

Année 2019

RAPPORT D'ACTIVITÉ

Approuvé par l'Assemblée générale du 05 septembre 2020

Table des matières

Introduction	2
Activités purement camérales	3
Changements internes à l'ABSyM	6
1. Fusion des deux Chambres wallonnes	6
2. Changements à la tête de l'ABSyM	7
Défense collective	8
1. Mise en réseaux des hôpitaux	8
2. Loi relative à la qualité de la pratique dans les soins de santé et premier arrêté d'exécution relatif à la garde	8
3. Enquête sur la multidisciplinarité	10
4. Accord médico-mutualiste 2020	17
5. Réforme de la nomenclature	20
6. Plan d'action eSanté 2019 – 2021	22
7. Les études de médecine : augmentation des quotas en Flandre	27
8. Financement des Postes Médicaux de Garde (PMG)	27
9. Élections politiques	29
10. Réunions internationales	30
i. Réunion de printemps de l'UEMO en Roumanie	30
ii. L'Assemblée générale d'automne de l'UEMO en Serbie	31
iii. Réunion de l'EANA à Bratislava	32
Conclusion	32

Introduction

L'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM) est au service des médecins depuis plus de 55 ans. Précisément, elle est **l'organisation la plus représentative du corps médical belge**, comme cela ressort des élections syndicales organisées tous les 4 ans par l'INAMI¹. En d'autres termes, l'ABSyM est un syndicat qui défend les intérêts des médecins généralistes et spécialistes belges (qu'ils soient francophones, néerlandophones ou germanophones) et est, à ce titre, l'organisation syndicale la plus plébiscitée par les médecins et ce depuis l'instauration des élections médicales en 1990.

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

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

Chaque année, le Conseil d'administration de l'ABSyM 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 05 septembre 2020

L'activité de l'ABSyM s'articule autour de deux grands axes : le travail de l'entité fédérale d'une part et le travail des 5 Chambres ou Sections syndicales d'autre part. Les 5 Chambres ou Sections sont coordonnées entre elles par le Bureau fédéral situé à Bruxelles. Les 6 entités coordonnent leur travail dans un but de promotion et protection des intérêts des médecins.

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

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 et des Chambres et Sections syndicales en 2019. Par ailleurs, 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 et les bureaux techniques des 5 Chambres et Sections syndicales restent à votre disposition pour vous fournir toutes les informations complémentaires nécessaires.

Vous pouvez nous contacter via les coordonnées suivantes :

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

¹ Institut national maladie-invalidité.

Activités purement camérales

Pour connaître les détails des activités des différentes Chambres ou Sections, renvoi est fait à leur rapport d'activité interne. Toutefois, grosso modo, chaque Chambre ou Section s'occupe des dossiers suivants :

- Traitement des **questions juridiques** :
 - o De ses membres ;
 - o Concernant l'ensemble de la profession (analyse des textes normatifs en projet ou fraîchement adoptés afin d'étudier les répercussions, problèmes et avantages juridiques ainsi que faire des contre-propositions et informer nos membres,...);

- Traitement des dossiers **Impulseo** des médecins généralistes en tant que structure d'appui et d'accompagnement.

A ce sujet, nous noterons la lettre que nous avons envoyée à la nouvelle ministre wallonne de la santé, Christie Morreale, fin octobre 2019, afin **d'autoriser le cumul des aides Impulseo II et III**.

Actuellement, l'arrêté royal de 2012 instaurant un Fonds d'impulsion pour les MG stipule en son article 22 que les interventions Impulseo dans les coûts salariaux d'un employé administratif et dans les frais de télésecrétariat ne sont pas cumulables pour le même mois dans le chef d'un même médecin, qu'il exerce solo ou en groupe.

Si l'on peut comprendre la volonté d'éviter un double financement pour une même activité effective en même temps – ce qui semble effectivement *a priori* peu probable - la formulation de l'AR n'est pas adaptée à la réalité de la pratique du médecin généraliste.

En effet, la réalité de terrain conduit parfois à devoir cumuler les deux (employé et télésecrétariat), sans pour autant avoir un service effectif rendu par les deux au même moment.

Ainsi, par exemple, lors des vacances annuelles de l'employé administratif, le médecin généraliste peut recourir au télésecrétariat pour le remplacer. Le contrat de l'employé est donc toujours effectif et ses congés rémunérés, pourtant, le médecin ne bénéficie d'aucun service effectif de sa part de telle sorte qu'il doit faire appel à une solution de rechange temporaire pour pouvoir fonctionner, à savoir le télésecrétariat.

Il en va de même lorsque l'employé est en incapacité de travail. Le premier mois, il reste à charge de l'employeur. Le médecin doit donc toujours le financer mais, étant donné qu'il ne bénéficie plus de son travail effectif, il doit faire appel à un service de télésecrétariat en doublon du salaire de l'employé.

Pareillement, lorsque le temps de travail de l'employé (qu'il soit mi-temps, $\frac{3}{4}$ de temps ou même temps plein) ne couvre pas toutes les plages horaires d'ouverture du cabinet médical. A nouveau, le médecin doit combler ces périodes avec un service de télésecrétariat qui couvre donc le même mois que le contrat de l'employé et vient s'ajouter - et non se superposer - à son travail.

Le choix du télésecrétariat est moins coûteux pour les médecins et pour la Région wallonne. En effet, l'aide Impulseo est de 6.300€ par médecin pour un employé et de 3.700€ par médecin pour un télésecrétariat.

Nous avons donc demandé à la ministre pour que la formulation de l'article 22 de l'AR susmentionné soit revue afin de conserver l'interdiction d'un double paiement d'un même travail effectif en même temps mais de désormais permettre le paiement d'Impulseo II et III pour un même mois dès lors que cela couvre du travail effectif différent ou en remplacement l'un de l'autre. En effet, c'est la notion de travail effectif qui doit prévaloir plutôt que la période couverte puisque, comme illustré ci-dessus, vous pouvez avoir deux contrats (employé et télésecrétariat) qui couvrent une même période mais qui ne se traduisent pas par du travail effectif dans le chef de l'employé (car malade, en vacances ou hors timat) mais bien par du travail effectif dans le chef du télésecrétariat. En cas de maladie ou vacances, le télésecrétariat vient en remplacement de l'employé toujours à charge de l'employeur mais sans prestation de service effective en contrepartie. En cas de timat employé insuffisant, le télésecrétariat vient en surplus du travail effectif de l'employé.

Activités flamandes relatives au fonds d'impulsion :

« Le groupe de projet consistant à 'soutenir les différentes formes de pratiques multidisciplinaires et la capacité en soins' a été créé au sein du Gouvernement flamand pour transposer le contexte d'une pratique en pleine mutation et les recommandations en rapport avec le fonds d'impulsion en politiques concrètes.

Bien que le nom du groupe de travail souligne l'aspect multidisciplinaire, le groupe de travail est d'avis que l'ambition doit être d'évoluer vers une collaboration interprofessionnelle, au sein de laquelle l'ensemble des acteurs du domaine des soins de santé se partagent la responsabilité de l'intégralité du processus de soins.

Dans le rapport final 'Soutenir les différentes formes de pratiques multidisciplinaires et la capacité en soins', publié en mai 2019, le groupe de travail a présenté les concepts suivants:

1. L'objectif principal du soutien doit resté dirigé sur la garantie d'accessibilité des soins de santé de première ligne par le biais d'une bonne répartition de l'offre et d'une attention particulière portée aux groupes socialement vulnérables.
2. L'engagement permanent en matière de valorisation des médecins généralistes et de reconnaissance de leurs besoins.
3. Les critères pour délimiter les zones pauvres en médecins généralistes ou les zones prioritaires doivent être davantage affinés et différenciés.
4. Il est préférable d'étendre le soutien de la pratique de première ligne du (télé)secrétariat vers d'autres disciplines au sein de la pratique (assistance de pratique, travail social, art infirmier, etc.)
5. Davantage d'investissement en termes de stimulation et de soutien de la collaboration (travail multidisciplinaire)
6. La possibilité d'évaluation doit être prise en compte dès le départ ».

- Du côté de la Chambre du Hainaut, Namur et Brabant wallon, organisation de **séminaires accrédités** en éthique et économie, nous retiendrons :
 - Le séminaire du 23.03.20219 sur la réforme des hôpitaux (130 participants) ;
 - Le séminaire du 21.09.20219 sur les droits des médecins face aux droits des patients (140 participants) ;

- Du côté du syndicat des médecins flamands (VAS), dpt. d'Anvers, du Limbourg et du Brabant flamand, nous retiendrons:
 - Séminaires, symposiums et sessions d'information accrédités en 2019:
 - VAS-Startersdag du 02.04.2019 (70 participants)
 - VAS-Startersdag pour les médecins généralistes en formation du 22.10.2019 (33 participants)
 - Sessions d'information du 16.11.2019 "De medische raad in transitie" (39 participants)
 - Sessions d'information du 03.12.2019 "De artsenassociatie hertekend: nieuwe wetgeving, nieuwe samenwerkingsovereenkomst?" (60 participants)
 - Séminaires, symposiums, sessions d'information et autres événements non accrédités en 2019:
 - VAS-Startersdag pour les médecins du 12.03.2019 (370 participants)
 - Session d'information du 21.03.2019 "Denk vroeger aan later" (annulé)
 - Après-midi pour les médecins généralistes en formation du 09.04.2019 (13 participants), organisés par le Diagnosecentrum à Lommel
- Du côté de L'ABSVM Bruxelles, organisation de séminaires accrédités en éthique et économie, nous retiendrons :
 - Le séminaire du samedi 16 mars 2019 sur « L'intelligence artificielle, le big-data et les médecins » (80 participants) ;
 - Le séminaire du samedi 27 avril 2019 sur « La Qualité, l'Accréditation et la Loi La qualité est-elle encore possible sans le médecin ? » (80 participants) ;
 - Le séminaire du samedi 19 octobre 2019 sur « Hippocrate brûle-t-il ? Burnout chez les médecins! » (150 participants)

A côté des séminaires accrédités, des **séances d'information et réunions de terrain** diverses ont lieu en cours d'année. On notera également notre **participation à des réunions, colloques et conférences.**

- Suivi (lecture, analyse, synthèse, news) du **Moniteur belge** et des nouvelles publications ;
- Suivi (lecture, analyse, synthèse, news) des **actualités du secteur** et des divers documents de travail ;
- Gestion de notre **présence sur la toile** (site et réseaux sociaux) ;
- Gestion de notre **base de données** des membres (appel et rappels de cotisation, encodage dans la base de données, suivi des modifications, délivrance des cartes et reçus, contacts réguliers avec les grands groupes, réunions sur le terrain, suivi mensuel comparatif, statistiques annuelles, recrutement pour **les mandats** de représentants, ...) ;
- Tenue du **secrétariat** de base (classement, dactylographie, commandes, intendance, ...) ;

- **Gestion de l'ASBL** (comptabilité, parc informatique, assurances, obligations légales, relations avec les autorités, suivi de toutes les communications et demandes externes ...) **et de son personnel**. Pour 2019, nous retiendrons notamment l'obligation de registre UBO et la mise en œuvre de toutes les mesures concernant le Règlement général de protection des données² ;
- Organisation, tenue et participation aux **réunions** (Conseil d'Administration, Assemblée Générale, bureau technique, avec le président, de travail avec des collaborateurs externes, dans des groupes de travail dans lesquels nous avons des mandats...) et suivi des PV ;
- **Rédaction et publications d'ouvrages** (Rapport d'activité, Manuel d'implémentation du RGPD dans la pratique du médecin,...).

Changements internes à l'ABSyM

1. Fusion des deux Chambres wallonnes

Le projet de rapprochement des deux Chambres wallonnes était dans l'air du temps depuis plusieurs années déjà mais s'est accéléré début 2019.

En effet, la 6^e réforme de l'Etat ayant entraîné un transfert de compétences vers les entités fédérées en matière de santé, la fusion des deux Chambres wallonnes était déjà apparue comme souhaitable aux dirigeants des deux structures. Avec le départ à la retraite du dernier membre de personnel et dernier collaborateur de la Chambre de Liège, l'idée d'une fusion de nos deux ASBL a été relancée en vue d'une concrétisation début 2020.

L'objectif de cette fusion est de permettre d'unir les forces des deux Chambres et de jouir d'une meilleure coordination de nos actions sur l'ensemble du territoire wallon. Cela permettra également d'éviter certains doublons de travail et, en période de diminution annoncée des subsides octroyés aux syndicats, la centralisation des bureaux permettra par ailleurs de diminuer certains frais de fonctionnement. En outre, cela facilitera les contacts avec les différents acteurs du secteur (politiques, administratifs, autres prestataires,...) en se présentant comme un interlocuteur wallon unique. Cela permettra in fine d'offrir à nos médecins membres un service de plus grande qualité encore.

Pour arriver à concrétiser cette idée, toute une série de démarches administratives, juridiques et pratiques doivent être réalisées d'ici là. Entre autres, les deux Chambres doivent vendre leur bureau respectif afin d'emménager dans un bureau plus central sur le territoire wallon.

Une partie de l'année 2019 fut donc consacrée aux pourparlers entre les deux Chambres et aux premières analyses en ce sens. Nous avons également commencé les démarches en vue de la vente de nos bureaux et du déménagement dans de nouveaux locaux.

² A ce sujet, voir le rapport d'activité 2018.

2. Changements à la tête de l'ABSyM

A la mi-mai 2019, le Dr Philippe Devos a été élu Président de l'ABSyM. Agé de 44 ans, le Dr Devos est anesthésiste et chef du service de soins intensifs au CHC St Joseph de Liège. Il succède au Dr Marc Moens³, qui met ainsi un terme à son quatrième mandat.

Le Dr Marc Moens a pris la tête de l'ABSyM pour la première fois en 1998. À la suite de son premier mandat de trois ans à la présidence, il rempilera à trois reprises. Étalées sur une période de 21 ans, il aura tenu le gouvernail durant 12 années.

Son « équivalent francophone », le Dr Jacques de Toeuf, a également tiré sa révérence à cette même occasion en clôturant son mandat de Vice-président de l'ABSyM.

En reconnaissance de leur engagement de longue haleine, les docteurs Moens et de Toeuf porteront désormais le titre de président honoraire. Le Dr Roland Lemye, ancien président de la Chambre du Hainaut, Namur et Brabant wallon, a lui aussi reçu ce titre honorifique.

Le nouveau comité directeur de l'ABSyM se présente comme suit depuis lors :

- Président: Dr Philippe Devos
- Vice-présidents:
 - Dr Bart Dehaes,
 - Dr Luc Herry,
 - Dr Scheveneels
 - et Dr Pierre Duprez
- Secrétaires généraux:
 - Dr Yves Louis
 - et Dr Gilbert Bejjani
- Trésorier: Dr Alin Derom
- Membres:
 - Dr Wim Debrabandere,
 - Dr Roeland Dierickx,
 - Dr Pierre De Plaen,
 - Dr Jean Rosillon

³ Le Dr Moens a également reçu le prix du Spécialiste de l'année décerné par le Artsenkrant.

Défense collective

L'année 2019 a été particulière en ce sens que le **gouvernement est en affaires courantes** depuis le départ de la N-VA du gouvernement à la mi-décembre 2018 et ce malgré la tenue des élections le 26 mai 2019.

On retiendra toutefois la concrétisation de plusieurs grands projets.

1. Mise en réseaux des hôpitaux

On en parle depuis des années dans nos rapports d'activité, la Loi du 28.02.2019 venant modifier la loi de base du 10.07.2008 sur les hôpitaux afin d'y consacrer le réseautage clinique entre hôpitaux a enfin été publiée le 28.03.2019. La lecture de ces modifications est plus simple en prenant ce texte séparément de la loi de 2008 plutôt qu'en lisant la version coordonnée de la loi 2008 avec l'incorporation de ce qui a trait au réseau. Nous ne revenons pas ici sur le contenu de cette loi auquel a largement contribué l'ABSyM par le biais de ses représentants et juristes et vous renvoyons aux précédents rapports à ce sujet.

Dans ce contexte, on notera également la prise de dispositions normatives, en 2019, par les entités fédérées responsables de l'agrément des hôpitaux et réseaux⁴.

Depuis les prémices de cette réforme globale du paysage hospitalier, l'ABSyM a participé aux différents groupes de travail officiels et négociations afin de défendre au mieux la place des médecins. Si le financement prospectif des pathologies à faible niveau de variabilité est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2019, les réseaux devront quant à eux être formés et agréés pour le 1^{er} janvier 2020. Les juristes des Chambres ont donc accompagné au mieux les conseils médicaux des hôpitaux membres afin de les aider à comprendre la nouvelle législation et l'étendue de leurs droits et devoirs dans ce contexte afin qu'ils puissent rendre leur avis en parfaite connaissance de cause.

On notera également que 2019 a été l'année des discussions concernant la rédaction d'un Arrêté royal relatif au Conseil médical de réseau et la remise à jour des discussions concernant la réforme de l'Arrêté royal sur le Conseil médical de l'hôpital individuel entamées il y a plusieurs années déjà. L'ABSyM, par sa présence majoritaire à la Commission Nationale Médecins-Hôpitaux, a contribué largement aux discussions toujours en cours à ce sujet.

2. Loi relative à la qualité de la pratique dans les soins de santé et premier arrêté d'exécution relatif à la garde

Nous n'allons pas revenir ici sur le texte qui a déjà été expliqué dans notre rapport d'activité précédent. On notera simplement la publication de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé dans le Moniteur belge du 14.05.2019.

⁴ Voir à ce sujet l'annexe 1 au présent rapport.

Ce texte comprend un certain nombre de renvois à des arrêtés d'exécution qui devront être pris plus tard. Fin 2019, nous avons pris connaissance d'un premier projet d'arrêté royal relatif aux mesures d'exécution en matière de permanence médicale par les médecins généralistes et à l'agrément des coopérations fonctionnelles, telles que reprises dans la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé du 22 avril 2019.

A ce sujet, dans le rapport d'activité 2018, nous écrivions alors que l'ABSyM n'a pas en soi de souci avec l'obligation d'un service de garde imposé par la ministre De Block via la loi « qualité ». La participation à un service de garde était jusqu'à présent une obligation déontologique mais pas légale. Sur base du texte légal, nous poursuivions l'analyse en écrivant : *ce sont les médecins généralistes d'une zone qui choisissent la façon dont y est organisée la permanence des soins. Leur seule obligation est que chaque patient trouve en tout lieu et à tout moment une réponse à ses besoins. Ainsi, certains mettront sur pied un poste de garde et d'autres non. Chaque poste de garde choisira en toute indépendance son lieu d'implantation, l'horaire d'ouverture de ses locaux et son mode d'organisation. La ministre agréera officiellement « la coopération fonctionnelle », c'est-à-dire un cercle ou un groupe de cercles avec ou sans personnalité juridique responsable de la permanence des soins dans une zone. La seule condition à respecter est que les organisateurs soient des médecins généralistes représentant officiellement tous les médecins généralistes de cette zone. C'est le service rendu qui compte, pas la structure ».*

Suite à la lecture du projet d'AR relatif à la garde et aux propos de la ministre De Block précisant que : *« D'ici juillet 2021 au plus tard, le médecin généraliste devra intégrer un poste de garde fixe. On peut donc dire adieu aux médecins généralistes qui assurent leur service de garde depuis leur propre pratique⁵»,* l'ABSyM a réagi directement constatant que ce texte allait à l'encontre même de cette loi qualité, qui laisse aux médecins généralistes la liberté en matière de coopération pour la permanence médicale.

Dans un courrier adressé à la ministre De Block à la fin du mois de novembre, l'ABSyM avait contesté le projet d'AR qui disposait que les médecins généralistes ne pourraient à l'avenir organiser leur permanence qu'au sein de postes de garde, plus spécifiquement au sein de coopérations de minimum trois postes de garde en médecine générale pour au moins 300 000 habitants.

En effet, dans la loi, il n'y a pas d'obligation de créer des postes de garde. On y stipule juste que les médecins généralistes ont le devoir de participer à la permanence médicale de la zone où ils exercent leur profession. L'ABSyM n'est pas opposée au système des postes de garde mais tient au principe selon lequel les médecins généralistes doivent conserver le libre choix d'organiser leur permanence de la manière qui convient le mieux à leur situation géographique et qui se prête surtout le mieux aux besoins de leurs patients. Ainsi, la garde doit pouvoir se faire tantôt dans un poste de garde dédié tantôt dans le cabinet déjà existant du médecin généraliste de garde.

Nous constatons également que ce projet d'arrêté crée encore deux problèmes supplémentaires :

1. Les médecins se voient dans l'obligation de fonder une ASBL supplémentaire pour la coopération, outre l'ASBL déjà existante pour le poste de garde. Ces ASBL absorbent ainsi des moyens financiers pour lesquels aucun budget n'est prévu. Cela revient à détourner de l'argent vers des structures au lieu de l'investir pour les patients.

⁵ Propos repris dans le journal flamand « De Standaard ».

2. Au travers de l'économie d'échelle exigée, le médecin se trouve confronté à des déplacements vraiment considérables (minimum trois postes de garde par minimum 300 000 habitants) annulant ainsi les avantages de la création de postes de garde.

Malgré ce courrier, la ministre a confirmé vouloir faire adopter son projet d'arrêté. À partir de la mi-2021, les médecins généralistes se verraient donc dans l'obligation de participer à des postes de garde.

L'ABSyM s'étonne de ne voir à aucun moment la ministre De Block démontrer que le seul système de permanence envisagé par son projet d'AR offrirait davantage de qualité en matière de soins que l'autre. Ce qui est indéniable, pour l'ABSyM, c'est qu'imposer un système de postes de garde coûtera plus d'argent, ne serait-ce déjà qu'en termes de construction ou d'achat des bâtiments qui vont de pair avec le système proposé.

Enfin, l'ABSyM soupçonne l'existence d'un lien entre le but recherché par la ministre en érigeant des postes de garde sur l'ensemble du territoire et ses plans relatifs à la fermeture d'un grand nombre de services d'urgence hospitaliers. Si la ministre a pour objectif de remplacer les services d'urgence par des postes de garde en médecine générale, elle doit avoir le courage politique de s'en expliquer auprès de la population et d'en avertir les cercles de médecine générale afin qu'ils organisent leur garde en fonction.

3. Enquête sur la multidisciplinarité

Dans le cadre des discussions relatives à la création d'un assistant de pratique ou infirmier de pratique avancée (concept créé par la loi du 22.04.2019 portant modification de la loi coordonnée du 10.05.2015 relative à l'exercice de professions des soins de santé, MB du 14.05.2019⁶), à l'initiative du Dr Simon, membre de la Chambre du Hainaut, Namur et Brabant wallon, une grande enquête a été menée en octobre 2019 par l'ABSyM en collaboration avec le Journal du Médecin sur la question de la multidisciplinarité c'est-à-dire de la collaboration avec les pharmaciens, les kinésithérapeutes et les autres prestataires de soins. Pas moins de 655 médecins ont répondu à cette enquête.

Il en ressort que les réponses enregistrées correspondent dans les grandes lignes aux positions adoptées par l'ABSyM au cours des dernières années : le médecin belge est favorable à la délégation de tâches et à la création d'un assistant de pratique mais, pour des raisons évidentes de qualité des soins et de responsabilité, ces actes sont délégués sous supervision directe, de proximité ou distante. Les médecins prônent la prudence au lancement de ces nouveaux métiers.

Ainsi, on peut notamment retenir que :

- Deux tiers (63%) des répondants estiment la multidisciplinarité « utile » et 25% « envisageable ». Seuls 5% la trouvent « inutile » et 7% « dangereuse ». Les néerlandophones se montrent plus ouverts à cette collaboration que les francophones.
- Les médecins ont des contacts nettement plus réguliers avec les infirmiers qu'avec les pharmaciens et les kinés. La fréquence de collaboration avec les infirmières est qualifiée de « régulière » par 75% des répondants. La collaboration avec les kinés et les pharmaciens, quant à elle, est qualifiée d'« occasionnelle ».

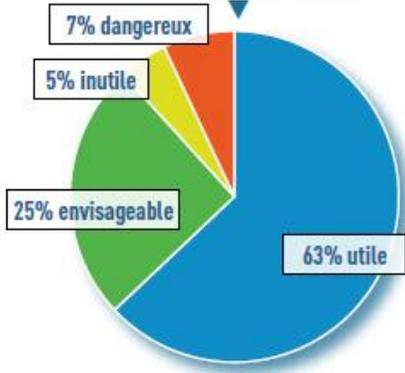
⁶ Il ne faut pas confondre cette Loi avec la Loi susmentionnée relative à la qualité de la pratique dans les soins de santé bien qu'elles aient la même date de publication et de promulgation.

- Lorsque les médecins collaborent avec d'autres prestataires, ils le font régulièrement – par ordre décroissant – sous la forme d'une communication téléphonique, d'une communication écrite, d'une communication télématique, d'une délégation de tâches, d'une réunion de concertation ou d'une réunion virtuelle. Quelque 18% des répondants estiment que la réunion virtuelle devrait être développée. Il en va de même pour la délégation de tâches, que 11% des répondants aimeraient voir se développer.
- 61% des médecins sont favorables à la délégation à une autre profession des tâches habituellement dévolues au médecin généraliste (18% la jugent « indispensable » et 43% « utile »). À l'inverse, un petit tiers (soit 28%) trouve cela dangereux. Dans ce cas également, les médecins néerlandophones se montrent plus ouverts à cette évolution que les francophones.
- Quelles tâches les médecins accepteraient-ils de déléguer à une autre profession ? Viennent en tête la biométrie (tension artérielle, pouls, poids, taille...) suivie par la prévention (conseils diététiques, tabagisme, activité physique, contrôle du schéma de vaccination) et les examens techniques (ECG, spirométrie) sans protocole.
- Les répondants sont nettement plus circonspects quant à la délégation de tâches en rapport avec la prescription de médicaments actuellement soumis à prescription (95% d'avis contre). Une majorité statue contre cette délégation de tâches en matière d'adaptation de la posologie de médicaments chroniques (94% contre), d'adaptation du schéma d'insulinothérapie (77% contre), de l'administration de vaccins (64% contre) ainsi qu'au niveau du dépistage du cancer colorectal et du sein (61% contre).
- De manière générale, les médecins se montrent majoritairement favorables au rôle de l'assistant de pratique. Pour 12%, il se révèle « indispensable » et pour 58%, il est considéré comme « utile ». Seuls 8% le jugent « inutile » voire « dangereux ».
- Quelles tâches les médecins accepteraient-ils de déléguer à un assistant de pratique placé sous leur autorité ? L'enquête révèle que les répondants sont prêts à déléguer à un assistant de pratique la biométrie (93% « pour »), les examens techniques (84% « pour »), le contrôle du schéma de vaccination (81% « pour ») et la prévention (78%). Les avis sont partagés au sujet du dépistage du cancer colorectal et du sein (50% « pour » vs 50% « contre ») et de l'injection de vaccins (49% « pour » vs 51% « contre »). Par contre, il est hors de question pour la majorité de déléguer l'adaptation de la posologie de médicaments chroniques (91% « contre »), la prescription de médicaments actuellement soumis à la prescription (89% « contre »), les diagnostics limités (85% « contre ») et l'adaptation du schéma d'insulinothérapie (79% « contre »).
- Plus d'un médecin sur deux (56%) trouve qu'il serait « dangereux » de permettre aux pharmaciens de renouveler les traitements remboursés sans ordonnance. La question de l'initiation par le pharmacien de traitements remboursés sans ordonnance se heurte à une résistance encore plus farouche. Huit médecins sur dix (soit 79%) estiment qu'elle serait « dangereuse » et 9% la jugent « inutile ». Le fait que certains pharmaciens souhaiteraient administrer ces vaccins constitue un sujet tout aussi sensible. Pour 81% des répondants, cela va trop loin : 63% d'entre eux trouvent l'administration de vaccins par les pharmaciens « dangereuse » et 18% l'estiment « inutile ».

Les résultats plus précis de l'enquête se présentent comme suit⁷ :

⁷ Graphiques issus du Journal du Médecin.

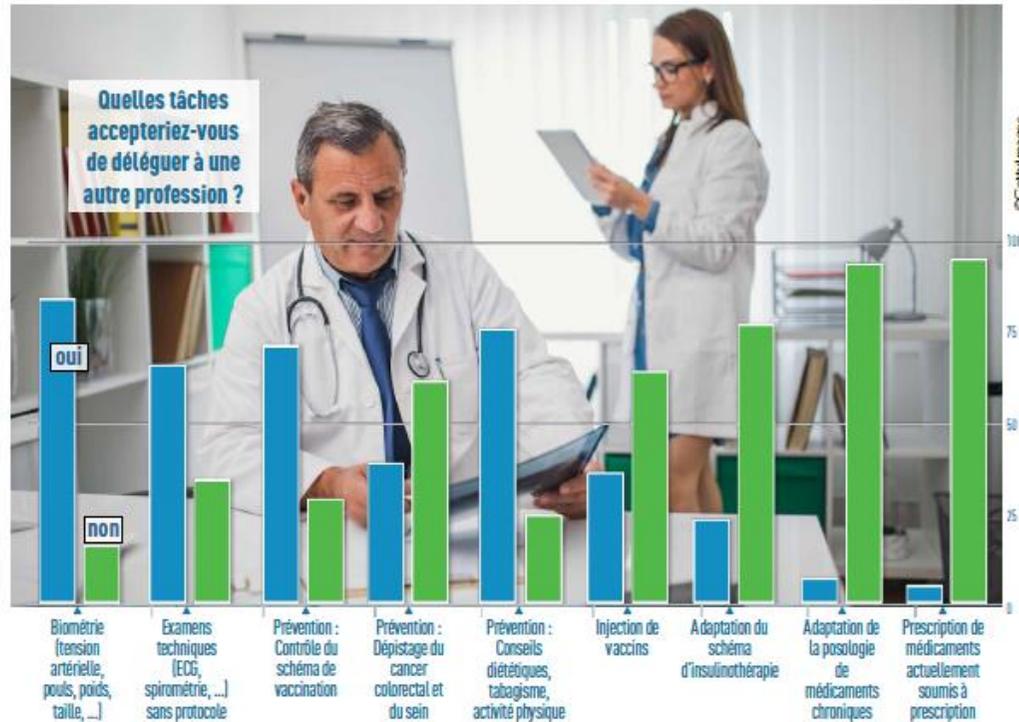
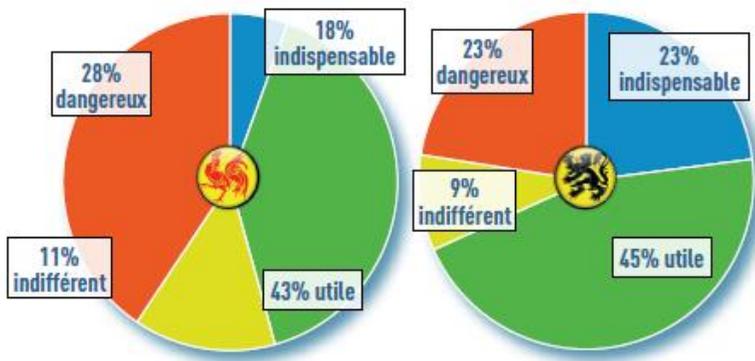
Quel sentiment éveille en vous le mot «multidisciplinarité» ?

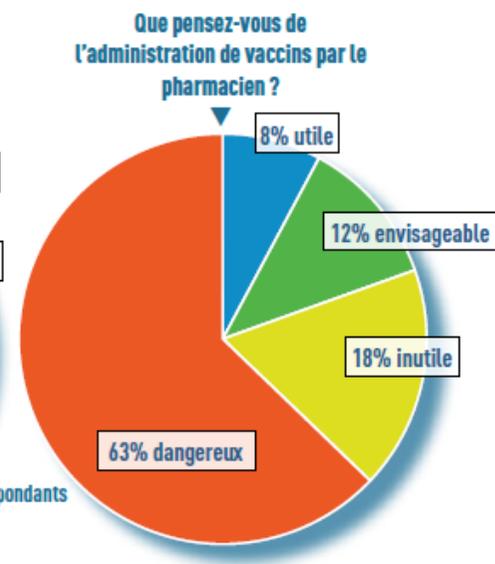
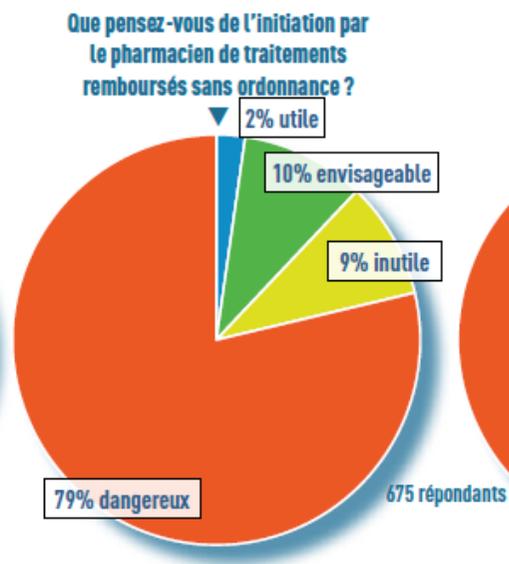
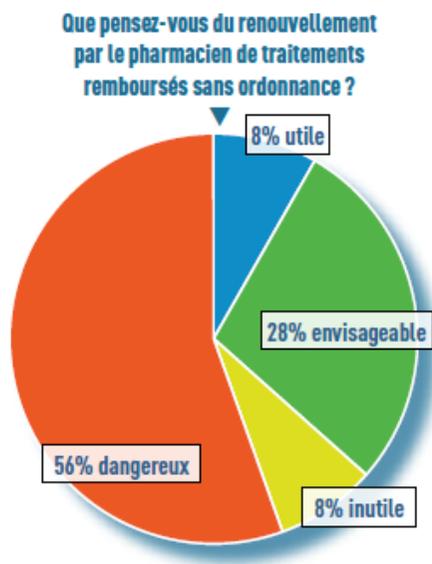
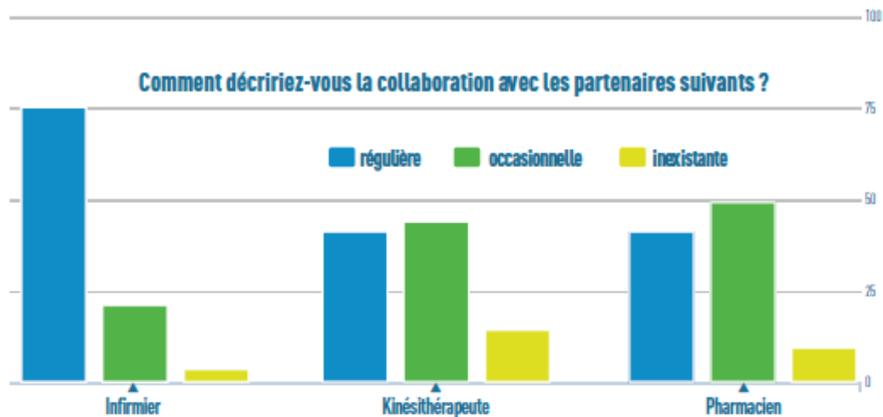


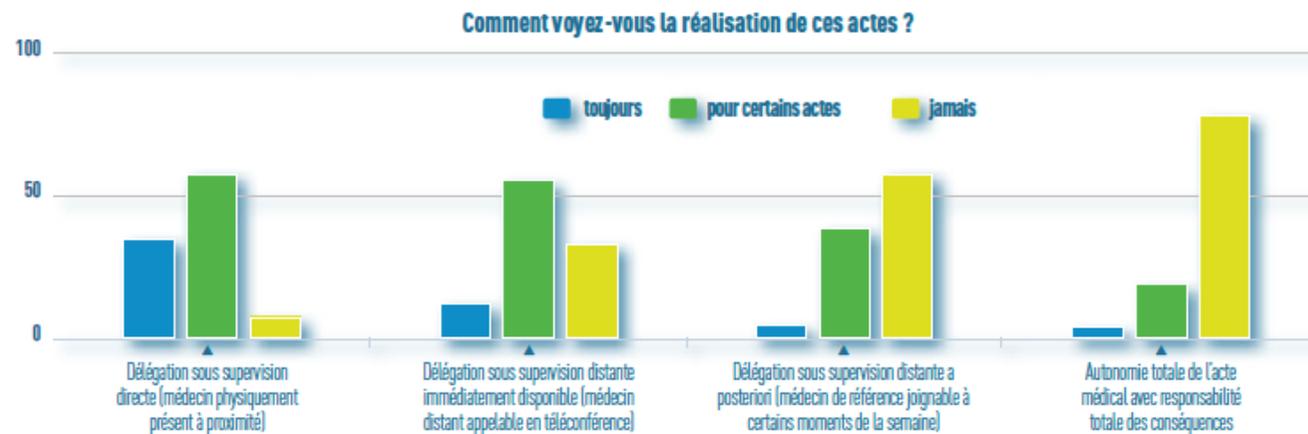
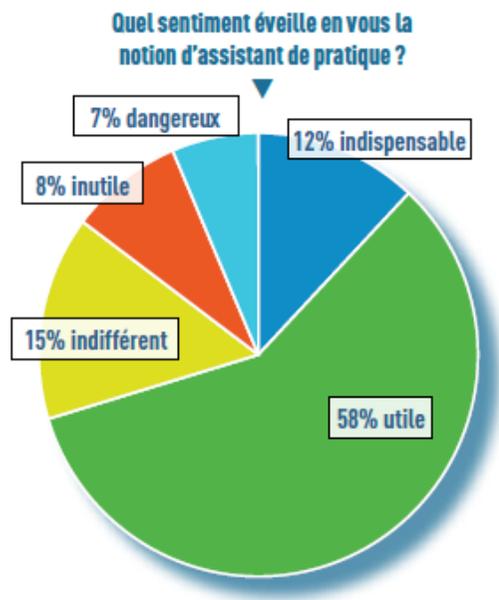
A quelle forme de collaboration avez-vous recours ?

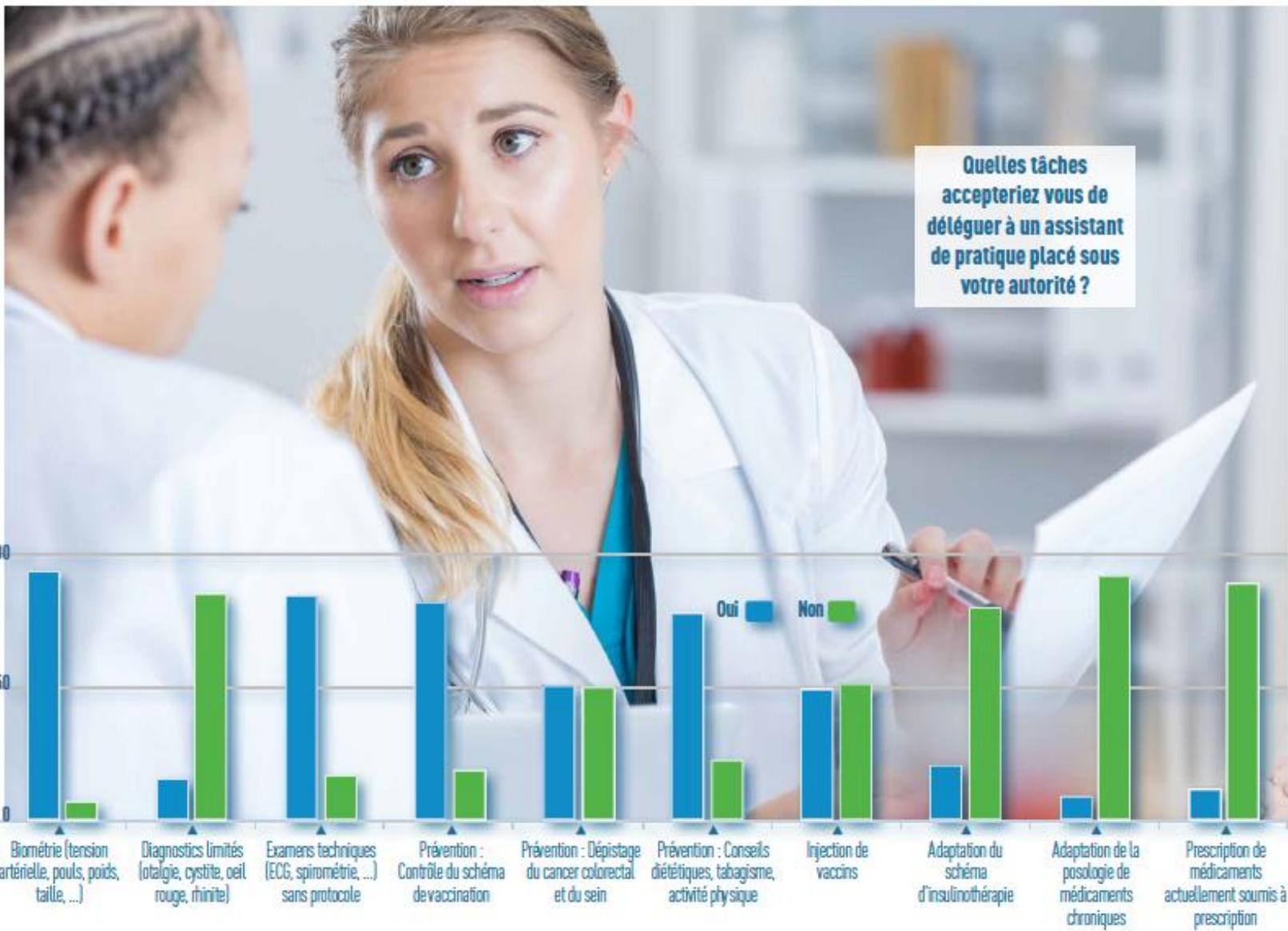


Que pensez-vous de la délégation à une autre profession de tâches habituellement dévolues au médecin généraliste ?









Dans le même ordre d'idées, on retiendra également la position de l'ABSyM au **sujet du droit de substitution en faveur des pharmaciens.**

Ainsi, fin octobre 2019, dans La Libre Belgique, Jean-Paul Knaepen, Administrateur délégué de la coopérative de distribution pharmaceutique EPC-Familia, plaide de manière flagrante en faveur de la reconnaissance pour les pharmaciens du droit à la substitution par rapport à la prescription du médecin. Les arguments qu'il avance en ce sens sont scandaleux. Le rôle du pharmacien devrait évoluer, dit-il, « *car les médecins n'ont pas toujours une connaissance actualisée des médicaments, certains prescrivent des choses qui à la limite ne sont même plus sur le marché* ». L'ABSyM se demande ce qu'il sous-entend par là. Que les médecins prescrivent des médicaments qui sont provisoirement indisponibles ? Ou que leur connaissance des médicaments n'est pas à jour, ce qui est une allégation des plus choquantes.

Quelques semaines plus tard, le sujet revient sur le devant de la scène, cette fois dans le contexte précis des pénuries croissantes de médicaments. Bien que consciente de cette problématique, l'ABSyM s'oppose catégoriquement au droit de substitution systématique pour les pharmaciens⁸ pour les médicaments manquants dans leur officine.

La substitution peut être source de confusion pour le patient. Un patient qui ne reconnaît pas un médicament substitué comme faisant partie de son traitement habituel peut l'interrompre. Un patient qui constate que le médicament délivré par le pharmacien diffère de celui qui lui a été prescrit peut s'abstenir de le prendre. De même, un patient qui ne comprend pas que deux spécialités contiennent la même molécule peut les absorber simultanément. L'ABSyM a, à maintes reprises, constaté ces trois écueils qui font courir au patient des risques potentiellement graves voire vitaux.

Conscients de la problématique croissante de l'indisponibilité des médicaments, l'ABSyM exige cependant que cette indisponibilité soit strictement encadrée. L'indisponibilité doit être prouvée par un document officiel émanant du grossiste et que le pharmacien conservera pour une durée d'un an. Préalablement à la substitution, le pharmacien doit consulter le médecin prescripteur afin de l'informer de l'indisponibilité d'un médicament prescrit. Ensemble, avec le médecin, le pharmacien choisira le médicament qui sera substitué au produit manquant.

Actuellement, les pharmaciens assument civilement et pénalement la responsabilité de la substitution à laquelle ils procèdent sans l'accord du médecin prescripteur. Les pharmaciens plaident désormais en faveur d'une légalisation du droit de substitution qui leur permettrait d'échapper aux poursuites civiles et pénales qui risquent d'être engagées contre eux en cas de dommages dont la substitution en serait

⁸ La question a finalement été réglée par la Loi du 20.12.2019 modifiant certaines législations en ce qui concerne la pénurie de médicaments, publiée au MB du 03.02.2020.

Notamment l'article 7 de cette Loi qui vient modifier l'article 31 de la Loi du 10.05.2015 relative à l'exercice des professions de santé en précisant : « *En cas d'indisponibilité d'un médicament, notifiée à l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) et publiée sur le site web de cette Agence, le pharmacien peut substituer à la spécialité pharmaceutique prescrite qui est dispensée en officine ouverte au public, un autre médicament contenant la même substance active ou combinaison de substances actives, et ayant le même dosage, le même mode d'administration et la même fréquence d'administration, à condition de respecter les lignes directrices de l'AFMPS et à condition que le prescripteur n'ait consigné aucune objection thérapeutique à l'encontre de cette substitution.]2 Ces raisons de l'objection thérapeutique doivent être mentionnées dans le dossier du patient. 2[Le pharmacien informe le patient de la substitution. Le Roi fixe les conditions et les modalités de la substitution en cas d'indisponibilité.]2*

L'article 8 quant à lui vient modifier la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé pour y ajouter les phrases suivantes : d'une part, le même paragraphe que ci-dessous : [*En cas d'indisponibilité l'encontre de cette substitution*] et d'autre part : 1[*Le Roi fixe les conditions et les modalités de la substitution en cas d'indisponibilité.*]1

potentiellement la cause. L'ABSyM s'oppose fermement à cette demande. La responsabilité civile et pénale du médecin ne peut en aucun cas couvrir le choix du pharmacien de dévier du contenu de sa prescription.

Le pharmacien doit assumer entièrement la responsabilité civile et pénale des dommages entraînés par la délivrance d'un médicament différent de celui qui est prescrit par le médecin. Le pharmacien doit fournir au patient un document justificatif attestant de son entière responsabilité lors de la substitution. Le patient, quant à lui, doit remettre ce document à son médecin prescripteur.

4. Accord médico-mutualiste 2020⁹

⁹ On notera également la publication fin octobre 2019 de deux arrêtés royaux (AR) concernant le statut social des médecins conventionnés.

- L'AR du 19.09.2019 (MB du 21.10.2019 avec entrée en vigueur au 01.01.2017) concerne **l'assimilation de certaines situations au respect des conditions légales permettant de bénéficier du statut social**. Depuis 2017 en effet, les médecins qui souhaitent bénéficier du statut social doivent atteindre des seuils d'activité fixés. Néanmoins, certaines catégories de médecins ont droit au statut social sans pour autant atteindre le seuil d'activité minimum fixé. Pour ces médecins en particulier, une réglementation s'imposait. L'ABSyM se réjouit que l'AR reprenant cette réglementation soit enfin publié. L'ABSyM a consacré un temps et une énergie considérables à la préparation du dossier relatif à ce qu'on appelle « l'assimilation de certaines catégories de médecins » qui peuvent entrer en ligne de compte pour les avantages sociaux.

Pour rappel, début 2018, un groupe de travail de l'INAMI s'est vu recevoir plus de 800 demandes d'assimilation qui ont fait l'objet d'une analyse en vue de définir les catégories de médecins qui pourraient bénéficier des avantages d'une réglementation en la matière. De cette manière, les médecins pourraient, outre les prestations enregistrées sous leur nom personnel, également compléter le calcul du seuil minimum avec des prestations enregistrées sous le nom du chef de service ou d'un autre médecin au cours de l'année de référence (année X-2) et ce, moyennant une preuve écrite de cette construction. Entrent en ligne de compte également : les médecins actifs à l'étranger durant l'année de référence. Pour ces médecins en particulier, une déclaration sur l'honneur à ce sujet suffit ; les médecins-chefs, chefs de service, hygiénistes hospitaliers et équivalents qui sont intéressés explicitement à une activité clinique en milieu hospitalier, moyennant une preuve écrite de cette prestation à raison d'une moyenne de 13 heures par semaine. La réglementation ne s'applique pas aux médecins actifs dans une fonction essentiellement administrative comme la gestion de données ou encore l'administration. L'AR ne s'adresse pas non plus aux médecins-conseils, médecins d'assurance, médecins d'entreprise, médecins de prison, médecins légistes ou encore aux médecins exerçant une fonction purement académique.

- L'AR du 24.09.2019 (MB du 21.10.2019) instaure (avec effet rétroactif au 1er janvier 2016) une prime que l'INAMI versera directement sur le numéro de compte que le médecin lui indiquera, en faveur de certains **dispensateurs de soins toujours en activité bien que bénéficiant de la pension légale** de retraite (prise à partir du 1er janvier 2016) et qui sont réputés avoir adhéré à l'accord médico-mutualiste. On parle désormais d'« **avantage de convention** » pour cette prime et d'« **avantage social** » pour le statut social tel qu'on le connaissait jusqu'à présent.

Le montant de la prime est identique au montant fixé pour l'avantage social pour les exercices annuels concernés conformément aux modalités en matière d'activité, prestation et adhésion précisées dans l'AR du 6.03.2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins.

La prime concernant les médecins pensionnés depuis le 1er janvier 2016 devra être demandée selon la même procédure que celle qui existe pour l'avantage social, étant entendu qu'il n'y a pas de données à fournir en matière de contrat d'assurance ni de déclaration à faire le concernant et que, sous peine d'irrecevabilité, le médecin doit mentionner le numéro de compte sur lequel la prime doit être payée de même que son titulaire.

La « prime » ne sera pas aussi intéressante que le statut social sur le plan de l'imposition. Dans un communiqué, l'ABSyM exprime, comme elle l'a fait à plusieurs reprises, son souhait de trouver une

Fin 2019, les médecins et les mutuelles sont arrivés à un accord médico-mutualiste pour 2020. Le contexte¹⁰ politique instable que nous connaissons depuis mi-décembre 2018 n'a en effet pas permis de faire un accord pour 2 ans comme le veut la règle (art 50 §8 de la loi de 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

➤ **Dans le contexte de ces négociations, l'ABSyM a fait part de ses exigences.**

Pour l'ABSyM, le remboursement de la **téléconsultation**, une **prime informatique** pour les médecins **spécialistes** et le maintien de **l'indexation linéaire de 1,95%** sont des éléments primordiaux dans les négociations vers un nouvel accord médico-mutualiste. L'une des priorités réside également dans une **revalorisation des honoraires de disponibilité** pour les médecins généralistes. L'ABSyM plaide aussi en faveur d'une **augmentation de tarif pour la première consultation**, qui se révèle souvent plus complexe et requiert davantage de temps qu'une consultation de suivi.

La téléconsultation à un tarif de 25 euros pour tous les médecins est une proposition neutre au point de vue budgétaire étant donné que la téléconsultation remplacera un certain nombre de consultations standard. L'ABSyM propose donc les conditions suivantes : un médecin ne peut facturer de téléconsultation sans consultation « physique » préalable avec le patient. En outre, seuls entrent en ligne de compte les médecins disposant d'un numéro INAMI et exerçant leur pratique sur le territoire belge.

L'ABSyM estime qu'il est temps que les médecins spécialistes bénéficient également d'une prime télématique¹¹. Les médecins généralistes, les dentistes ou encore les infirmiers à domicile bénéficient déjà d'une intervention dans leurs frais informatiques. L'ABSyM pense à une prime de 1.750 euros qui représenterait une compensation de leurs frais de base. Tenant compte du fait que 30.750 médecins spécialistes sont concernés, un budget de 53,81 millions d'euros serait nécessaire.

Si le système actuel d'un médecin de garde pour 25.000 habitants bascule vers un système de poste de garde en médecine générale par 400.000 habitants, une revalorisation des honoraires de disponibilité pour les médecins généralistes est indispensable. Cette évolution mènerait indubitablement à une baisse significative du nombre d'honoraires de disponibilité demandés par les médecins généralistes. L'ABSyM souhaite que les économies de 20 millions d'euros qui seraient alors réalisées soient utilisées pour revaloriser les honoraires de disponibilité.

solution fiscalement favorable et propose que cette prime soit taxée au même tarif limité que celui d'application pour la prime Impulseo I pour les médecins généralistes, à savoir 16,5%.

Pour rappel, le médecin qui a pris sa pension légale avant le 1er janvier 2016, peut toujours demander les allocations liées aux avantages sociaux dans la constitution d'une pension libre complémentaire pour travailleurs indépendants (PLCI), conclue avant le 1er janvier 2016.

¹⁰ On retiendra notamment qu'après que la proposition de budget du Comité de l'assurance avait été rejetée en octobre, les médecins se sentaient totalement déconsidérés. En novembre, la ministre De Block a soumis sa propre proposition aux médecins, leur garantissant le respect de la norme de croissance légale de 1,5% et la totalité de la masse d'indexation. L'ABSyM s'est alors dit satisfaite de la démarche de Maggie De Block. En effet, pour financer cette proposition, la ministre De Block impose des mesures d'économies exclusivement ciblées sur l'industrie pharmaceutique, secteur qui a dépassé son budget au cours des dernières années. Il s'agit là d'un mécanisme de compensation logique et équitable qui avait d'ailleurs déjà été appliqué à d'autres secteurs ayant dépassé leur budget.

¹¹ Depuis 2016 l'INAMI paie chaque année aux médecins généralistes un montant forfaitaire qui a pour but de soutenir le fonctionnement de leur pratique et l'utilisation de e-services. La prime varie de 1.000 à 6.000 euros en fonction de la situation du MG et de l'utilisation des outils numériques de la plateforme e-health. L'ABSyM réclame également la création d'une prime télématique pour les spécialistes qui exercent en pratique privée ou en milieu hospitalier.

L'exigence consistant à maintenir l'indexation linéaire à 1,95%, la norme de croissance et les montants structurels réservés clôture la liste des priorités de l'ABSyM.

Parallèlement, l'ABSyM soutient un certain nombre d'autres mesures. Ainsi, il devrait être possible d'utiliser une part de **l'index destinée à la radiologie afin de revaloriser certains dossiers**, tels que celui du CT scan coronaire. Le secteur de l'imagerie médicale devrait alors se voir indexé de 1,35%. Les 0,6% restants devraient bifurquer vers le CT scan coronaire.

L'ABSyM s'intéresse également à la question des médecins spécialistes en **médecine physique et réhabilitation**. Ce secteur est sous-financé depuis des années, enregistrant par conséquent de dramatiques déficits. Ces trois prochaines années, 5 à 6 millions d'euros par an seront nécessaires pour éviter que la situation devienne intenable.

L'ABSyM soutient également l'ensemble des dossiers soumis à évaluation auprès de l'INAMI, tels que la **consultation en anesthésie et certains actes en biologie clinique** notamment.

Enfin, l'ABSyM demande un budget supplémentaire pour la **prolongation automatique du dossier médical global (DMG)**¹² sans contact avec le patient. Cette prolongation automatique induit des coûts supplémentaires récurrents à hauteur de 19,5 millions d'euros à partir de 2020 dont il faudra tenir compte dans les calculs budgétaires. Elle s'oppose également à la proposition consistant à verser les honoraires liés au DMG selon un étalement et exige que le versement unique soit maintenu.

- **Négocié au finish dans la nuit en plein milieu du mois de décembre, l'accord médico-mut 2020 satisfait globalement l'ABSyM.**

Les médecins se sont vus attribuer un budget de 8,59 milliards d'euros pour leurs honoraires. Pour la troisième année consécutive, l'ABSyM a pu obtenir une augmentation des honoraires de consultations, visites, avis et honoraires de surveillance. Ils seront revus à la hausse à concurrence de 1,95% à partir du 1er janvier 2020. Outre cet effort global, le nouvel accord porte une attention particulière aux pédiatres. Leurs consultations sont revalorisées à hauteur de 4,7% au-delà de l'indexation prévue.

Le nouvel accord permet également une revalorisation d'autres prestations. Un montant de 5 millions d'euros est libéré pour la médecine physique et de réadaptation. Davantage de moyens seront également consacrés aux soins palliatifs, à la surveillance en hôpital de jour 'oncologie', aux patientes prises en charge dans les centres MIC (maternal intensive care) et pour les consultations préopératoires en anesthésie.

Grâce à l'ABSyM une attention particulière a été apportée aux médecins généralistes en formation (MGF) ainsi que des médecins spécialistes en formation (MSF). Comme mesure transitoire en 2020,

¹² En effet, à compter du 1er janvier 2021, le dossier médical global électronique (eDMG) via MyCareNet deviendra la seule et unique source de financement pour la gestion du DMG. L'objectif de ce projet est que le remboursement du DMG se fasse de manière plus simple et plus transparente, du point de vue administratif. Cela signifie qu'en 2021, un préfinancement des honoraires DMG aurait lieu et ce, sur la base du nombre de patients possédant un DMG répertoriés par les mutualités à la fin du mois de décembre 2020. Dans le courant de l'année 2021 – à une date qu'il reste encore à fixer – ce montant lié aux honoraires DMG se verrait transféré aux médecins concernés, indépendamment du fait qu'un contact (via une consultation et/ou une visite à domicile) ait eu lieu en 2021. L'ABSyM prône un versement unique. Si ces honoraires sont versés en deux fois (voire plus), cela signifie concrètement que le montant des honoraires pour l'ouverture d'un DMG serait de 15,5 euros. En cas de paiement trimestriel, on arrive donc à un versement de 7,625 euros. Ce qui est inacceptable, aux yeux de l'ABSyM. Au même titre que l'est le principe d'une prolongation automatique sans contact, la simplification administrative et l'indispensable transparence autour du DMG sont primordiales pour l'ABSyM.

leur statut social sera porté à 1.250 euros, représentant un investissement de 10,5 millions d'euros. En attendant que des modifications légales le permettent, l'ABSyM est le seul syndicat qui défende une augmentation salariale à 1.250 euros pour tous les médecins en formation plutôt que de financer leur pension.

En outre, l'ABSyM a soutenu la prolongation automatique du dossier médical global (DMG) sans contact avec le patient. Étant donné qu'aucun budget supplémentaire n'avait été prévu pour la financer, la médicomut a, à la demande de l'ABSyM, accepté de consacrer prioritairement une partie de la masse d'indexation pour l'ensemble des médecins.

Le budget pour les postes de garde en médecine générale augmente de 11 millions d'euros. Une importante réalisation de l'ABSyM consiste à laisser aux médecins généralistes la liberté d'organiser leur permanence via un poste de garde ou un service de garde lui-même orchestré par leur cercle. Les cercles de médecins généralistes devront bel et bien s'associer aux coopérations/partenariats existant(e)s pour pouvoir utiliser le numéro d'appel central 1733, qui doit encore être mis en place.

Un groupe de travail composé de membres des cercles et des syndicats médicaux invitera, région par région, les médecins généralistes concernés dans le but d'entamer une concertation. Il est également question de débloquer un financement pour un projet-test inhérent à l'ouverture en semaine des postes de garde en médecine générale. À la demande de l'ABSyM, l'accord fait explicitement mention du fait que le budget prévu de 3 millions d'euros sera exclusivement consacré aux honoraires des médecins et non au financement des structures ou encore du personnel.

Concernant la problématique du burn-out et du soutien apporté aux confrères en difficulté, un budget supplémentaire sera alloué aux initiatives telles que « Médecins en difficulté » et « doctors4doctors ».

L'ABSyM se dit réellement satisfaite que le nouvel accord pose les premiers jalons vers la télémédecine en Belgique. Nous lançons officiellement la télémédecine¹³ en dermatologie. Pour les médecins généralistes, la possibilité de participer aux COM via téléconférence existe également.

5. Réforme de la nomenclature

Début 2019, la direction générale de l'INAMI annonce qu'elle souhaite restructurer la nomenclature¹⁴ dans un délai raisonnable. Les objectifs de la réforme sont notamment de donner une meilleure

¹³ A ce sujet, voir l'avis de l'Ordre du 21.09.2019 : « Téléconsultation en vue de poser un diagnostic et de proposer un traitement ».

¹⁴ Extrait d'un article du Dr de Toeuf sur la question : « Depuis 1964, la nomenclature est élaborée selon le même modèle : chaque acte est décrit (libellé), assorti de règles de non cumul, de diagnostic, ou d'application, et pourvu d'honoraires dont la valeur résulte de la multiplication d'une lettre-clé (dont la valeur en euros peut être indexée, revalorisée ou réduite) et d'un coefficient relatif, censé refléter un degré relatif de difficulté, de temps passé à effectuer la prestation, etc. L'honoraire permet en partie la rémunération du médecin, ainsi que la couverture des frais liés à cet acte : investissement et entretien du matériel et des bâtiments, frais de personnel, frais administratifs (facturation, etc.). Le revenu du médecin dépendra de la hauteur des frais qu'il a à couvrir et du genre d'actes qu'il effectue au sein de sa propre nomenclature.

Des exceptions existent à la règle de la couverture des frais par les honoraires : ainsi la nomenclature stipule que les honoraires de l'anesthésiste ne contiennent aucune charge. Bien sûr, les gestionnaires hospitaliers n'en ont cure. De même, les coûts du matériel en cas d'intervention sous contrôle d'imagerie médicale ne sont pas inclus dans l'honoraire (article 34), idem pour les bandes plâtrées en orthopédie.

Plus fondamentalement, la Loi sur les hôpitaux précise en son article 155 que les honoraires ne peuvent être appelés à couvrir des charges qui sont font partie du Budget des Moyens Financiers de l'hôpital, par exemple les

lisibilité à la nomenclature mais également de réduire les différences d'honoraires entre généralistes et spécialistes et entre spécialistes. Le but est également de faire mieux coïncider la nomenclature aux évolutions intervenues dans l'activité médicale et aux nouveaux modèles de prise en charge.

Deux études concernant ce projet de réforme ont été commandées. Une à la KUL et une auprès des professeurs Leclercq et Pirson. C'est finalement, le document rédigé par ces derniers qui a servi pour débiter la discussion au sein de la commission médico-mutualiste.

L'analyse commandée par la DG de l'INAMI entend inventorier la nomenclature actuelle des soins de santé telle qu'elle se présente au 1er décembre 2018 (« NSS VO ») pour arriver, après standardisation, à la nouvelle nomenclature désignée sous le sigle « NSS V1 ».

Au 19/11/2018, les chercheurs ont répertorié dans la NSS VO 7.556 libellés. La NSS VO 2018 sera séparée en NSS « médicale » et NSS « paramédicale et autres libellés », cette dernière s'appliquant aux soins non-médicaux (dentaires, infirmiers, ...) et divers codes en MRPA (maisons de repos et de soins). Cette NSS « non-médicale » contient 3.773 libellés, la NSS médicale en contient 3.748.

L'idée est de classer les actes médicaux par système, par action, par approche et par article de l'ancienne nomenclature. Ensuite, il faudra mettre en place un plan d'approche pour tarifier la partie professionnelle des actes médicaux avec pour objectif une meilleure transparence dans le calcul des tarifs pour réduire les inégalités de rétributions médicales. Les doublons seront évités et des libellés seront restructurés voire créés. Le temps de travail réel du médecin sera le déterminant principal de son revenu, modulé en fonction du niveau de stress, de la compétence, de l'expérience requise et des désagréments (travail de nuit...).

Lors de la séance d'explications du 25 septembre 2019, l'INAMI a informé du démarrage du programme de révision de la nomenclature. Trois équipes soutiendront scientifiquement cette refonte, supposée se dérouler en trois phases : l'ULB, l'UGent¹⁵ (avec notamment les économistes de la santé Lieven Annemans et Jeroen Trybou) et le bureau Möbius, spécialisé en business redesign.

Le chantier est donc divisé en différents projets, dont un sera piloté par la société **Möbius** pour les secteurs spécifiques de **biologie clinique, anatomopathologie, radiothérapie et médecine nucléaire**.

frais de salle d'hospitalisation, frais de quartier opératoire ou des services de soins intensifs ou d'urgence. En bref, les honoraires pour les prestations au lit du malade sont exempts de frais.

Par conséquent, toute proposition de rénovation de la nomenclature devra être confrontée au problème des charges. La ministre De Block a proposé de scinder l'honoraire des prestations en une part du médecin, et une part couvrant les frais. Elle a précisé que la part couvrant les frais restait des honoraires, propriété du médecin.

Il faudra donc être très attentif aux modèles qui seront proposés, puisque les actes ambulatoires (en consultation/polyclinique, dans ou hors de l'hôpital) ne sont pas porteurs de la même charge de frais que ceux réalisés en hospitalisation (de jour ou classique) en raison des dispositions de la loi sur les hôpitaux évoquées plus haut.

La mise à plat de la nomenclature devra nécessairement s'accompagner de la réduction des montants indûment perçus par les hôpitaux aux dépens des honoraires. Il faudra donc une gestion sévère des dépenses du Budget des Moyens Financiers, et un refinancement significatif de ce budget. Il est temps que les honoraires cessent d'être la variable d'équilibre des budgets hospitaliers, et que la transparence s'impose.

L'Assurance soins de santé devra être particulièrement vigilante, répondre positivement aux revendications légitimes des médecins pour une rémunération décente. Il faudra aussi voir dans quelle mesure on peut inclure, dans la grille de valeur des prestations, des paramètres comme l'expérience, la fonction et les responsabilités du médecin dans son groupe de praticiens, son statut académique, etc., toutes qualités qui ne sont actuellement pas prises en compte par la nomenclature.

Ce sera un très rude combat. Espérons que les professionnels du secteur des soins de santé sauront faire cause commune pour obtenir le refinancement de leurs métiers. »

¹⁵ Le groupe UGent va se concentrer quant à lui sur la nomenclature des consultations - visites – surveillance.

Il s'agit d'un long programme d'une durée estimée d'au moins 4 ans. Néanmoins, pour ces différents secteurs, Möbius entend réaliser une phase exploratoire avant de définir la méthodologie la plus appropriée pour la révision des codes de nomenclature pour les secteurs concernés. L'ABSyM a donc fourni des experts pour participer à ces réunions.

Par la suite, des groupes de travail relatifs aux disciplines cliniques suivantes ont été mis en place : **chirurgie abdominale, gastro-entérologie, urologie, chirurgie thoracique, ORL, Pneumologue et cardiologie.**

6. Plan d'action eSanté 2019 – 2021

La conférence interministérielle Santé publique (CIM SP composée de 8 ministres) a adopté, fin janvier 2019, le plan d'action eSanté 2019-2021.

Le plan d'action 2019-2021 se positionne comme une suite (logique) du plan d'action 2013-2018, (actualisé en 2015) l'accent étant mis sur :

- L'élargissement des concepts existants à d'autres groupes cibles ou à d'autres domaines d'application ;
- La poursuite des projets en cours, avec un accent particulier sur l'utilisation concrète dans la pratique ;
- L'élaboration d'un cadre et d'un modèle de gestion pour l'utilisation des systèmes existants construits par le gouvernement et/ou le secteur privé ;
- « L'excellence opérationnelle » : soutien à l'utilisation, rapports sur l'utilisation (KPI, etc.), sur la disponibilité et la performance, amélioration des installations d'essai, ;
- La Connexion à l'Europe et aux initiatives et programmes internationaux ;
- Ajustement des projets en cours, arrêt des projets qui ne sont plus pertinents, lancement de nouveaux projets limité aux projets qui peuvent consolider, harmoniser et stabiliser les projets en cours.

Le Plan d'action eSanté 2019-2021 décrit, pour chacun **des sept clusters et des 44 projets**, la situation actuelle, la situation souhaitée ainsi que les principaux défis à relever pour atteindre cette situation souhaitée. La Conférence interministérielle suivra périodiquement la mise en œuvre du plan eSanté.

Ces 7 clusters sont :

- **Les fondements du paysage de l'eSanté:** il s'agit par exemple de la gestion et de l'évolution des principes et des systèmes de consentement informatisé des patients, de la matrice d'accès aux services et aux informations d'eSanté pour les prestataires de soins, de la gestion et de l'utilisation des services fondamentaux, des normes terminologiques et techniques utilisées... Cela signifie que les mêmes règles et accords s'appliquent aux patients, aux prestataires de soins et aux fournisseurs de logiciels.
- **Les aspects transversaux du plan eSanté:** par exemple, assurer une communication appropriée, de même que garantir une bonne gestion et un bon suivi des projets en surveillant étroitement leur cohérence.
- **Le soutien à la mise en œuvre:** cela concerne par exemple la politique menée en matière d'incitants pour que les prestataires de soins recourent aux services d'eSanté.
- **L'excellence opérationnelle:** au cours de la période 2013-2018, nous sommes passés, pour de nombreux projets d'eSanté, de la phase « idée » à leur développement et à leur application réelle sur le terrain. Un certain nombre de problèmes et de préoccupations ont également été identifiés, par exemple en ce qui concerne la stabilité des systèmes et les niveaux de qualité à atteindre. Comme indiqué plus haut, la CIM estime que l'amélioration de l'excellence opérationnelle constitue un point de travail important ; c'est pourquoi le Plan d'action comporte également des projets concrets visant à assurer une mise en œuvre harmonieuse des nouveaux outils et systèmes, tant avec une infrastructure technique solide/fiable qu'avec des initiatives de soutien et d'accompagnement pour tous les acteurs : citoyens, prestataires de soins, fournisseurs de logiciels...
- **Les prestataires de soins et les établissements de soins:** ce cluster comprend une série de projets visant à réaliser des services à valeur ajoutée pour les prestataires de soins, tels que des outils d'échange de données multidisciplinaires et transmuraux, la poursuite du développement des prescriptions électroniques, le développement du DPI dans les hôpitaux, la mise en œuvre de l'instrument BelRai... Comme on peut le constater, il s'agit dans une large mesure de projets qui avaient déjà été lancés dans le Plan d'action précédent et qui sont à présent réalisés et étendus.
- **Le patient comme copilote:** ce cluster comprend les projets d'eSanté qui visent directement le patient. Il s'agit par exemple de la poursuite du développement du portail de santé personnel MaSanté (Personal Health Viewer), avec l'ambition qu'un citoyen, par le biais d'un portail d'entrée unique, accède à toutes les informations électroniques existantes de son dossier de santé, quelle qu'en soit la « source ». Les citoyens auront également la possibilité de gérer directement leur déclaration sur le don d'organes.
- **Mutualités :** un cluster spécifique du plan eSanté vise les mutualités auprès desquelles une série de projets sont en cours dans le domaine de la transformation numérique des processus administratifs avec les prestataires de soins de santé, les patients et les pouvoirs publics, tels que eAttest, eFacturation, la numérisation des accords et des autorisations tels que les médicaments du Chapitre IV...

			Gouvernance		
			Fédéral	Inter-Fédéral	Entités fédérées
Cluster					
0 Fondements					
	0.1	Consentement éclairé		X	
	0.2	Matrice d'accès, relations thérapeutiques, de soins et autres		X	
	0.3	Service de base de gestion des utilisateurs et		X	
	0.4	Règles d'application au coffre-fort de l' e-Santé et répartition des tâches entre les sources authentiques		X	
	0.5	Normes techniques	X		
	0.6	Terminologie	X		
	0.7	Cobrha Next Generation & UPPAD		X	
	0.8	Recherche stratégique de modèles de collaboration efficaces avec les parties prenantes externes		X	
1 Transversalité					
	1.1	Communication		X	
	1.2	Surveillance du programme		X	
2 Support					
	2.1	Incitants	X		
	2.2	Code de conduite juridique de soutien & lignes directrices sur le partage des données à caractère personnel sur la santé		X	
3 Excellence opérationnelle					
	3.1	Architecture de base		X	
	3.2	SLA's et Service Management	X		
	3.3	Business Continuity	X		
	3.4	Documentation, helpdesk & support	X		
	3.5	Environnements de test : environnements, flux,		X	
	3.6	Qualité des logiciels de santé		X	
	3.7	Formation et éducation			X
	3.8	Réduction de la charge de travail administrative pour les fournisseurs de soins	X		

			Gouvernance		
			Fédéral	Inter-Fédéral	Entités fédérées
Cluster					
4 Prestataires de soins et institutions de soins					
	4.1	Echanges d'informations multidisciplinaires	X		
	4.2	Fonctionnalités pluridisciplinaires		X	
	4.3	Prescription électronique	X		
	4.4	VIDIS - Evolution de la prescription	X		
	4.5	Plate-forme d'aide à la décision	X		
	4.6	BelRAI		X	
	4.7	Incapacité de travail (Mult-eMediatt)	X		
	4.8	MEDEX	X		
	4.9	DPI dans tous les hôpitaux	X		
	4.10	Publications d'informations structurées	X		
	4.11	Registres	X		
	4.12	Communication sur et planification des soins		X	
	4.13	Projet CEF, partie Patient Summary		X	
	4.14	Modulation accès patient par les prestataires de soins		X	
5 Le patient en qualité de copilote					
	5.1	Portail personnel de santé	X		
	5.2	Plate-forme de référence numérique	X		
	5.3	Orgadon	X		
6 e-Santé et Mutualités					
	6.1	e-Attest pour les dentistes, les spécialistes, les kinés, les logopèdes	X		
	6.2	eFac pour Maisons Médicales, kiné & logopèdes	X		
	6.3	Consultation des données du membre	X		
	6.4	Digitalisation des conventions de revalidation	X		
	6.5	Digitalisation des accords Chapitre IV	X		
	6.6	Inscription en Maison Médicales	X		
	6.7	Digitalisation des accords kinés	X		

Le plan 2013- 2018 comprenait 20 points d'action à destination tant des pouvoirs publics que des prestataires de soins et des patients. Il ressort d'une évaluation faite par la CIM que 72% des objectifs du plan ont été réalisés.

Comme indiqué dans la description des principes, le nouveau plan d'action s'inscrit dans le prolongement du précédent. Le mapping des anciens projets par rapport aux projets du nouveau plan d'action s'établit comme suit :

Plan d'action 2013-2018		Plan d'action 2019-2021	
Point d'action		Cluster&Projet	
AP01	DMG = DMI => SUMEHR	4.1	Échanges d'informations multidisciplinaires
AP02	DPI HOSPITALIER	4.9	DPI dans tous les hôpitaux
AP03	SCHEMA DE MEDICATION	4.4	VIDIS - Evolution de la prescription électronique
AP04	PRESCRIPTION ELECTRONIQUE	4.3	Prescription électronique
AP05	PARTAGER LES DONNEES VIA LE SYSTEME HUBS & METAHI	4.10	Publication d'informations structurées
AP06	PARTAGER AFIN DE COLLABORER	4.1	Échanges d'informations multidisciplinaires
AP07	ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES ET AUTRES ET SYSTEME	4.10	Publication d'informations structurées
AP08	BELRAI : UN INSTRUMENT D'ÉVALUATION UNIFORME	4.6	BelRAI
AP09	INCITANTS A L'UTILISATION	2.1	Incentives
AP10	ACCES AUX DONNEES PAR LE PATIENT (PHR)	5.1	Portail personnel de santé
AP11	COMMUNICATION	1.1	Communication
AP12	FORMATION ET SOUTIEN ICT DES DISPENSATEURS DE SOIN	Service opérationnel	
AP13	STANDARDS ET POLITIQUE DE TERMINOLOGIE	0.5 et 0.6	Normes techniques & Terminologie
AP14	MYCARENET	Cluster 6	e-Santé et Mutualités
AP15	SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE	4.7	Incapacité de travail (Mult-eMediatt)
AP16	TRAÇABILITE DES IMPLANTS ET DES MEDICAMENTS	Service opérationnel	
AP17	UTILISATION GENERALISEE DE LA EHEALTHBOX ET DES DON	0.7	Cobrha Next Generation & UPPAD
AP18	INVENTAIRE ET CONSOLIDATION DES REGISTRES	4.11	Registres
AP19	MOBILE HEALTH	Service opérationnel	
AP20	GOVERNANCE, IMPLEMENTATION ET MONITORING E-SA	1.2	Surveillance du programme

Le 26 février 2019, l'ABSyM écrit aux ministres afin de dénoncer le fait qu'elle n'ait pas été sollicitée pour ce nouveau plan :

« Le Plan d'action a depuis été publié sans que les représentants des médecins, en l'occurrence l'ABSyM notamment, n'ait eu voix au chapitre en ce qui concerne le développement et le financement du plan ainsi que concernant les projets qui seront entamés au cours des trois prochaines années. Nous apprenons que le Dr Jacques de Toeuf, Président de la plate-forme eHealth, n'a lui-même pas été consulté à cet égard.

Nous nourrissons l'intime conviction qu'un Plan d'action eSanté ne peut réussir que s'il est établi en étroite collaboration avec tous les prestataires de soins et stakeholders concernés. La participation des médecins représente aux yeux de l'ABSyM une condition primordiale à la mise en place des bonnes orientations et à la définition des justes priorités du Plan d'action en question. Un plan porté à une échelle aussi grande que possible est nécessaire pour enregistrer des progrès dans un domaine majeur tel celui de l'eSanté.

L'ABSyM constate que le nouveau Plan d'action pour les services de base de l'eSanté définit des accords sur le niveau de service (Service Level Agreements) en matière de performance et de disponibilité. C'est plus que jamais indispensable. Encore trop souvent, les médecins et autres prestataires de soins se retrouvent confrontés à des pannes lors de l'utilisation de la plate-forme eSanté. Notre demande consiste dès lors à ce que le système démontre une stabilité qui fasse ses preuves avant même de démarrer toute nouvelle application. »

L'ABSyM entend être étroitement impliquée dans le déploiement du présent plan d'action et souhaiterait vivement être impliquée dans la préparation d'un prochain plan d'action éventuel et ce, depuis son commencement.

7. Les études de médecine : augmentation des quotas en Flandre

Fin 2019, l'aile flamande de l'ABSyM a fait part de son mécontentement face à la décision prise par le gouvernement flamand d'augmenter de 374 unités le nombre de candidats admis à étudier la médecine et la dentisterie en Flandre.

Cette décision d'augmenter le quota est clairement préjudiciable à la qualité de la formation. Par ailleurs, la Flandre se retrouve ainsi dans la même situation problématique que les francophones à savoir que ces diplômés ne sont nullement assurés d'avoir un numéro INAMI puisque ces numéros sont moins nombreux que le nombre d'étudiants actuellement autorisés.

L'ABSyM a également insisté auprès du gouvernement flamand pour qu'il donne la priorité, dans le cadre de la création de sa propre commission de planification, à la différenciation des différentes spécialités en fonction des besoins de la population. Il devrait également voir comment rendre plus attractives les spécialités telles que la médecine générale, la gériatrie, la pédopsychiatrie, l'anatomie pathologique ...

8. Financement des Postes Médicaux de Garde (PMG)

Début 2019, nos médecins généralistes nous informent des problèmes qu'ils rencontrent dans le cadre des conventions relatives aux budgets octroyés pour le fonctionnement des Postes Médicaux de Garde (PMG).

Globalement, nous pouvons synthétiser leurs griefs comme suit :

1. Les conventions sont soumises à signature alors que l'année à déjà commencé. Il y a dès lors toujours une incertitude ;
2. Ces conventions comprennent de plus en plus de contraintes ;
3. L'INAMI veut faire une révision rétroactive du budget 2018 ;
4. Les responsables de PMG n'ont pas connaissance de la répartition du budget octroyé au PMG en sous-rubriques ;
5. Il existe une étanchéité de ces sous-rubriques de telle sorte qu'un dépassement dans une sous-rubrique ne peut pas être apuré par les fonds excédentaires dans une autre sous-rubrique dans laquelle on aurait moins dépensé ;
6. La méthode de calcul du budget 2019 est remise en cause : on se base sur les dépenses réelles de 2017 + 4% et donc ceux qui avaient dépensé moins que leur budget, ont perdu et ceux qui avaient dépensé plus que leur budget, ont gagné. Précisément, les PMG n'obtiendraient plus les habituels budgets avec marge (au-delà des besoins effectifs), qui permettaient de faire face aux impondérables – notamment aux coûts salariaux supplémentaires en cas d'incapacité de travail ou de congé de maternité. On leur annonce qu'ils recevront ce qui a été réellement dépensé en 2017, + 2% pour 2018 et + 2 autres pourcents pour 2019 (donc plus 4% en 2019).

L'ABSyM a, par le biais de ses juristes, analysé ces différents problèmes pour voir quels recours juridiques pouvaient être mis en œuvre par ces médecins.

Le relais a été assuré par nos représentants auprès de la commission médico-mutualiste.

Ainsi, en juillet 2019, l'ABSyM annonce de grandes avancées en matière de financement des postes de garde de médecine générale après plusieurs mois de travail à ce sujet au sein de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM).

Alors que le budget d'un poste de garde se voyait jusqu'ici verrouillé par une norme de croissance rigide (2%) et des rubriques spécifiques plafonnées individuellement (coordination, transport, informatique, personnel...), même si une standardisation des critères de financement reste de mise, l'INAMI tiendra désormais compte du contexte spécifique de chaque poste de garde, en particulier des dépenses supplémentaires, si celles-ci sont justifiées et documentées. Plusieurs postes de garde en difficulté ont déjà bénéficié de ces avancées.

En pratique, pour le budget 2018, certaines mesures seront déjà d'application :

- Pour le calcul du solde final, il sera tenu compte non seulement des rubriques spécifiques mais aussi du montant annuel global. Ainsi, il est envisageable pour un poste de garde de dépasser le plafond de l'une de ces rubriques, pour autant que le budget global soit respecté.
- De même, il sera procédé à une évaluation sur la base des charges et dépenses réelles qui découlent de certaines obligations : par exemple, certaines anciennetés au niveau des salaires du personnel disposant d'un contrat de travail. Parallèlement, certaines évolutions dans le prix des services externes peuvent être prises en compte. Le cas échéant, ceci peut donner lieu à un dépassement du montant global initialement prévu pour 2018.

Pour les budgets ultérieurs (à partir de 2019) :

- Les deux mécanismes décrits pour 2018 sont également appliqués.
- Les postes de garde peuvent proposer une fiche analytique avec une utilisation et une composition alternative du budget actuel et qui peut donc contenir des dépassements dans certaines rubriques.
- Les incapacités de travail des salariés sont prises en compte dans le budget : paiement des salaires garantis et remplacements.
- Le financement ICT tient compte des difficultés du terrain.
- Les postes de garde ont la possibilité d'introduire des demandes d'augmentation budgétaire. Ces demandes d'augmentation de budget programmées doivent être introduites à l'avance à l'adresse suivante : postedegarde@riziv-inami.fgov.be.

La CNMM souligne que l'application de ces mécanismes ne peut mener à des dépenses inutiles ou exagérées. Le caractère justifié des dépenses supplémentaires sera bien entendu contrôlé et leur réalité sera systématiquement vérifiée sur la base des factures et des fiches.

Début 2020, une solution transitoire sera recherchée afin d'assurer la période précédant le renouvellement des conventions annuelles afin d'assumer les obligations contractuelles des postes de garde.

En résumé, ces différents mécanismes constituent de grandes avancées en matière de financement des postes de garde et les craintes liées aux incertitudes budgétaires qui revenaient chaque année devraient trouver un apaisement.

Parallèlement, l'ABSyM avait répété que le financement des postes de garde de médecine générale, et a fortiori les coûts liés aux employés qui y travaillent ainsi que les charges sociales y afférentes, ne pouvait en aucun cas provenir du budget alloué **aux honoraires de disponibilité des médecins**. Si certains cercles de médecine générale souhaitent ouvrir leurs PMG en semaine également, un financement s'avère donc nécessaire. Nous considérons que ce financement doit provenir de l'INAMI et non d'un transfert des honoraires de disponibilité. À l'heure actuelle, les médecins généralistes de garde sont déjà sous-payés pour le travail accompli durant le weekend, les jours fériés et la nuit. Dès lors, le budget alloué à la disponibilité de ces médecins doit servir à améliorer les honoraires des actes de garde et donc les honoraires de disponibilité mêmes. Pour l'ABSyM, les honoraires de disponibilité restent coûte que coûte des honoraires.

9. Élections politiques

Même si nous avons passé toute l'année 2019 en affaires courantes depuis la mi-décembre 2018, différentes élections ont eu lieu le 26 mai 2019 : élections européennes, fédérales et régionales.

Début février 2019, l'ABSyM a donc communiqué son mémorandum aux décideurs politiques en vue des élections.

Le syndicat émet vingt revendications¹⁶ :

1. Maintien du paiement à l'acte, les honoraires forfaitaires en complément.
2. Application de l'indice-pivot sur tous les honoraires des médecins
3. Introduction d'un examen linguistique et d'un examen relatif à la connaissance du système de santé belge pour les médecins issus de l'UE.
4. Financement juste de la formation.
5. Le contingentement reste indispensable.
6. Offrir un statut social complet pour les médecins en formation.
7. Offrir un statut social Inami fiscalement favorable aux médecins pensionnés.
8. Développer un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle.
9. Déploiement progressif - et pas à la hâte -des applications eHealth.
10. Organiser correctement les élections médicales.
11. Le médecin généraliste doit garder un rôle central.
12. Garantir un même « terrain de jeu » pour tous les MG.
13. Garde : laisser aux généralistes la liberté de prendre des initiatives et de choisir ou non la formule du PMG.
14. Tolérance zéro face aux agressions à l'encontre des médecins.
15. Un politique de stationnement favorable aux MG.
16. Cogestion des médecins au sein des hôpitaux et des réseaux hospitaliers.
17. Financement transparent pour les soins à basse variabilité.
18. Mettre au point une politique nuancée en matière de suppléments d'honoraires.

¹⁶ Le détail précis du mémorandum est accessible sur le site de l'ABSyM via le lien suivant <https://www.absym-bvas.be/downloads/rnep/MemorandumFR.pdf>

19. Pas de monopole pour les hôpitaux universitaires.

20. Remboursement des frais liés à l'informatisation.

Au niveau de la mise en place du gouvernement du côté de la région wallonne, l'ABSyM a dû rappeler aux interlocuteurs politiques que les syndicats sont les seules structures légalement reconnues pour représenter les médecins qui les ont élus et que la Plate-forme première ligne wallonne (PPLW) à laquelle appartient la Chambre de Liège n'est en rien un syndicat de médecins.

En octobre 2019, le VAS a accueilli favorablement l'accord de coalition du nouveau Gouvernement flamand. Le VAS se réjouit que cet accord de coalition reconnaisse l'importance des indépendants et des professions libérales dans la mise en place de soins de santé accessibles et de qualité. Le nouveau Gouvernement flamand veillera à ce qu'au cours des réformes prévues, suffisamment d'attention soit accordée à leurs besoins. C'est l'un des points au sujet duquel le VAS avait déjà depuis longtemps demandé qu'une attention particulière soit portée. Parallèlement, l'accord de coalition assure un terrain de jeu équitable dans le domaine des soins de santé, régi par les mêmes règles et un même financement pour l'ensemble des prestataires de soins.

Le fait que l'accord de coalition reconnaisse le médecin généraliste comme étant le premier point de contact dans le cadre de la fonction psychologique de première ligne reçoit également notre approbation. Il ne faut évidemment pas oublier de faire intervenir le psychiatre lors du traitement.

Le VAS se sent très concerné par l'interprétation des niveaux de soins locaux des zones de première ligne. Nous continuons à insister sur le fait que les prestataires de soins indépendants, et plus particulièrement les médecins généralistes, ne puissent être évincés par les nombreuses autres professions de soins qui occupent une place dans les niveaux de soins.

Le Gouvernement flamand annonce un abaissement en profondeur des tâches administratives prises en charge par le personnel des soins de santé et cela constitue également une bonne nouvelle. Des propositions concrètes consistant à supprimer, simplifier ou intégrer certaines obligations administratives voient progressivement le jour et s'accompagnent, selon l'accord de coalition, du besoin d'alléger considérablement les tâches exécutées par les professionnels des soins de santé. L'ABSyM espère que ces perspectives vaudront également pour les médecins (généralistes).

Le VAS en appelle à la vigilance de chacun lors du développement d'un plan d'action flamand en matière de planification anticipée des soins, de soins palliatifs ainsi que de soins de fin de vie.

10. Réunions internationales

L'ABSyM est également présente dans les réunions internationales.

i. Réunion de printemps de l'UEMO en Roumanie

La première assemblée générale de printemps dans le cadre de la présidence roumaine a eu lieu les 24 et 25 mai 2019 à Cluj, en Roumanie.

Avant l'événement, l'UEMO a tenu sa réunion du Conseil d'administration le 23 mai. A cette occasion, les participants ont discuté des principaux thèmes affectant les soins primaires.

En outre, tant le Conseil que l'Assemblée générale ont ouvert la voie à un dialogue définissant la politique pour les années à venir ainsi que la mise en œuvre des politiques actives de Groupes de travail et task forces.

L'UEMO a présenté le résultat d'une enquête menée près de ses membres sur la manière d'éviter l'épuisement professionnel. Le travail a également débouché sur une déclaration de politique sur le thème "Des professionnels en bonne santé, des patients en bonne santé", ainsi que sur l'hésitation à se faire vacciner. En ce qui concerne l'importance des conditions de travail des médecins, l'UEMO a également décidé de mettre en place un groupe de travail consacré à ces questions.

ii. L'Assemblée générale d'automne de l'UEMO en Serbie

L'AG de l'UEMO a eu lieu à Belgrade les 18 et 19 octobre 2019.

Voici un résumé des différents groupes de travail :

- Au sujet de l'Intelligence Artificielle (IA), l'UEMO devrait discuter des principes éthiques et généraux concernant la médecine générale et les soins communautaires et garder le patient au centre des discussions. L'IA est considérée par certains professionnels comme une épargne de temps. L'IA est utile dans les cas simples mais non utilisable dans les cas complexes.
- CME/CPD (formation médicale continue/développement professionnel continu). Selon l'enquête menée par P. Ouvrard (F) sur l'organisation informatique européenne de la formation continue, le choix à faire par l'UEMO entre l'EABCME/CPD (système d'accréditation opéré par l'UEMO à créer) et l'EACCME (système existant à l'Union Européenne des Médecins Spécialistes), le résultat a donné une majorité pour prendre contact avec l'UEMS pour négocier la mise en route d'une période expérimentale pour l'usage de l'accréditation.
- Prévention : déclaration de l'UEMO sur la pénurie de médicaments : « Les agences nationales du médicament doivent répandre l'information de pénurie et donner les alternatives existantes de façon à éviter les risques chez les patients. Les meilleures sources d'information doivent être recommandées et de préférence celles qui réalisent les mises à jour en temps réels. L'UEMO marque son inquiétude devant l'augmentation des pénuries de médicaments, souvent d'origine commerciale. Les changements imposés sont source de confusion chez les patients. L'UEMO demande à l'EMA (agence européenne du médicament à Amsterdam) d'intervenir dans cette situation.
- Soins transfrontaliers : appel de l'UEMO à l'Union Européenne et au Royaume-Uni pour prendre les mesures adéquates pour le maintien des traitements, formations et recherches médicales, éviter les impacts négatifs entre République d'Irlande et Irlande du Nord, garantir l'activité des médecins européens travaillant au Royaume Uni et maintenir l'activité des médecins généralistes au travers des frontières.
- La médecine générale comme spécialité : dans plus de la moitié des états membres de l'UE, la MG est considérée comme une spécialité après avoir été reconnue par l'autorité nationale de

santé. L'UEMO demande à chaque délégation nationale concernée de presser l'autorité nationale de s'aligner sur ces pays de façon à unifier la situation de la MG en Europe.

iii. Réunion de l'EANA à Bratislava

L'EANA s'est réunie le 21 juin 2019 à Bratislava. Elle a pris position sur le chemin nécessaire pour la reconnaissance de la démarche qualité des médecins libéraux en Europe.

L'EANA recommande que ce dispositif :

- soit valorisant pour l'ensemble des médecins libéraux ;
- augmente la sécurité des patients ;
- garantisse une relation médecin-patient de qualité.

L'EANA insiste pour que ce dispositif soit incitatif pour les médecins libéraux et reste aux mains de leur profession.

Enfin, l'EANA préconise un dispositif simple et accessible intéressant l'ensemble des professionnels concernés dans toute leur diversité.

L'EANA a pris connaissance des différents outils utilisés dans les pays européens et constate que, compte-tenu de leur complémentarité, une mise en cohérence est nécessaire pour atteindre le but recherché.

Conclusion

L'année 2019 a été une année de changements, plus au sein même de l'ABSyM (avec les préliminaires à la fusion des deux Chambres wallonnes et au niveau des dirigeants de l'organisation) qu'au niveau des dossiers politiques (puisque le gouvernement a été en affaires courantes toute l'année : avant et après les élections de mai).

Au niveau politique en effet, le principal nouveau chantier de 2019 est celui de la réforme de la nomenclature. Le reste, notamment eu égard au statut du gouvernement en affaires courantes toute l'année, a principalement consisté en la concrétisation ou poursuite de chantiers entamés précédemment.

Au niveau du travail des Chambres, par contre, le travail est croissant. Cette année encore nous avons donc pu constater à quel point nous pouvions aider les médecins dans leur vie professionnelle et à quel point notre intervention était utile et utilisée. Au fur et à mesure des années, nous avons développé avec nos membres une relation de respect mutuel et de reconnaissance du travail effectué de part et d'autre. Nous recevons régulièrement les témoignages de nos membres en ce sens. Pour cela, les différents Conseils d'administration et bureaux techniques vous en remercient.

Annexe 1. Liste des dispositions normatives prises dans le contexte de la mise en réseau des hôpitaux :

- La circulaire wallonne du 20 novembre 2019 à l'attention des hôpitaux généraux et psychiatriques concernant la mise en réseau des hôpitaux ;
- Décret du 12 décembre 2019 modifiant les articles 411 et 412 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé et insérant un article 413 bis ;
- Décret du 28 novembre 2019 relatif à la collaboration entre hôpitaux impliquant une personne morale de droit public soumise à la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale ;
- Décret du 28 novembre 2019 relatif à la collaboration entre hôpitaux impliquant une personne morale de droit public soumise au Code de la démocratie locale et de la décentralisation ;
- Un projet d'arrêté du Gouvernement wallon prévoyant une procédure spécifique d'agrément et de sanction des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux ;
- Un protocole d'accord entre les différentes entités fédérées pour permettre l'agrément concerté et commun des réseaux « trans-entités » ;
- Le décret du 18 décembre 2019 de la Communauté française relatif à la collaboration entre les hôpitaux universitaires et une personne morale de droit privé et/ou de droit public ainsi qu'à l'agrément des hôpitaux universitaires ;
- Ordonnance du 4 avril 2019 relative à l'agrément, à la programmation et aux procédures d'agrément des hôpitaux, des formes de collaboration hospitalière ou des activités hospitalières ;
- Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 9 JUILLET 2019 déterminant la procédure d'agrément, de retrait d'agrément et de fermeture des hôpitaux, des collaborations hospitalières et des activités hospitalières.

On notera également :

- L'avis du 28.09.2017 du Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers (CFEH) concernant les missions de soins locorégionales et suprarégionales ;
 - L'avis du 11.04.2019 du CFEH concernant le financement d'un forfait pour le soutien des réseaux hospitaliers ;
 - Les discussions à la Commission paritaire Nationale médecins-hôpitaux (CPNMH) concernant la réforme de l'AR relatif au CM de l'hôpital individuel ;
 - Le projet d'AR concernant le CM de réseau, avec la circulaire qui va avec ainsi que l'avis de la CPNMH à cet égard.
-

Association Belge des Syndicats Médicaux ASBL
Chaussée de la Hulpe, 150 -1170 Bruxelles ❖ Tél. 02/644.12.88 - Fax: 02/644.15.27
E-Mail : info@absym-bvas.be ❖ Web : www.absym-bvas.be
Mars 2020