaque réseau locorégional. Les missions de soins suprarégionales ne sont donc, par définition, accessibles que dans un nombre limité d'hôpitaux (universitaires ou généraux). Il s'agit des missions de soins pour lesquelles moins d'une unité est requise par 400 ou 500.000 patients potentiels. Par conséquent, le nombre de réseaux suprarégionaux sera moindre que le nombre de réseaux locorégionaux. L'hôpital qui propose ce type de mission suprarégionale est « un point de référence ».

Après l'adaptation de la législation, les hôpitaux seront chargés de préparer dans un délai de 4 mois une déclaration d'intention pour un réseau clinique locorégional. Les autorités compétentes les évalueront

³³ Cf. art. 25 et 26 de la loi programme du 25.12.2016.

et donneront un feedback aux hôpitaux dans les deux mois. Le but est que les réseaux cliniques locorégionaux soient formés d'ici fin 2017³⁴.

L'ABSyM a, à ce sujet, toujours défendu que les différents hôpitaux du réseau doivent se trouver sur un pied d'égalité et non de hiérarchie ; que cette mise en réseau apporte une qualité pour le patient et une meilleure circulation des médecins entre hôpitaux ; que l'adhésion au réseau se fasse sur base volontaire ; que pour faire partie d'un réseau, il faut l'accord tant du gestionnaire que du Conseil médical et que bien qu'en réseau, chaque hôpital conserve son numéro d'agrément, ses organes internes prévus par la Loi sur les hôpitaux, en particulier son Conseil Médical. Il faudra faciliter la mobilité des médecins d'un hôpital à l'autre au sein du réseau (traitement et suivi de son patient dans l'hôpital où se feront certains actes de manière exclusive).

2. Note sur la gouvernance des réseaux hospitaliers

Il faudra que le réseau locorégional ait une personnalité juridique avec une gouvernance correspondante pour permettre une collaboration durable entre hôpitaux. En effet, peu à peu, les missions de soins locorégionales ne seront plus confiées aux hôpitaux individuels mais au réseau. L'organe de gestion du réseau décidera ensuite à quel hôpital de son réseau il donne cette mission de soins.

La fonction de médecin-chef du réseau est prévue. Il sera le responsable des médecins-chefs des hôpitaux individuels. Il y aura un conseil médical au niveau du réseau en plus du conseil médical au niveau de l'hôpital.

Le réseau devra définir la stratégie de l'offre médicale locorégionale, la coordonner, faire des accords financiers relatifs aux missions de soins en question. Si des missions de soins se retrouvent dans plusieurs hôpitaux, alors il faudra engager le médecin au niveau du réseau et pas de l'hôpital individuel.

En conclusion, on retrouvera un conseil médical locorégional, un médecin-chef locorégional et un organe de gestion locorégional.

3. Note sur le programme de programmation

Actuellement, peu de missions de soins ou d'appareils sont soumis à une programmation. Pourtant, il existe une surcapacité de certains services, de certaines fonctions et certains programmes de soins. Il faut donc adapter l'offre de soins en fonction des besoins de la population et affecter les moyens de manière efficace. Pour cela, il faut un programme de programmation. Son exécution durera 7 ans.

Le programme de programmation aura pour buts :

- De donner un aperçu des missions de soins considérées comme étant des missions suprarégionales et des missions locorégionales ;
- D'indiquer quelles missions de soins devront être programmées sur une période de 7 ans ;
- D'identifier les priorités dans ce programme.

Les critères de programmation peuvent se focaliser sur les spécialisations, la capacité, l'équipement, la coordination des travaux, etc. Les critères ne se limitent pas à fixer un nombre maximal. Il s'agit de chaque règle ou formule mathématique permettant de déterminer les besoins généraux et spécifiques de

³⁴ Cela rentre dans le cadre des 92 millions d'euros d'économies à faire en 2017 sur le BMF des hôpitaux. Pour y arriver, 3 grands axes : exécution accélérée du plan de réforme de Block c'est-à-dire création des réseaux d'hôpitaux comme levier de rationalisation de l'offre et réduction des surcapacités (en termes de lits, services, appareils et campus) + réduction des obligations des hôpitaux et, par conséquent, des coûts.

la population dans une zone de soins à définir (par exemple le taux d'activités, les nombres minimaux, les nombres par tranche de population, par unité nationale, par type d'hôpital, etc.). Il peut alors être tenu compte du chiffre de la population, de la structure, de l'âge, de la morbidité, de la répartition géographique, etc...

Cet instrument de programmation a été rarement appliqué dans le passé. Et lorsqu'il l'était, il était souvent critiqué pour manque de transparence, absence de fondement scientifique, rigidité, ... En conséquence, un instrument de programmation « new style » a été adopté au Conseil des Ministres de fin octobre 2016.

Conclusion

L'année 2016 s'est terminée sur une profonde rupture entre le corps médical et le pouvoir politique. Cela s'est concrétisé par la résolution de plein droit de l'accord médico-mutualiste début 2017. S'il y avait encore des indécis sur la question, il est désormais clair que la concertation telle qu'on la connaît a fait son temps. Une réforme est la condition sine qua non pour le maintien du système des accords. L'ingérence et l'attitude des Mutuelles dans l'organisation et le travail de la profession médicale n'est plus admissible. Leur volonté d'asservir le corps médical n'a que trop duré.

L'année écoulée a également été l'année du lancement de la réforme du financement hospitalier avec la mise en œuvre des premiers projets pilotes. La médecine générale n'est pas en reste. Elle est en effet à l'aube de ce qui est annoncé comme de profonds changements suite, notamment, au transfert de compétences aux entités fédérées. Interdisciplinarité et recentrage sur le patient sont les mots d'ordre.

L'informatisation de la médecine, appelée télémédecine dans le jargon officiel, a vu 2016 consacrer son omniprésence et son omnipotence au risque d'en laisser certains sur le bord de la route. Le sempiternel problème de numerus clausus - concours vs examen, à l'entrée vs à la sortie de première année - a une fois encore rythmé toute l'année passée en francophonie. Le tout jalonné de quelques recours introduits par des étudiants mécontents.

L'année 2017 ne sera pas des moins intéressantes : la médico-mutualiste devra se réinventer, les réseaux hospitaliers devront voir le jour et la réforme présentée en 2016 de l'AR n°78 concernant les professions de soins de santé nous réservera sans aucun doute beaucoup de travail.

En résumé, 2017 sera sans surprise une nouvelle année au cours de laquelle les médecins auront besoin d'une défense professionnelle de qualité présente sur tous les fronts.