
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
des Médecins Spécialistes

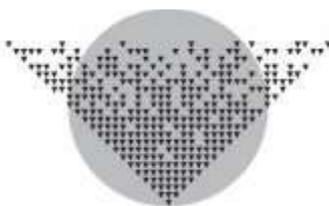
Éditeur responsable : Dr J.-L. Demeere
Secrétaire de rédaction : F. Vandamme
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

Numéro spécial mai 2020

AUX MEMBRES DE L'UNION PROFESSIONNELLE BELGES DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN BIOPATHOLOGIE MÉDICALE

Table des matières

1	Approbation du projet de rapport de l'assemblée générale statutaire du 26.02.2019	2
2	Discours du président, le Dr. Alin Derom - 2020 : la fin est-elle proche?	2
3	Rapport du secrétaire, le Dr Henk LOUAGIE.....	6
3.1	Rétroactes 2019	6
3.1.1	Soins à basse variabilité	6
3.1.2	Réseaux hospitaliers	6
3.1.3	Modification AR 78 sur les professions de soins de santé	7
3.1.4	Nouvelles de l'agrément en microbiologie clinique.....	7
3.1.5	POCT et PST	8
3.1.6	Une union professionnelle bien vivante!	8
3.1.7	Nomenclature : convention NGS et création de l'art. 33ter à partir du 01.07.2019	10
3.1.8	Nouvel accord médico-mutualiste	11
3.1.9	Divers.....	11
3.2	Et en 2020.....	12
3.2.1	Centralisation des soins	13
3.2.2	Directive IVD 2017/746.....	13
3.2.3	Möbius.....	13
3.2.4	COVID-19	14
3.3	Rapport financier - Dr Alin Derom	15
4	Rapport du trésorier.....	22



Projet de compte rendu de l'Assemblée générale statutaire du 18.02.2020

Présents: Drs JL BAYART, M. BERTH, M. CRIEL, P. CUIGNIEZ, G. DE MOOR, P. DE SCHOUWER, D. DE SMET, A. DEROM, J. GRAS, B. HEYNDRIKX, E. HO, H. LOUAGIE, A. MAIRESSE, M. MOENS, J. MOERMAN, A. MUYLAERT, J. PENDERS, H. SEGERS, A. SMISMANS, B. STAQUET, M. TAVEIRA, M. VAN BLERK, K. VAN POUCKE, M. VANDEN DRIESSCHE, G. VANHEULE, P. VERMEERSCH, A. VERSTRAETE

Excusés: Drs M. BOEUR, D. EERENS, J.-M. MINON, H. PARIDAENS, A. VAN HONSEBROECK, R. VAN ROOSBROECK, P. VERHEECKE

Représentés par procuration: Drs F. LACQUET, JM MINON, H. PARIDAENS, A. VAN HONSEBROECK, R. VAN ROOSBROECK, P. VERHEECKE

1 [Approbation du projet de rapport de l'assemblée générale statutaire du 26.02.2019](#)

2 [Discours du président, le Dr. Alin Derom - 2020 : la fin est-elle proche?](#)

Est-ce le titre d'une tragédie ? Sont-ce là les mots d'un pessimiste ou d'un réaliste ? Nous laisserons-nous aller ou gironons-nous ? Qui a le futur en main ?

La réponse à cette dernière question est claire tandis que mon regard balaie l'auditoire : le futur est entre nos mains. Les vétérans peuvent transmettre leur expérience aux plus jeunes. Mais est-ce réaliste? Est-ce souhaitable? Les temps n'ont-ils pas drastiquement changé? Un copier-coller des vieux trucs suffira-t-il à la société actuelle et ses technologies de pointe?

A la fin du mois de janvier, ceci était le début de mon discours. J'en avais également déjà écrit le reste. Pourtant, le 1er février 2020, date de l'assemblée générale du GBS, j'ai résolu de réécrire la quasi-totalité de mon allocution.

J'ai alors décidé de me concentrer sur trois points. Et je termine avec une tâche, ou plutôt une mission pour nous tous.

Ces trois points gravitent autour des interrogations suivantes : « Qui est qui? », « Qui décide? » et « La biologie clinique est-elle une discipline à l'agonie ? »

La première question « Qui est qui? » nous pousse à nous examiner nous-mêmes. S'il faut en croire les stéréotypes, les médecins séniors sont des travailleurs assidus, têtus, solitaires, compétents dans leur domaine, ne consacrant à leur famille que le temps que leur laissent leur patientèle et leur travail. En revanche, les jeunes médecins, en ce compris, nos collègues féminines, se définissent comme... Il ne

m'appartient pas de les définir parce que je suis à cheval entre ces deux générations. Cependant, s'il faut résumer la jeune génération en deux mots, je dirais qu'elle est plus équilibrée et plus sociable. Si cette nouvelle génération travaille aussi intensivement, elle réserve une partie de son temps à ses conjoints, enfants, famille et amis. Il n'est plus interdit d'être indisponible bien que ce ne soit pas toujours évident dans ce monde connecté via les médias sociaux. La science a connu une évolution considérable dans la connaissance du patient et de son bien-être: dans un tel contexte, la nouvelle génération est bien consciente que la collaboration, la concertation et la formation continue sont essentielles; ces fondamentaux sont devenus la norme. De plus, les technologies contemporaines garantissent la rapidité des échanges.

Je sais que ce tableau est un peu caricatural, mais l'évolution que je pressens est menacée d'un réel péril. Un péril que nous n'aurions pas pu ou pas voulu voir venir, à savoir le risque de nous perdre et de disparaître dans ce monde hyperconnecté.

Qui court ce risque aujourd'hui ? Nous! Nous, les biologistes cliniques ! Nous, en tant qu'union professionnelle!

Je suis moi-même un exemple vivant de ce danger. Je suis l'un des agents qui aggravent le danger qui menace notre profession. Il en va de même de notre habitude d'utiliser des tas d'abréviations pour tout et n'importe quoi, ce qui ne fait qu'empirer la situation. Ainsi, je suis entre autres président de notre union professionnelle, l'UPBMSBM. Je suis aussi membre du comité directeur du GBS-VBS. Je suis président de la Commission de Biologie clinique, la CBC. Je suis président du VAS, non pas la coupole du VAS mais bien de la chambre d'Anvers, du Limbourg et du Brabant flamand. Enfin, je suis aussi membre du comité directeur de l'ABSyM. Je ne poursuivrai pas l'énumération de mes autres mandats car je me rends bien compte que certains d'entre vous ne me suivent déjà plus. Pour être honnête, il y a 10 ans, moi non plus, je n'arrivais pas suivre, même si j'étais biologiste clinique depuis déjà 15 ans.

J'ai toujours cru en la défense des intérêts de notre profession. Tant structurellement, scientifiquement que financièrement. Je suis devenu membre de notre union professionnelle et donc du GBS, alors que j'étais assistant au début des années 90. Rapidement, je me suis affilié à l'ABSyM. J'ai également été assistant dans le laboratoire de Marc Moens. Je ne pouvais être à meilleure école. Et pourtant, je me suis souvent demandé: ne paie-je pas le double ou le triple pour être à la fois membre de l'UPBMSBM, du GBS-VBS et de l'ABSyM ? N'ai-je pas oublié de régler ma cotisation au GBS? Où est ma carte de membre de l'UPBMSBM ? Ne devrais-je pas me limiter à une affiliation? Ma voiture n'est pourtant pas assurée 2 ou 3 fois ... La réponse à cette question « d'hyperaffiliation » est NON. Quand on me demande personnellement si être membre à la fois du GBS et de l'ABSyM a du sens, sans hésiter je réponds: OUI.

Passons maintenant au point 2 : « Qui décide? » est la suite de la situation complexe que je viens de décrire. Ce qu'il faut retenir du point précédent, c'est que nous sommes une union professionnelle de médecins spécialistes. Et à l'instar de la plupart des unions professionnelles de médecins spécialistes, nous sommes membres de la coupole du GBS, le Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes. La plus grande partie de votre cotisation revient au GBS, pour son travail administratif, y compris les traductions, l'assistance juridique et les services d'organisation, à l'arrière-plan de notre union professionnelle et des autres unions professionnelles affiliées. Soyons clair, les unions professionnelles de médecins généralistes ne peuvent pas être membres du GBS.

Le comité directeur de notre union professionnelle a pour mission de suivre au plus près les actualités, l'évolution et les risques de notre profession, d'en discuter, de décider éventuellement d'agir ou de réagir et enfin, de vous informer vous, membres estimés.

Le GBS dont nous sommes donc membres n'entretient pas de lien exclusif avec un syndicat médical en particulier. Ni avec l'ABSyM, ni avec le Cartel, ni avec Domus Medica ou plutôt AADM. Il est néanmoins vrai que 85% des médecins spécialistes votent pour l'ABSyM et que beaucoup sont probablement membres du GBS. Ainsi, on pourrait croire que le GBS et l'ABSyM sont liés comme les doigts de la main.

Mais ce n'est pas le cas. Je ne dis pas que leurs opinions sont totalement divergentes, mais je constate que chacun défend ses idées et points de vue propres. Et ils poursuivent aussi des objectifs différents.

Maintenant, en quoi ces organisations diffèrent-elles? C'est une question que je me suis moi-même posée pendant des années!

L'ABSyM, soit l'Association belge des Syndicats médicaux, réunit 4 chambres de syndicats de médecins, tant généralistes que spécialistes : auprès des services fédéraux, c'est « le » représentant des médecins par excellence. Le degré de représentativité est déterminé par le nombre de médecins qui votent pour un syndicat, indépendamment du fait de détenir une carte de membre ou non. C'est la raison pour laquelle j'insiste pour rappeler qu'il importe que chaque médecin, généraliste, spécialiste, généraliste en formation et spécialiste en formation, vote au moment des élections médicales. Les prochaines auront lieu en 2022. Il est incompréhensible qu'en 2018 plus de 75% des médecins n'aient même pas pris la peine d'aller voter. Shame on you! Bien sûr, il y a eu quelques dérapages techniques pendant ces premières élections électroniques en 2018 mais le nombre de médecins dont les votes ont été annulés représente une infime minorité. N'oublions pas qu'il est possible de voter confortablement assis dans son fauteuil. Sans peut-être s'en rendre compte, les abstentionnistes font implicitement comprendre aux autorités que les syndicats sont inutiles, qu'ils n'ont pas besoin de représentation auprès des pouvoirs fédéraux et que dès lors le gouvernement a carte blanche pour éroder nos honoraires comme bon lui semble. Est-ce bien là le message que l'on veut faire passer ?

Même si l'on peut ne pas se sentir directement concerné parce que l'on est rémunéré autrement en tant que statutaire, employé, ou par forfait etc ? Toutes ces rémunérations proviennent quand même du budget qui nous est attribué. C'est pourquoi, je vous enjoins d'aller voter tous les 4 ans lors des élections médicales, afin de faire valoir vos préférences financières et de désigner le syndicat qui les défendra le mieux.

Passons maintenant au GBS. Ce qui précède s'applique donc aux syndicats. Parmi ceux-ci, l'ABSyM a tout de même totalisé 58% de l'ensemble des voix, mais les autorités ont considéré que le syndicat n'avait récolté que 58% des voix des 24% de médecins qui ont voté, pour donc ne représenter au final que 14% des médecins. Mais qu'en est-il des unions professionnelles ? Du GBS et de l'UPBMSBM ? Pour ces organisations, pas d'élections nationales. Comment se font-elles donc entendre? Ces organisations professionnelles n'ont-elles donc rien à dire puisqu'elles ne sont apparemment pas représentatives des médecins?

Les unions professionnelles offrent pourtant bel et bien une plus-value. Et plus qu'on ne le pense. Ainsi, dans la Commission de biologie clinique, sans compter le président et le vice-président, il y a 7 représentants des facultés de médecine et de pharmacie, et 7 représentants des unions professionnelles de pharmaciens et de médecins. Tous les 3 ans, nous obtenons donc 3 ou 4 voix sur les 14. Un certain nombre de nos membres occupent un siège supplémentaire en siégeant sur le banc des facultés de médecine. Des représentants du GBS siègent aussi au Conseil supérieur des médecins spécialistes où les titres professionnels particuliers de microbiologiste médical et d'infectiologue clinique sont entre autres à l'ordre du jour. En tant qu'union professionnelle, notre voix a donc une influence réelle. Ainsi, c'est l'union professionnelle qui propose que certains de ses membres deviennent membres des commissions d'agrément.

Par ce biais, notre union professionnelle veille aux modalités et contenu de la formation dans notre spécialité.

Ici aussi, on peut se poser la question de la représentativité. Si je fais l'analyse pour notre union professionnelle, différentes méthodes de calculs sont possibles. D'après les chiffres du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, on recense « aujourd'hui » 822 médecins biologistes cliniques disposant d'un visa, y compris les retraités. D'après le même SPF, en 2017, il y avait 735 médecins domiciliés en Belgique agréés en biologie clinique (à ce nombre s'ajoutent 62 médecins spécialistes en formation). D'après Sciensano, il y a 398 médecins biologistes cliniques actifs dans les laboratoires agréés, de même que 401 pharmaciens biologistes. Et aujourd'hui, notre

union professionnelle compte ... 154 membres. 154 sur 398 ou 735 ou 822... Où sont les biologistes cliniques de l'autre moitié ou des trois quarts restants? Doit-on conclure que l'autre moitié ou les trois quart des biologistes cliniques s'opposent à notre union professionnelle? Je ne pense pas. Mais on peut trouver une ou plusieurs explications à cette situation: si l'on n'est pas membre, c'est parce que l'on reçoit les informations d'un collègue, que l'on pense qu'en s'affiliant on soutient aussi l'ABSyM, ou que les activités de notre union sont inutiles et qu'une cotisation est de l'argent perdu.

Mais savez-vous qu'en Belgique, 122 laboratoires de biologie clinique sont agréés ? Cela représente 1,25 membre par laboratoire. N'est-ce pas scandaleusement peu? Il faudrait peut-être que chacun de nos membres, dans son laboratoire, mais aussi dans les centres universitaires, demande à ses collègues de s'affilier à notre union professionnelle.

Heureusement, nous n'avons pas que des mauvaises nouvelles à annoncer. Anciennement, chaque année, seulement 4 nouveaux membres environ s'affiliaient à l'union. L'an dernier, nous en avons accueilli 14 et cette année, nous avons déjà reçu 11 demandes, parmi lesquelles 7 proviennent d'assistants spécialistes en formation. Espérons qu'il ne s'agisse pas d'un pic temporaire.

La réponse à la question de savoir si notre discipline serait à l'agonie est en partie entre nos mains. L'augmentation du nombre d'affiliations d'assistants spécialistes en formation est un fait encourageant. Il a même été convenu qu'un représentant des assistants puisse assister aux réunions du comité directeur. Mais pour garantir notre avenir, non seulement nous avons besoin de plus de membres, mais aussi de collègues qui aient la volonté de s'engager et de rejoindre le comité directeur. Les comptes rendus des comités directeurs donnent déjà une idée de la fréquence (5 à 6 fois par an) et des thèmes des réunions. Elles se tiennent un mardi soir, tout comme l'assemblée générale de ce soir. C'est aussi au sein de ce comité directeur que l'on prépare la liste des membres à proposer pour la commission de biologie clinique par exemple, ou pour les commissions d'agrément. Je pense aussi qu'un rajeunissement et une féminisation du comité directeur seraient les bienvenus. La plupart d'entre nous peuvent, espérons-le, se libérer quelques mardis soirs par an.

Parfois, à vrai dire très occasionnellement, certaines missions sont plus lourdes mais importantes. Par exemple, le titre professionnel particulier de microbiologiste médical. Pour traiter de cette matière, le comité directeur a invité et désigné ponctuellement des spécialistes experts. Notre collègue Koen Magerman, notamment, s'est engagé dans cette mission sans être membre du comité directeur. Chacun peut donc contribuer à sa manière. De même pour la réforme, et non la revalorisation, de la biologie clinique, nous sommes massivement présents en tant qu'union professionnelle. Si nous étions absents, il se pourrait que le biologiste clinique soit un jour remplacé par un grand serveur VALAB et diverses formes d'intelligences artificielles. Les cas les plus complexes de microbiologie, par exemple, seraient alors résolus par l'infectiologue clinique. Le médecin prescripteur réaliserait la plupart de ses tests avec un appareil POCT installé dans son cabinet : ces appareils existent déjà et, de temps en temps, un échantillon serait envoyé à un biologiste clinique pour expertise. Mais cela ne suffirait pas pour un travail à temps plein. Sans parler des honoraires.

Pour conclure et résumer: nous tous ici présents sommes l'avenir de la profession. Nos intérêts financiers sont principalement défendus par les syndicats et l'objet de notre travail par les unions professionnelles. Recruter des membres et s'engager activement pour notre profession est une nécessité qui ne requiert que peu d'effort. Je vous recommande d'ores et déjà de relire ces mots lorsque ce compte rendu vous parviendra : n'hésitez pas à le faire circuler parmi les non-membres dans l'espoir de les convaincre de s'affilier.

Chers Collègues, je vous remercie d'être présents et d'être membres de notre union. Si vous connaissez des collègues qui ne le sont pas encore ou dont vous ignorez le statut, posez leur la question et convainquez-les que leur affiliation apporterait une plus-value à nos actions et à notre représentativité. Si vous ne souhaitez pas être bientôt remplacés par une pincée de silicium dans un serveur quelconque, engagez-vous pour défendre les intérêts de notre spécialité et renforcer notre

représentation au sein de différents organes, en première, deuxième ou troisième ligne, au niveau fédéral et régional, au sud comme au nord ou au centre du pays.

Merci pour votre attention. Je passe maintenant la parole à notre secrétaire.

3 Rapport du secrétaire, le Dr Henk LOUAGIE

3.1 Rétroactes 2019

En 2019, le comité directeur s'est réuni 5 fois au total (22.01.2019, 26.02.2019, 30.04.2019, 24.09.2019 et 12.11.2019). L'assemblée générale des membres a eu lieu le 26.02.2019. Pour la première fois, un symposium a été organisé conjointement à l'assemblée générale. Une rencontre avec l'union professionnelle des anatomo-pathologistes a eu lieu le 09.04.2019.

Quels sont les sujets phares de 2019? Comme en 2018, il a été question des soins à basse variabilité (SBV) et des réseaux hospitaliers qui se partagent la première place des thématiques les plus discutées. Ensuite, la réforme de la nomenclature a pris un démarrage progressif et le 12.12.2019, le projet relatif à l'agrément du « microbiologiste médical » a été clôturé au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. La problématique des POCT et des PST disponibles ou non via internet a aussi fait couler beaucoup d'encre. Le fonctionnement bien rôdé des groupes de travail « ComPerMed » (commission personalized medicine) et « CDX » (CompanionDiagnostics) nous font espérer que dans le futur, la Belgique tiendra aussi un rôle de premier plan (ou prééminent) dans le domaine du diagnostic moléculaire. Le 01.07.2019, la convention NGS (next generation sequencing) a été conclue entre l'INAMI et 10 réseaux.

Concernant l'union professionnelle, nous nous félicitons d'avoir pu accueillir plusieurs nouveaux membres et de noter l'intérêt croissant des spécialistes en formation pour nos activités comme le prouve la demande de la participation d'une délégation d'assistants aux réunions de nos comités directeurs.

Ces sujets et d'autres thématiques sont approfondis dans le rapport qui suit.

3.1.1 Soins à basse variabilité

Le nouveau système est entré en application le 1er janvier 2019. Lors de la séance d'information, voici ce qui a été proposé à la biologie clinique : les prestations exclues sont liées à tous les honoraires forfaitaires variables: il s'agit de l'honoraire forfaitaire par journée d'hospitalisation (592001) et de l'honoraire forfaitaire par admission (591076-591080, 591113-591124, 591135-591146). En plus, les honoraires forfaitaires ambulatoires par prescription sont aussi exclus. Toutefois, les numéros de nomenclature suivants sont bien inclus dans les soins à basse variabilité : 591102 et 591603 (honoraires forfaitaires fixes par admission hospitalière, pour respectivement le biologiste clinique non accrédité et pour le biologiste clinique accrédité) et 591091 (honoraire forfaitaire fixe par admission en hôpital de jour). Les soins à basse variabilité ont généré des surcharges administratives considérables qui ont entraîné des retards de facturation. Il est fort probable que les dépenses en biologie clinique pour 2019 seront donc fortement sous-estimées. Cet effet est exacerbé par le retard de facturation consécutif à l'introduction de l'article 33ter.

Ceci sera développé dans le bilan financier du Dr Alin DEROM.

3.1.2 Réseaux hospitaliers

Malgré un gouvernement en affaires courantes, le projet de loi sur les réseaux hospitaliers a été approuvé lors d'une assemblée parlementaire plénière le 14.02.2019. Pour le 01.01.2020, tous les hôpitaux devaient s'être organisés en 25 réseaux, ce qui doit en théorie réduire la concurrence entre hôpitaux et empêcher chaque hôpital de prétendre offrir tous les soins possibles. Concernant la biologie clinique, la mise en place des réseaux hospitaliers va vraisemblablement accentuer la

consolidation entre les laboratoires hospitaliers de sorte qu'il ne restera plus qu'un laboratoire d'urgence sur les petits sites hospitaliers. Il est évident que cette situation aura un impact négatif sur les possibilités d'emploi des biologistes cliniques (médecins et pharmaciens). En collaboration avec MÖBIUS, Zorgnet-Icuro a élaboré un document de vision sur le futur cadre du laboratoire au sein du réseau hospitalier. Le 07.02.2020, cette vision a été présentée avec beaucoup d'intérêt (<https://www.zorgneticuro.be/publicaties/de-organisatie-van-het-ziekenhuislabo-de-netwerken>). Les membres de Zorgnet-Icuro peuvent s'adresser à eux pour obtenir le document intégral. Un travail législatif important est encore nécessaire avant que le « laboratoire du réseau » ne devienne réalité.

3.1.3 Modification AR 78 sur les professions de soins de santé

Ce dossier bougeait peu jusqu'au début de l'année 2019. C'est ainsi que le 12 février 2019 un nouvel arrêté royal (AR) a été publié qui remplace l'AR du 2 juin 1993. La profession de « technologue de laboratoire médical » (TLM) est devenue conforme aux exigences actuelles de 2019 (<https://www.vlaanderen.be/erkenning-als-medisch-laboratorium-technoloog>).

L'AR suit les avis du Conseil fédéral des Professions paramédicales et de la Commission technique des Professions paramédicales. Il a été élaboré en concertation avec des experts du secteur et des écoles qui organisent la formation. Cet AR est entré en vigueur le 22 février 2019. Le contenu de la fonction des TLM dans les laboratoires a fortement évolué ces dernières années. Le nouvel AR du 12 février 2019 répond à ces évolutions. En outre, il actualise les compétences du technologue de laboratoire médical et les exigences à remplir pour pouvoir exercer la profession. Citons notamment quelques tâches que le TLM est amené à accomplir aujourd'hui : des analyses de laboratoire sur des prélèvements d'origine humaine dans de nouveaux domaines : analyses de biologie moléculaire et examens de cellules, tissus et organes ; préparation et manipulation de matériel humain à des fins thérapeutiques (par exemple, la manipulation d'ovules, de sperme ou d'embryons pour les procréations médicalement assistées); les prélèvements sanguins par cathéter veineux présent ou pose d'un cathéter veineux périphérique (par exemple pour les patients qui doivent passer un test de tolérance au glucose et qui subissent plusieurs prélèvements sanguins à intervalles courts pour des analyses sanguines). A cela s'ajoute l'obligation de suivre également 15 heures de formation continue chaque année. L'union professionnelle des TLM salue cette revalorisation de leur profession. Par contre, en ce qui concerne les « collaborateurs scientifiques » ou les « biologistes moléculaires », il n'y a pas de solution proposée jusqu'à présent et leur présence dans les laboratoires reste dans un flou juridique. Ils ont été nombreux à demander une dérogation visant à être reconnu comme TLM pour se conformer à la loi. Cela est contrôlé strictement lors des audits BELAC obligatoires des laboratoires moléculaires, comme j'ai pu le constater moi-même.

Pedro FACON, à l'époque chef de cabinet de la ministre DE BLOCK et actuel directeur général du SPF Santé publique, avait déjà annoncé le 28.09.2016, devant un auditoire plein à craquer au Passage 44, une réforme en profondeur de l'AR 78. Les participants se souviennent certainement de la marguerite de la multidisciplinarité avec le patient au cœur de la fleur et les professions de soins comme autant de pétales autour de lui. Les médecins étaient l'un de ces pétales. Cependant, un certain nombre de problèmes déjà épinglés l'an dernier persistent bien qu'ils existent depuis bientôt 4 ans. C'est ainsi que les « genetic counselors » ne sont toujours pas agréés, que la profession du « bio-informaticien » n'est pas encore définie, etc.

3.1.4 Nouvelles de l'agrément en microbiologie clinique

Fin 2018, l'agrément imminent des infectiologues a suscité l'émoi. Le 20.11.2018, le Dr Patrick Waterbley, secrétaire du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, a convoqué à l'improviste un groupe de travail pour prévoir un agrément distinct pour les infectiologues et préparer ce dossier pour la réunion plénière du Conseil supérieur du 13.12.2018.

L'union professionnelle ne pouvait pas laisser passer cette occasion sans tenter d'obtenir également un agrément distinct pour les microbiologistes médicaux. Grâce à des réunions mensuelles sous la

direction du Dr Patrick WATERBLEY, la définition des critères d'agrément a progressé. Certains membres de l'union professionnelle y ont pris part. Le Dr Marc MOENS présidait ces réunions. Certains pharmaciens biologistes étaient invités en tant qu'observateurs. Le 10.10.2019, le Dr Marc MOENS, président du groupe de travail, ainsi que le Pr. Hector RODRIGUEZ-VILLALOBOS (UCL), vice-président, et Koen MAGERMAN co-membre et collègue estimé, ont présenté un rapport intermédiaire lors de la réunion plénière du Conseil supérieur.

Le 15.12.2019, le Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des médecins généralistes a finalement approuvé l'avis sur la création du titre professionnel en microbiologie médicale (de niveau 3). L'avis sur l'infectiologie (aussi de niveau 3) avait déjà été approuvé le 13.06.2019. Le 07.01.2020, a eu lieu une rencontre au cabinet DE BLOCK pour formaliser les titres professionnels en infectiologie et microbiologie médicale dans un arrêté ministériel (AM). Le Dr Marc MOENS était présent, de même que la directrice du GBS et juriste, madame Fanny VANDAMME. Par manque de temps, seule l'infectiologie a pu être abordée. Une nouvelle date a rapidement été fixée pour officialiser aussi la microbiologie médicale dans un AM. Les deux titres professionnels seront prochainement publiés en même temps.

3.1.5 POCT et PST

Un livre blanc a été publié sous le titre "Organisatie en kwaliteitsbewaking van Point-of-Care testen (POCT) in België: voorstel voor uitbreiding van het wettelijk kader POCT naar de eerstelijnsgezondheidszorg". (Organisation et contrôle de qualité des tests en Point-of-Care (POCT): proposition d'élargissement du cadre juridique des POCT vers les soins de première ligne. Auteur: Pr. Em. Dr Viviane VANHOOF, UZA). La proposition consiste à rembourser les POCT uniquement si les tests ont été effectués dans un cadre juridique défini, impliquant la collaboration avec un laboratoire clinique. Pour ce faire, il faut adapter l'arrêté d'agrément des laboratoires de biologie clinique et créer une nomenclature séparée pour les POCT effectués en dehors de l'hôpital. Tout d'abord, il faudrait créer un remboursement pour le POCT CRP des adultes, et les introduire progressivement via des projets pilotes. En outre, il est proposé de mettre en place un Conseil d'avis POCT. D'autres informations suivront lorsque tout cela deviendra plus concret. Le groupe de travail « POCT » de la commission de biologie clinique a envoyé une lettre dans ce sens à la ministre DE BLOCK qui n'a pas répondu. Ce modèle a aussi été proposé pour l'implémentation éventuelle des tests rapides de dépistage du COVID-19.

La saga autour des dosages POCT/PST chez les pharmaciens limbourgeois se poursuit. Le projet « taking care » du KLAV (Koninklijk Limburgs Apothekers Verbond) continue à se déployer dans les pharmacies limbourgeoises malgré l'avis négatif de l'Ordre des médecins, de la commission médicale provinciale et du président du cercle de médecins généralistes de Heusen-Zolder-Koersel.

(Toutes les informations sur: <https://www.klav.be/klavinfo/nl/beroepsontwikkeling/takingcare>).

Comme il est ici question d'interprétation de tests, ceux-ci relèvent de la loi relative aux POCT et donc, les pharmaciens exercent la médecine illégalement. Malheureusement, le juge ne nous a pas suivis dans notre assignation à l'encontre du KLAV pour dénoncer ces agissements, et le tribunal a abandonné les poursuites. Rentamer les procédures semble inutile. L'union professionnelle s'est adressée aux présidents des cercles de médecins généralistes pour les informer de l'illégalité de cette action des pharmaciens. Entre-temps, notre collègue Joris PENDERS, membre estimé de notre union professionnelle, nous a appris que le KLAV persiste avec rage et continue à déployer le projet notamment à Heusden-Zolder malgré l'opposition des cercles de médecins généralistes locaux.

3.1.6 Une union professionnelle bien vivante!

Au 01.02.2020, il y avait 616 médecins biologistes cliniques actifs professionnellement (-1,12%). Il y avait 678 pharmaciens biologistes actifs professionnellement (+2,11%). Il y a 69 laboratoires de biologie clinique agréés en Flandre, 11 à Bruxelles et 42 en Wallonie.

En 2019, l'union professionnelle comptait 123 membres payants et entre-temps, elle a déjà pu accueillir 17 nouveaux membres au cours de 2019 et au début de 2020.

A la commission d'agrément de biologie clinique, le Dr Gudrun ALLIET de l'A.Z. Damiaan Oostende, a été promue remplaçante du Dr Katelijne FLORÉ. Cette nomination a été publiée au M.B. du 25.11.2019.

Le 09.04.2019, trois membres de notre comité directeur (les Drs DEROM, LOUAGIE et MOENS) ont rencontré trois membres du comité directeur de l'union professionnelle d'anatomie pathologique (les Drs BRUYNEEL, CROES et WETZELS). L'entretien s'est déroulé dans une atmosphère constructive et amicale et les deux unions professionnelles partagent les mêmes préoccupations. Il est donc extrêmement important de se concerter régulièrement et pour les dossiers épineux, de regarder dans la même direction. Il a été largement question d'un roadbook sur le HPV en dépistage primaire. Par analogie avec le dépistage du cancer colorectal, on pourrait offrir un programme de dépistage du HPV (peut-être par autosampling) à certains groupes cibles via un marché public. En cas de test HPV positif, les patientes seraient renvoyées chez leur médecin généraliste et leur gynécologue pour un suivi intensif avec entre autres des dispositions de follow-up du HPV. Ces dispositions devraient faire partie du circuit de remboursement « normal ».

Par ailleurs, des réflexions ont été échangées sur une collaboration éventuelle entre les deux unions professionnelles. A ce stade, une véritable fusion qui nous ramènerait en 1988 quand l'anatomie pathologique et la biologie clinique ne formaient qu'une seule et même discipline, est à tout le moins prématurée. On s'attend quand même à une accentuation de la consolidation des laboratoires d'anatomie pathologique qui devrait permettre une probable standardisation et automatisation de la phase pré-analytique, par analogie avec les labos de biologie clinique.

Le 24.09.2019, le comité directeur de l'union professionnelle a aussi eu une concertation avec le Dr J.-L. DEMEERE (président du GBS) et le Dr Donald CLAEYS (secrétaire général du GBS). Ils se sont présentés et ont tenté de proposer une vision du futur pour le GBS. Ils veulent se profiler davantage comme une société scientifique indépendante des syndicats médicaux. Mais le problème est qu'ils ne sont pas directement représentés dans un certain nombre de comités de concertation. Ils souhaitent dynamiser le GBS et le rajeunir et élaborer un nouveau texte de vision sur l'avenir. L'accent sera mis sur une approche plus proactive des soins de santé, dans le cadre de laquelle des propositions propres, soutenues par les différentes associations professionnelles, seront développées et soumises au monde politique. Actuellement, le GBS doit souvent réagir aux propositions formulées par les politiciens et est donc obligé d'être sur la défensive. Ils tenteront aussi de faire paraître chaque mois dans la revue spécialisée « Le Spécialiste » (Reflexion Medical Network sa), un article qui donnera la parole à chaque union professionnelle à tour de rôle. Enfin, ils souhaitent aussi contribuer activement à la réforme de la nomenclature. A ce propos, Ils sonderont l'ensemble des membres pour savoir s'ils peuvent approuver une séparation des honoraires en honoraires purement « intellectuels » et honoraires « techniques ».

Le FAKB (Forum Assistenten Klinische Biologie) a demandé si un délégué pourrait participer aux réunions du comité directeur. Le comité directeur n'y voit aucune objection, au contraire, il s'en félicite, pour autant que ce participant soit ou devienne membre de l'union professionnelle.

Le Dr Jean-Baptiste VANDERPAS annonce qu'il met un terme à ses activités de conseiller à l'union professionnelle car il prend sa pension. Le comité directeur le remercie chaleureusement pour ses années d'engagement.

Enfin, le 23.11.2019, nous avons célébré la nomination du Dr Marc MOENS en tant que « Spécialiste de l'année ». L'union professionnelle avait soutenu sa candidature. Depuis, le Dr MOENS a aussi quitté l'union professionnelle en tant que membre du comité directeur, après y avoir été actif pendant 32 années ininterrompues alternant les fonctions de président et de secrétaire, puis enfin comme vice-président. Nous espérons pouvoir encore profiter longtemps de son expertise.

3.1.7 Nomenclature : convention NGS et création de l'art. 33ter à partir du 01.07.2019

Le 01.07.2019 a été la date de l'introduction de l'art. 33ter et de la convention NGS. Au total, 10 réseaux NGS ont été agréés. L'art. 33ter recouvre une offre large de tests dont les résultats sont associés à des thérapies spécifiques. Tant les tests de la convention NGS que ceux de l'art. 33ter doivent être enregistrés sur healthdata.be.

Toutes les informations sur l'art. 33ter se trouvent à cette adresse :

<https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/laboratoires/Pages/remboursement-medicaments-personnalisés-companion-diagnostics.aspx>.

Pour la convention NGS, consultez la page suivante:

<https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/laboratoires/Pages/oncologie-remboursement-biologie-moleculaire-ngs.aspx>;

La procédure d'enregistrement a été simplifiée récemment: il est désormais possible d'enregistrer un code PITTER fixe et non le code unique généré par healthdata.be (circulaire INAMI du 10.02.2020).

Une série de nouveaux arrêtés royaux relatifs à des modifications de la nomenclature ont été publiés début 2019. Ceux-ci ont été résumés globalement dans le compte rendu de l'assemblée générale de 2019 envoyé aux membres. Le 01.06.2019, des restrictions sur le dosage de la vitamine B12 sont aussi entrées en vigueur: cela touche le dosage isolé de la vitamine B12 (B250 ou 7,81€), 541391-541402, ainsi que les dosages combinés de vitamine B12 et d'acide folique (B350 ou 10,94€), qui ne peuvent plus être demandés qu'une fois par année civile. Le dosage isolé de l'acide folique (541450-541461, B250 ou 7,81€) n'est pas mentionné ; autrement dit, l'acide folique n'est pas affecté par ces limitations de dosages.

Avec l'A.R. du 29.08.2019, la détection des marqueurs de dégradation osseuse dans le sang est aussi devenue possible alors que la première version, à tort, n'en prévoyait la détermination que dans l'urine.

Au sein de l'INAMI, une nouvelle révision de la nomenclature est en cours. Celle-ci sera subdivisée en blocs, répartis entre trois groupes de travail :

- un premier groupe de travail sous la direction des Prs Drs Pol. LECLERCQ et Magali PIRSON (ULB) étudiera les prestations médico-techniques, autrement dit, surtout la médecine hospitalière (chirurgie, anesthésie, imagerie médicale...)
- un deuxième groupe sous la direction Pr. Dr Jeroen TRYBOU (du groupe du Pr. Dr Lieven ANNEMANS, UGent) se consacrera à la revalorisation des prestations intellectuelles (consultations, honoraires de surveillance)
- un troisième groupe de travail sous la direction de la firme externe MÖBIUS (bureau de consultance qui a fait ses preuves à travers l'intégration des laboratoires universitaires de Bruxelles dans l'entité LHUB-ULB qui regroupe cinq laboratoires hospitaliers bruxellois) se penchera sur une révision de la nomenclature en biologie clinique, anatomo-pathologie, médecine nucléaire et radiothérapie. Le coup d'envoi de ces travaux a été donné officiellement le 09.09.2019.

Les différentes unions professionnelles seront activement impliquées dans ces révisions à grande échelle. L'INAMI estime la durée des travaux à \pm 5 ans. Une première grande concertation avec MÖBIUS était prévue le 01.04.2020 mais n'a pas pu avoir lieu étant donné les circonstances¹.

¹ Note pour la postérité : le confinement en raison de la pandémie de COVID-19 est entré en vigueur le samedi 14 mars 2020.

3.1.8 Nouvel accord médico-mutualiste

Le 19.12.2019, un nouvel accord médico-mutualiste a été conclu pour 2020 (donc pour 1 an): https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/accord_medecins_mutualites_2020.pdf

L'enveloppe de la biologie clinique augmente de 2,0% et passe à 1 398 398 000 euros.

Le 01.01.2020, les honoraires forfaitaires par prescription seront adaptés et indexés de 1,95%. Les valeurs du B des prescriptions augmenteront 1,16% (excepté pour les art. 24bis et 33bis et les tests liés au CMV et à la toxoplasmose : 551316-551320, 551331-551342, 551751-551762, 551773-551784, 552274-552285, 552296-552300, 552392-552403, 552414-552425). Ces mesures compensent la diminution de 0,83% des honoraires par prélèvement, qui avaient servi à faire des économies en 2017 bien que leur publication dans un A.R. n'ait eu lieu qu'en novembre 2019 (M.B. 27.11.2019). Pour que ces mesures d'économie puissent tout de même s'appliquer en 2017, les valeurs du B avaient été diminuées. Outre ce qui précède, tous les honoraires des prestations de biologie clinique augmenteront de 1,25%.

Par ailleurs, une mesure importante touche le supplément d'accréditation pour les honoraires forfaitaires par prélèvement: le code 592852 passe de 20,06 à $19,26 + 0,50 = 19,76$ (-0,30 EUR ou -1,50%), le code 592955 passe de 32,47, à $31,22 + 0,50 = 31,77$ (-0,70 EUR ou -2,16%), le code 593051 passe de 36,77 à $35,38 + 0,50 = 35,88$ (-0,89 EUR ou -2,42%) et le code 593154 passe de 38,93 à $37,49 + 0,50 = 37,99$ (-0,94 EUR ou -2,41%).

L'entrée en vigueur de cette mesure est prévue le 01.07.2020. Les économies réalisées sur une base annuelle s'élèveront à 11 237 000 EUR (donc 50% de ce montant en 2020). Reste à savoir si ces mesures seront publiées à temps vu que le gouvernement est toujours en affaires courantes et qu'entre-temps la crise du coronavirus a compromis bon nombre d'initiatives.

3.1.9 Divers

Un membre nous a signalé le problème du subside pour l'hôpital via le système « P4P » ou « pay for performance », selon qu'un certain nombre d'indicateurs soient plus ou moins bien respectés (plus d'infos ici: <https://www.health.belgium.be/fr/programme-pay-performance-p4p-pour-les-hopitaux-generaux>). La BAPCOC (Commission belge de coordination de la politique antibiotique) a mis au point un système de scores et attribue un score spécifique à l'hôpital pour l'antibioprophylaxie en cas de placement d'une prothèse de la hanche, d'implantation d'un pacemaker ou d'hystérectomie. Le score de l'hôpital augmente s'il respecte bien les directives et il peut ainsi recevoir des subsides plus élevés.

Pour le moment, les montants de ces subsides sont plutôt marginaux (6,061 millions d'euros sur 8 270,61 millions d'euros ou 0,07% du budget de l'hôpital) bien qu'il soit prévu que cette manière de subsidier soit celle de l'avenir. La vigilance est donc de mise.

Le rapport d'activité individuel (feedback) envoyé à tous les médecins généralistes accorde une grande importance à la biologie clinique. Chaque médecin généraliste reçoit son pourcentage en percentile en fonction du type de demande, par exemple: dépistage du diabète, fonction thyroïdienne, dosage de la créatine au début d'un traitement aux antihypertenseurs ...

Pour plus d'infos:

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/feedback/Pages/rapport-activite-medecin-generaliste-2016.aspx>.

Concernant le contrôle des soins, l'INAMI a publié le document suivant: <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/efficacite-soins-sante.aspx>.

Une section est consacrée à la biologie clinique et plus particulièrement à la prescription efficace de tests de laboratoire.

L'arrêté ministériel du 13 juin 2019, publié au Moniteur belge du 20 juin 2019, apporte des modifications aux critères de remboursement des facteurs de coagulation qui ne sont remboursables que s'ils sont prescrits par un médecin attaché à un centre de référence de l'hémophilie (en pratique, certains hôpitaux universitaires). (INAMI, circulaire aux hôpitaux 2019/11:

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/Pages/circulaires-hopital-general.aspx>.

Des règles transitoires ont été prévues : pour les spécialités délivrées en officine publique (facteurs VIII, IX, facteur de von Willebrand seul et associé avec le facteur VIII), les autorisations encore valables au 01.07.2019 conservent leur validité jusqu'au 31.03.2020. De cette manière, les patients recevant un traitement chronique disposeront d'un délai de 9 mois afin de consulter un médecin spécialiste en médecine interne, hématologie, pédiatrie ou hémato-oncologie pédiatrique attaché à un centre de référence de l'hémophilie dans le cadre de la convention 78981 ou au centre de coordination national de l'hémophilie, dans le cadre de la convention 78980, pour obtenir une autorisation de remboursement conforme à la nouvelle réglementation. La durée de cette nouvelle autorisation a été uniformisée à 24 mois.

Par contre, pour les facteurs de coagulation activés, le facteur de von Willebrand (à l'hôpital) et le fibrinogène, aucune période transitoire n'est prévue : dès le 01.07.2019, à l'exception des situations d'urgence, le remboursement de ces spécialités sera accordé pour autant qu'elle soit prescrite par un médecin spécialiste en médecine interne, pédiatrie ou hémato-oncologie pédiatrique attaché à un centre de référence de l'hémophilie ou au Centre de Coordination National de l'hémophilie, et délivrée dans un tel centre.

Pour le concentré de complexe prothrombinique, la demande de remboursement ne se fera plus sur base d'un rapport circonstancié mais par voie électronique via la plateforme e-Health, avec une durée d'autorisation portée à 24 mois.

Ces règles sont évidemment inacceptables. Elles signifient que même un complexe PPSB ne serait tout simplement plus disponible dans un hôpital non universitaire pour, par exemple, lutter contre un surdosage de coumariniques. De plus, elles signifieraient aussi que les patients atteints d'une maladie de von Willebrand, par exemple, ne pourront plus recevoir de traitement substitutif dans un hôpital non universitaire, où ils ne pourraient donc plus être opérés, accoucher, etc...

Le président de l'ABSyM et intensiviste, le Dr Philippe Devos, a, conjointement avec le Dr Marc Moens, introduit une plainte verbale et écrite à l'encontre de ces règles auprès de la ministre DE BLOCK. L'union professionnelle des urgentistes a aussi notifié ses objections, tout comme notre union professionnelle. L'UZ Gent a pris l'initiative de traiter de cette problématique avec les hôpitaux avec lesquels ils collaborent. Le 23.10.2019, une réunion a été consacrée à ce problème dans une atmosphère constructive afin de parvenir à une solution, qui à ce jour, n'est pas encore définitive.

3.2 Et en 2020

Le 22.01.2019 (!!), le groupe de travail de biologie clinique du Conseil technique médical s'est consacré à une série de mesures d'économies et de nouvelles initiatives en biologie clinique. En principe, celles-ci devraient être approuvées bien qu'on n'ait aucune idée de la date d'implémentation réelle en raison de la chute du gouvernement. Les items suivants sont concernés: l'introduction des chaînes légères libres dans la nomenclature également dans le cadre d'un suivi de myélome multiple, et la limitation du dosage de la vitamine D à 1x par an excepté dans certaines situations spécifiques. Ces exemples

illustrent bien le temps qu'il faut attendre avant qu'une proposition approuvée ne soit intégrée dans la nomenclature...

Concernant les IST (infections sexuellement transmissibles), de nouveaux algorithmes de dépistage sont proposés: <https://kce.fgov.be/fr/diagnostic-et-prise-en-charge-de-la-gonorrh%C3%A9e-et-de-la-syphilis>

Ce rapport du KCE décrit une nouvelle approche des IST qui influencera le budget de la biologie clinique. Il demande à l'INAMI de permettre le remboursement du test NAAT (nucleic acid amplification test) de détection combinée de gonorrhée/chlamydia sans le conditionner à l'âge ni à la fréquence des tests. Actuellement, la prestation 550255-550266 (dépistage de C. trachomatis par amplification moléculaire) ne peut être facturée que jusque l'âge de 20 ans et au maximum 2x/an. En outre, le rapport demande la création d'un code de nomenclature pour la détermination de la résistance aux antibiotiques chez les patients atteints de gonorrhée symptomatique, ce qui permettrait de supprimer la règle cumulative 70 (pas de cumul autorisé de la détection moléculaire et la culture de N. gonorrhoea) et ce aussi pour des raisons de surveillance. Les surcoûts de toutes ces mesures sont estimés à 460.000 euros. Il faudra bien sûr trouver ce montant dans le budget de la biologie clinique. Il est par conséquent nécessaire d'utiliser le rapport d'audit pour combattre certains abus et ainsi permettre de réinvestir le budget dégagé, entre autres, dans cette nouvelle approche des IST.

3.2.1 Centralisation des soins

La limitation du nombre de centres pour les chirurgies du pancréas et de l'œsophage est aujourd'hui chose faite. Des propositions analogues circulent pour la chirurgie de la tête et du cou. Cela impactera indirectement les honoraires de biologie clinique des hôpitaux en raison d'une diminution des admissions, des journées d'hospitalisation et des prélèvements sanguins. De plus, les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation diminueront dans les hôpitaux qui ne pourront plus effectuer de lourdes interventions de ce type. En regroupant ces pathologies lourdes, on espère augmenter la qualité. Il semble logique que cela ait lieu au niveau du réseau où chaque site peut développer sa propre expertise dans un domaine spécifique. Le concept de « laboratoire de réseau », vers lequel Zorgnet/Icuro a déjà fait un premier pas, s'inscrit parfaitement dans ce cadre (voir ci-dessus)

3.2.2 Directive IVD 2017/746

Dans le dossier du nouveau règlement concernant les "IVD" (in vitro diagnostics), la génétique, la biologie clinique et l'anatomie pathologique sont sur la même longueur d'onde. Pour le 1^{er} juin 2022, tous les réactifs devront être conformes à la directive IVD susmentionnée qui compliquera la survie des tests « maison ». Par l'intermédiaire du groupe de travail IVD de la Commission de biologie clinique, l'union professionnelle reçoit des signes d'espoir, à savoir que l'AFMPS² appliquera néanmoins la directive avec prudence et pragmatisme.

3.2.3 Möbius

Comme expliqué ci-dessus, Möbius a été désigné pour mener à bien la révision de la nomenclature de la biologie clinique. L'union professionnelle et de nombreux autres acteurs travaillent activement à ce chantier. Le cheval de bataille de Möbius est la séparation entre les parties "intellectuelles" et "techniques" des honoraires. On ne sait pas du tout comment ce postulat va se concrétiser en pratique, mais on peut craindre, en tout cas pour les laboratoires hospitaliers, que ce ne sera pas aisé de dissocier ce projet du financement des hôpitaux. Cette révision va vraisemblablement être retardée en raison de la crise du coronavirus.

² Agence fédérale des Médicaments et Produits de Santé

3.2.4 COVID-19

Et soudain, l'impensable est arrivé : dès le 18.03.2020, le pays est entré en confinement. Les déplacements non essentiels ont été interdits, les magasins non alimentaires ont été fermés de même que les écoles. Pour la biologie clinique aussi, ce confinement a eu des répercussions avec la suspension des stages des TLM et l'arrêt de toutes les activités médicales non essentielles. Les laboratoires tant hospitaliers qu'extrahospitaliers ont vu leur chiffre d'affaires chuter. Comme les laboratoires hospitaliers contribuent beaucoup à la santé financière des hôpitaux, cette situation pèsera sérieusement sur l'équilibre des hôpitaux.

Rapidement, de nombreux laboratoires ont offert des tests PCR pour la détection du COVID-19. Cela n'a pas coulé de source pour tous du fait des perturbations dans les transports des réactifs et du matériel de prélèvement. Dans les premières semaines de la pandémie, vu la pénurie initiale des tests, des critères stricts ont été appliqués pour déterminer qui pouvait ou non être testé, sous la direction de Sciensano. Cette situation a donné lieu à des discussions interminables entre d'un côté les laboratoires et de l'autre, les patients et les prestataires de soins qui exigeaient des tests. Certains se sont alors fait dépister dans d'autres laboratoires qui ne suivent pas aussi strictement la définition des cas, ce qui a aussi donné lieu à des discussions animées.

Entre-temps, le 18.03.2020 un AM était publié pour promulguer une interdiction de tests de détection rapide des anticorps (<https://economie.fgov.be/sites/default/files/Files/Entreprises/AM-MB-20200318-covid-19.pdf>). Tous les membres n'ont pas apprécié. L'objectif de cet AM était très certainement d'éviter que les patients effectuent eux-mêmes à domicile un test de détection d'anticorps qui ne révélerait bien entendu rien sur l'infection ni sur le risque de transmettre l'infection. Les tests POCT peuvent certainement être aussi assurés au sein d'un laboratoire. Entre-temps, des tests ELISA de bonne qualité ont progressivement fait leur apparition bien que ceux-ci aient de nouveau été exigés (partiellement) par Sciensano... . Le 10.04.2020, on pouvait lire dans le carnet de bord d'un urgentiste (publié dans "De Standaard") que ce test rapide était utilisé pour les dépistages à l'admission aux urgences. Comment ces tests rapides peuvent-ils révéler quoi que ce soit sur la transmission potentielle d'un virus ? C'est une énigme pour nous. Ce test rapide de détection de l'antigène peut éventuellement apporter un soulagement mais il a un degré de sensibilité trop faible (selon la firme, 70%, mais d'après les validations "maisons" dans de nombreux laboratoires, seulement 50 %,...).

Entre-temps, Sciensano a diffusé une proposition de remboursement (<https://www.riziv.fgov.be/fr/covid19/Pages/conditions-remboursement-tests-detection-coronavirus-pandemie-covid19.aspx>). Voir aussi: <https://covid-19.sciensano.be/fr>). Mais jusqu'à présent les honoraires n'ont pas été divulgués et un cadre administratif a été créé avec entre autres, l'obligation de remplir un formulaire de demande spécial. Mais ces contraintes ne sont visiblement pas imposées pas aux laboratoires industriels, qui entretemps ont reçu l'autorisation du Ministre Philippe DE BACKER de réaliser ces tests. Le journal « De Tijd » a annoncé le 02.04.2020 que la firme Biogazelle démarrait les tests de COVID-19 à grande échelle (<https://www.tijd.be/ondernemen/farma-biotech/gents-biotechbedrijf-start-grootschalige-coronatesten/10218507.html>). Finalement, ces tests ont débuté le 10.04.2020...

Chose sans précédent, c'est la première fois que l'on confie des tests de biologie clinique à un laboratoire non spécialisé en biologie clinique, sans tenir compte des biologistes cliniques, des critères d'agrément, de l'arrêté relatif à l'agrément des technologues de laboratoires médicaux, de l'enregistrement à Sciensano, du contrôle externe de qualité, etc. L'union professionnelle a publié un communiqué de presse à ce sujet

(http://www.vbs-gbs.org/fileadmin/user_upload/e-specialist/2020/2020.04.09_COVID_labos_industriels_UPBMSBM_08_04_2020-ADR-MM.pdf) qui a rapidement été relayé par de nombreux médias. Le ministre De Backer s'est défendu en prétendant que les laboratoires cliniques n'étaient pas en mesure de répondre à la demande. Il a basé cette

affirmation sur un questionnaire de Deloitte (!!) datant de quelques semaines auparavant, à un moment où tout le monde se préparait à augmenter la cadence et avait encore des difficultés à obtenir du matériel en suffisance. Au moment où le secteur non marchand donne le meilleur de lui-même, laisser l'industrie pharmaceutique effectuer ces tests sans se concerter avec les spécialistes (pour des questions de profit, pensons au bébé Pia) pour un prix certain témoigne du profond mépris des autorités pour ce même secteur non marchand. Dans les faits, de nombreux laboratoires cliniques agréés ont travaillé d'arrache-pied pour mettre au point les tests PCR, en y consacrant bien des soirées et des nuits. Et ensuite, les autorités demandent gentiment à ces mêmes laboratoires de tout payer eux-mêmes et certainement de ne pas envoyer de factures aux patients. Dans le même temps, en guise de "remerciement", les autorités développent une filière alternative pour la détermination de 10 000 tests PCR par jour avec des firmes pharmaceutiques et biotechnologiques, malheureusement avec l'assentiment d'un certain nombre de biologistes cliniques... Vu l'évolution de l'épidémie, cette capacité suffira. De plus, une partie de la pénurie de matériel de prélèvement s'explique probablement du fait que les autorités rachetaient massivement ce matériel pour Biogazelle et C°... en laissant en rade les patients dans les centres de triage COVID-19, dans les services des urgences et dans les unités COVID des hôpitaux.

Nous espérons que l'an prochain notre récit sera plus positif et que le cauchemar du COVID-19 sera loin derrière nous.

3.3 Rapport financier - Dr Alin Derom

Comme nous l'avions prévu lors de l'assemblée générale précédente du 26 février 2019, les soins à basse variabilité (SBV) assombrissent le bilan financier annuel des dépenses en biologie clinique. De plus, cette année, tout comme l'an passé, nous devons nous baser sur les chiffres des 6 premiers mois de 2019 alors que les années précédentes, nous pouvions nous baser sur 9 mois.

Pour ceux qui débarquent, les SBV s'appliquent aux admissions à partir du 1er janvier 2019, pour un nombre limité d'hospitalisations considérées comme peu variables. Elles sont honorées par un honoraire d'un montant global prospectif (MGP) par type ou groupe de pathologie. C'est un montant forfaitaire qui comprend toutes les prestations médicales, excepté les suppléments que l'on peut facturer à un maximum de 115% (seulement en 2019, ensuite 100%) des actes réellement effectués. De plus, pour des raisons financières et statistiques, il faut aussi indiquer sur la facture, les numéros de nomenclature de tous les actes réellement effectués au montant uniforme de 0 €. Ensuite, sur la base de ces critères, via des calculs complexes et en fonction de tous les critères d'inclusion et d'exclusion, il sera possible de calculer le MGP des SBV pour les deux années suivantes.

Pour 2019, on a obtenu une norme de croissance de 1,5% dans le budget des moyens financiers et une indexation de 1,45%. Le 15 octobre 2018, le Conseil général de l'INAMI a fixé l'objectif budgétaire à 26 518 320 000 €. Les objectifs budgétaires partiels des médecins étaient fixés à 8 320 915 000 €. A cela s'ajoutait un montant de 341 890 000 € pour le financement des SBV. Cela représente 4,11% de l'objectif partiel.

Pas d'indexation pour les codes de prestations des analyses.
--

Le budget de la biologie clinique qui est toujours une enveloppe fermée, reçoit 1 370 467 000 €, plus 15 537 000 € (1,13%) pour les SBV. Ces montants comprennent : a) l'indexation de 1,45% des honoraires forfaitaires par prélèvement (+ € 7 054 000) et b) l'indexation de 3,33% (+ 9 601 000 €) des honoraires forfaitaires de biologie clinique par admission à l'hôpital de jour et à l'hôpital. On ne prévoit pas d'indexation pour les codes de prestations des analyses. Ainsi, le budget partiel des soins ambulatoires, pas des hospitalisations, revient à 690 137 000 €, et le budget hospitalier et des hospitalisations s'élève à 698 867 000 €. (sources : CSS 2018/319, CNMM 2018-127, CSS 2020-020)

Un certain nombre de nouvelles prestations entrant dans la nomenclature ne sont pas remboursées à partir du 1er janvier mais seulement quelques mois plus tard. Il en résulte ce qu'on appelle les

« montants réservés ». Ils concernent 3 éléments de l'accord 2016-2017. Premièrement, les agents infectieux détectés par PCR n'ont été remboursés qu'à partir du 1er février 2019 et représentent ainsi un montant réservé de 166 000 €. Deuxièmement, le dépistage de Bordetella pertussis n'a aussi été remboursé qu'à partir du 1er février 2019 et donne un montant réservé de 14 000 €. Enfin, une série de tests de l'article 24 relatifs aux maladies rares n'est remboursée que depuis le 1er avril 2019 et génère 97 000 €. Au total, il y a donc 277 000 € de montants réservés qui seront dépensés en 2020 et qui doivent donc être prévus dans le budget de cette année.(source : CNMM 2018-127)

Avant de vous inonder de chiffres, une remarque préalable s'impose, à savoir l'influence des SBV sur les chiffres. 29% des dépenses des 6 premiers mois de 2018 concernaient les prestations de 2017. Pour la même période en 2019, 32% se rapportaient à des prestations de 2018. Cela s'explique parce que la complexité de la facturation des SBV entraîne un retard systématique et les factures sont établies plus tard qu'auparavant. En comparant les prestations « normales » et les prestations des SBV, on remarque également ceci : lors des 6 premiers mois de 2019, 36% du budget des prestations « normales » ont été facturés et seulement 33% du budget des SBV.

La complexité de la facturation des SBV entraîne un retard systématique.

Pour les amateurs de chiffres, voici les résultats de l'analyse des dépenses telles que communiquées par l'INAMI pour les 6 premiers mois de 2019.

Si on examine les prestations de biologie clinique des articles 3, 18 et 24 (les articles 24bis et 33bis sont donc exclus) et les honoraires forfaitaires qui leur correspondent, on constate ce qui suit pour les chiffres extrapolés de 2019 (basés sur les chiffres de l'INAMI, situation au 2019T2). Les chiffres suivants sont comparés à aux chiffres définitifs de 2018.

Dans le budget des soins ambulatoires, 34,73 milliards de B ont été prestés (1,77% de plus par rapport au 34,13 milliards de B prestés en 2018). Dans le budget des admissions 11,84 milliards de B ont été prestés (-2.83% par rapport à 12,18 milliards de B prestés en 2018). Ne pas oublier qu'à ce montant il faut ajouter une partie des SBV. Ces prestations ont respectivement coûté à l'INAMI, 270,75 et 90,07 millions € (donc sans la part des honoraires forfaitaires), soit respectivement, des différences de +1,89% et -4.96% par rapport à respectivement à 265,73 et 94,74 millions € en 2018.

B prestés			
Année	Amb	Hosp.	Global
1996	14.563.742.008	9.798.736.470	24.362.478.478
1997	14.519.094.329	9.494.656.749	24.013.751.078
1998	15.577.109.952	9.755.526.239	25.332.636.191
1999	16.316.227.310	9.960.379.832	26.276.607.142
2000	17.675.487.566	10.344.943.631	28.020.431.197
2001	20.018.146.984	11.300.336.760	31.318.483.744
2002	19.342.585.730	10.644.873.895	29.987.459.625
2003	20.487.404.905	10.885.497.154	31.372.902.059
2004	21.992.762.470	11.390.986.040	33.383.748.510
2005	22.804.750.085	11.398.471.970	34.203.222.055
2006	23.498.733.945	11.425.351.200	34.924.085.145
2007	24.519.096.270	11.684.316.865	36.203.413.135
2008	26.406.962.650	12.095.648.350	38.502.611.000
2009	28.513.249.190	12.614.385.315	41.127.634.505
2010	29.057.405.200	12.226.185.339	41.283.590.538
2011	27.442.757.940	11.319.194.820	38.761.952.760
2012	28.810.625.665	11.524.855.600	40.335.481.265
2013	29.138.643.840	11.420.447.005	40.559.090.845
2014	30.057.874.140	11.351.317.950	41.409.192.090
2015	31.456.720.555	11.854.205.620	43.310.926.175
2016	33.013.343.307	11.967.754.971	44.981.098.278
2017	33.460.021.331	12.135.816.757	45.595.838.088
2018	34.125.347.570	12.182.707.025	46.308.054.995
2019*	34.730.141.939	11.837.670.538	46.567.812.477

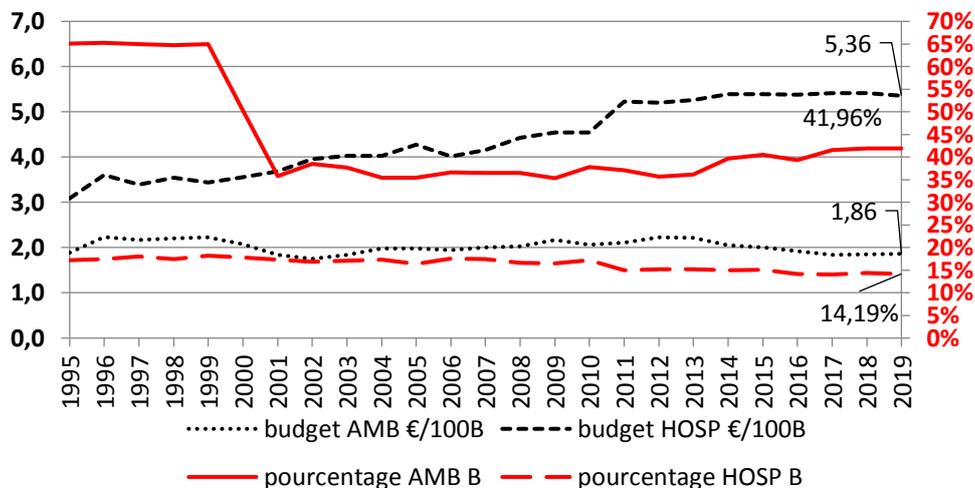
Source : dépenses INAMI 2019T2

Si on examine les chiffres de 2019T2, y compris les honoraires forfaitaires respectifs (mais en excluant toujours les articles bis et les montants des SBV), l'INAMI devrait dépenser 645,21 et 634,61 millions €, soit 1,89 % de plus (ambulatoire) et 3,74% de moins (admissions) qu'en 2018, quand les montants respectifs étaient de 633,26 et 659,31 millions €.

Si on examine ces chiffres sous un autre angle, on constate que les dépenses de l'INAMI pour 100 B prestés équivalent à 1,856 € dans le budget ambulatoire (+0,11% par rapport à 1,858 € en 2018), et à 5,36 € dans le budget des admissions (-0,94% par rapport à 5,41 € en 2018). Globalement, on obtient 2,69 € (1,34% de moins par rapport à 2,69 € en 2018). Le pourcentage des dépenses liées aux prestations dans le budget ambulatoire reste 41,96%, et dans le budget des admissions, ce pourcentage diminue et passe à 14,19% (en 2018, il s'élevait encore à 14,37%). Globalement, le pourcentage des remboursements de l'INAMI relatif aux prestations s'élève à 28,19% (augmentation de 1,09% par rapport à 27,89% en 2018).

Revenus €/100B et **pourcentage prestations** **dans revenus**

Source : Chiffres INAMI 2019T2, budget amb. & budget hosp.
(art 24bis et 33bis exclus)



Revenus €/100B et pourcentage prestations dans revenus

Année	budget AMB €/100B	budget HOSP €/100B	pourcent. AMB B	pourcent. HOSP B	pourcent. TOT B
1995	€ 1,89	€ 3,09	65,13%	17,26%	40,59%
1996	€ 2,23	€ 3,61	65,27%	17,44%	40,37%
1997	€ 2,17	€ 3,39	64,96%	17,99%	41,21%
1998	€ 2,20	€ 3,54	64,77%	17,49%	41,05%
1999	€ 2,23	€ 3,44	64,96%	18,22%	42,30%
2000	€ 2,08	€ 3,56	50,29%	17,84%	34,05%
2001	€ 1,84	€ 3,69	35,84%	17,29%	26,00%
2002	€ 1,75	€ 3,95	38,48%	16,86%	26,50%
2003	€ 1,84	€ 4,03	37,70%	17,08%	26,62%
2004	€ 1,98	€ 4,02	35,51%	17,34%	26,20%
2005	€ 1,99	€ 4,27	35,49%	16,38%	25,59%
2006	€ 1,94	€ 4,02	36,60%	17,53%	27,03%
2007	€ 2,00	€ 4,16	36,49%	17,44%	27,02%
2008	€ 2,03	€ 4,42	36,51%	16,65%	26,60%
2009	€ 2,17	€ 4,55	35,34%	16,52%	26,29%
2010	€ 2,06	€ 4,54	37,84%	17,19%	27,91%
2011	€ 2,11	€ 5,22	37,15%	14,95%	25,92%

2012	€	2,23	€	5,21	35,74%	15,23%	25,83%
2013	€	2,21	€	5,26	36,16%	15,18%	26,05%
2014	€	2,05	€	5,39	39,70%	15,04%	27,41%
2015	€	2,01	€	5,39	40,53%	15,09%	27,75%
2016	€	1,92	€	5,38	39,34%	14,15%	26,65%
2017	€	1,84	€	5,41	41,52%	14,07%	27,36%
2018	€	1,86	€	5,41	41,96%	14,37%	27,89%
2019*	€	1,86	€	5,36	41,96%	14,19%	28,19%

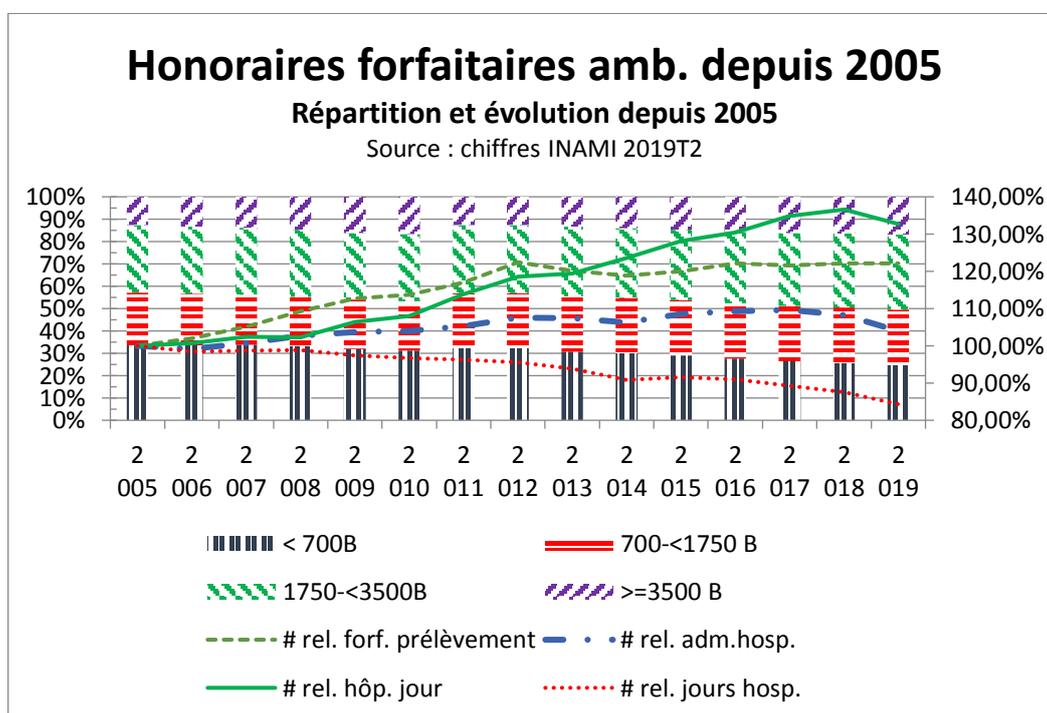
Source : dépenses INAMI 2019T2

En ce qui concerne les honoraires forfaitaires, on observe les tendances suivantes.

En 2019, le nombre d'honoraires forfaitaires facturés par prélèvement était de 15,753 millions (+ 0,03% par rapport à 15,749 millions en 2018). On continue d'observer une tendance présente depuis plusieurs années qui voit les petites demandes (- 3,29%) d'analyses (<=700 B) diminuer au profit des grosses demandes (>3500B) qui augmentent de 3,14% par rapport à 2018.

Si le nombre des honoraires forfaitaires par prélèvement diminue, il en va de même pour tous les honoraires forfaitaires par admission, par rapport à 2018. Les SBV ne sont certainement pas étrangers à cette diminution. Celle-ci va de -2,29% pour les admissions à l'hôpital jusqu'à -4,04% pour les admissions en hôpital de jour.

La tendance à la baisse du nombre de journées d'hospitalisation se poursuit avec -3,77% en 2019 par rapport à 2018.



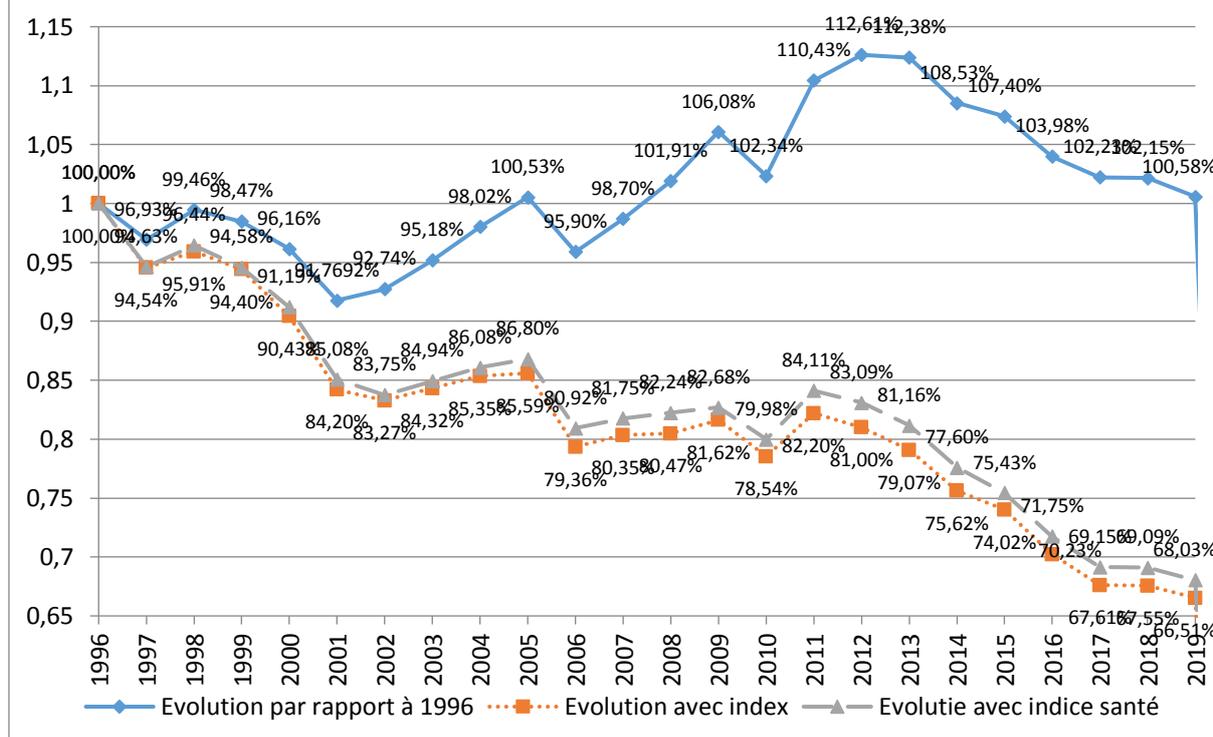
Honoraires forfaitaires depuis 2005								
Année	# rel. prescr. forf.	< 700B	700- <1750 B	1750- <3500B	>=3500 B	# rel. adm. hosp.	# rel. hosp. jour	# rel. jours hosp
2005	100,00%	33,63%	23,47%	30,18%	12,72%	100,00%	100,00%	100,00%
2006	101,92%	33,63%	22,96%	30,13%	13,28%	99,15%	100,65%	98,35%
2007	105,19%	33,67%	22,52%	30,00%	13,80%	100,75%	102,40%	98,69%
2008	109,23%	33,19%	21,96%	29,98%	14,87%	102,74%	102,32%	98,85%
2009	112,69%	31,95%	22,01%	29,92%	16,11%	103,65%	106,45%	97,41%
2010	113,75%	31,20%	22,18%	30,04%	16,58%	103,93%	107,94%	96,72%
2011	117,04%	32,45%	24,48%	30,47%	12,60%	105,20%	113,84%	96,26%
2012	122,44%	32,33%	24,56%	30,37%	12,74%	107,54%	118,59%	95,59%
2013	120,17%	30,62%	24,80%	31,12%	13,45%	107,41%	119,41%	93,79%
2014	118,91%	30,03%	24,74%	31,07%	14,16%	106,22%	123,57%	90,84%
2015	119,93%	28,97%	24,76%	31,41%	14,85%	108,52%	128,14%	91,55%
2016	122,14%	27,49%	24,85%	31,93%	15,73%	109,23%	130,45%	90,95%
2017	121,50%	26,46%	24,81%	32,48%	16,25%	109,62%	134,83%	89,20%
2018	122,12%	25,61%	24,95%	32,93%	16,51%	108,33%	136,95%	87,61%
2019*	122,15%	24,76%	24,80%	33,42%	17,02%	103,95%	132,74%	84,31%

Source : dépenses INAMI 2019T2

La valeur de nos honoraires est indiquée ci-dessous. Nous nous situons en 2019 à un remboursement en euros absolus par B d'à peine 0,58% de plus qu'en 1996, et si l'on tient compte de l'indexation sur la même période, on peut calculer la diminution de remboursement à 33,49%.

Remboursement par B presté depuis 1996

Source : chiffres INAMI 2019T2, budget bio. clin. (y compris art 24bis et 33bis)



Dans le cadre de la refonte de la biologie clinique, on a examiné quel type de labo (hospitalier vs. extrahospitalier) effectue quel type de prestations (ambulatoire vs. hospitalisation). Ainsi, on constate que 2/3 des B prestés ont été effectués par des laboratoires hospitaliers tandis que les laboratoires extrahospitaliers effectuent 45,39% des prestations ambulatoires. Ces calculs sont limités aux prestations forfaitisées.

	Ambulant	Hospitalisation	TOTAL
Labo hospitalier	40,13%	26,31%	66,44%
Labo extrahospitalier	33,36%	0,20%	33,56%
TOTAL	73,49%	26,51%	100%

4 Rapport du trésorier

Le rapport du trésorier, le Pr Alain VERSTRAETE, révèle un solde positif de 1 286,68 euros pour les comptes de 2019. Le poste de dépenses le plus important est la contribution au GBS.

Au 31.01.2020, notre union professionnelle comptait 121 membres payants et 2 membres d'honneur. Entre-temps, nous nous sommes félicités de pouvoir déjà accueillir 19 nouveaux membres qui se sont manifestés au cours de 2019 et début 2020.

Vu la situation financière saine de l'union professionnelle, le trésorier propose de ne pas changer le montant des cotisations, soit 248 euros pour la cotisation complète, 25 euros pour les assistants en formation, 125 euros pour les médecins agréés depuis moins de 5 ans et 75 euros pour les spécialistes pensionnés.

La réunion accepte cette proposition, elle approuve également les comptes de 2019 et à l'unanimité, elle accorde décharge au comité directeur.

Dr H. LOUAGIE
Secrétaire

Dr J. GRAS
Vice-président

Dr A. DEROM
Président