
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° SPECIAL / DECEMBRE 2009

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

**POURQUOI CERTAINS MÉDICAMENTS CONVIENNENT-ILS À CERTAINS ET PAS À D'AUTRES ?
OU
L'AVÈNEMENT DE LA MÉDECINE GÉNOMIQUE ET DE LA MÉDECINE PERSONNALISÉE**

Prof. Dr F. Heller 15 novembre 2009

Secrétaire adjoint GBS

Centres Hospitaliers Jolimont-Lobbes et Tubize-Nivelles

Des propos tels que « J'ai pris tel médicament pour la douleur comme le médecin (ou mon voisin !) m'avait suggéré et chez moi, cela n'a eu aucun effet ! » ou « Je ne prendrai pas tel médicament pour le cholestérol : ma sœur en a pris et elle a eu des douleurs musculaires épouvantables !.. » sont monnaie courante. Cette variabilité d'effets des médicaments chez les individus est connue de longue date par les patients mais jusqu'il y a peu parfois mise en doute y compris par les médecins. Actuellement, tant les médecins que les scientifiques reconnaissent cette réalité. Non seulement elle est reconnue mais les raisons de cette variabilité commencent à être comprises.

Il s'agit parfois d'une interférence avec l'alimentation. Par exemple, une portion de légumes verts (qui est riche en vitamine K) ou la prise de ginseng diminuent l'efficacité de certains anticoagulants comme le Sintrom® ou le Marcoumar® avec un risque de récurrence de thrombose...ou augmentent leur action (prise de cranberry ou de Ginkgo Biloba,..) avec dans ce dernier cas un risque majoré de saignements ! La prise d'un seul verre de jus de pamplemousse augmente de 2 à 3 fois la concentration dans le sang de certains médicaments utilisés pour traiter l'excès de cholestérol (statines telles que simvastatine,...) et sa prise régulière peut l'augmenter de 10 fois ! L'explication est actuellement connue : le jus de pamplemousse contient une substance qui augmente l'absorption intestinale de ces médicaments. On peut ainsi comprendre que des patients traités par ceux-ci et qui prennent tous les jours du jus de pamplemousse risquent de présenter plus que d'autres, des problèmes musculaires qui sont parfois une des complications de ce type de médicaments.... Il est donc actuellement recommandé soit de ne pas prendre de jus de pamplemousse lorsque l'on prend des médicaments en général ou dans le cas d'une statine, de prendre le jus de pamplemousse le matin et la statine le soir.

A côté de l'alimentation, on sait également que la prise de certains médicaments peut diminuer ou augmenter l'efficacité clinique et les effets indésirables d'un autre médicament. Par exemple, il est actuellement fortement recommandé si on prend du Ticlid® (clopidogrel), utilisé pour empêcher les thromboses en cas d'infarctus du myocarde, de ne pas prendre de médicament de type oméprazole (par ailleurs un excellent médicament pour empêcher les hémorragies digestives) car il diminue son activité anti-agrégante. En ce qui concerne les anticoagulants comme le Sintrom® et le Marcoumar®, le paracétamol (antidouleur) pris au-delà d'un gramme par jour pendant une semaine et l'amiodarone (utilisé dans le traitement de troubles du rythme cardiaque) augmentent leur action et majorent le risque de saignements. A l'inverse, beaucoup de contraceptifs oraux diminuent leur action et pourraient favoriser la récurrence de thromboses !

Au-delà de ces facteurs externes à l'organisme, il y a également une variabilité qui est due à la personne elle-même et, en particulier, à sa constitution génétique. Comment cela est-il possible ? Il faut savoir que lorsque l'on prend un médicament, celui-ci suit un parcours bien tracé dans l'organisme. Après être absorbé par l'intestin, il passe souvent par le foie où il peut être transformé. Après transformation, il quitte le foie et est dirigé vers les organes où il exerce son action (par exemple : diminuer la douleur ou tuer les microbes ou rétablir un rythme cardiaque régulier,..). Finalement, il est éliminé par l'organisme dans les urines ou les selles. Toutes ces étapes d'absorption, de transformation et d'élimination sont régies par des enzymes, des protéines, des transporteurs, ... qui existent chez tout le monde. Cependant, la quantité et la qualité de ces enzymes, ... sont sous la dépendance (notamment) de nos gènes qui, eux peuvent varier d'un individu à l'autre. On sait par exemple que l'absorption intestinale de simvastatine est nettement augmentée chez certains individus. Pourquoi ? Parce que le gène (SLCO1B1) qui règle l'activité de l'absorption de ce médicament est différent (ce gène est dit « muté ») de celui qui existe chez la plupart des personnes. Ceci a pour conséquence que chez ces individus, la concentration sanguine en simvastatine augmente très fort et majore notablement le risque d'ennuis musculaires (risque multiplié de 5 à 17 fois !). Cette anomalie n'est pas rare puisqu'elle existe dans environ 30 % de la population ! A noter que cette mutation peut être détectée en Belgique par notre Centre de Recherche Médicale de Jolimont.

On connaît actuellement beaucoup d'autres exemples d'une influence génétique sur l'action des médicaments et la survenue d'effets secondaires liée à leur prise. Ainsi, l'azathioprine (Imuran®) utilisée pour le traitement de certaines maladies comme la maladie de Crohn peut provoquer de graves troubles des globules blancs chez 1 patient sur 300. Dans ce cas, l'anomalie est liée à une mutation du gène qui assure la fabrication de l'enzyme destiné à détruire le médicament.

Une des machineries enzymatiques les plus importantes dévolues à la transformation des médicaments est localisée dans le foie et repose sur les cytochromes P450. Ceux-ci assurent la transformation de la plupart des médicaments que nous prenons. Un de ces cytochromes appelé 2D6 est peu actif chez 5 à 10 % de la population. Quelle en est la conséquence ? Les porteurs de cette anomalie génétique vont être moins que les autres soulagés de la douleur s'ils prennent du tramadol (médicament contre la douleur) ou de la codéine (opiacé utilisé contre la douleur et la toux excessive) ou avoir plus d'effets secondaires s'ils prennent de la flécainide (médicament utilisé pour traiter les troubles du rythme cardiaque) et de la nortriptyline (utilisée dans la dépression) et, pour les femmes, d'observer une récurrence plus importante de cancers du sein après traitement lorsqu'elles prennent du tamoxifène . . . Récemment, il a été expliqué pourquoi parmi les patients ayant fait un infarctus du myocarde et recevant du clopidogrel (Ticlid®) (médicament qui empêche que les plaquettes ne favorisent l'apparition d'un caillot dans les artères), certains font plus que d'autres des récurrences d'infarctus ou bouchent plus facilement le stent qui leur a été éventuellement introduit dans les coronaires... comme si le clopidogrel n'était pas actif chez eux !... La raison de ce manque d'efficacité est l'existence chez ces patients de mutations génétiques multiples au niveau du cytochrome 2C19. Il faut savoir que dans le cas du clopidogrel, c'est grâce à l'organisme et au cytochrome 2C19 que le médicament (par lui-même inactif) devient actif !... Une telle anomalie génétique existe dans 30 % de la population. Si elle est présente chez un patient qui présente un infarctus, celui-ci ne va pas bénéficier des effets du clopidogrel !...

Le Sintrom® qui est un des médicaments anticoagulants les plus utilisés, a une activité très variable d'un individu à l'autre. Certains ont besoin de 1 mg par jour. D'autres doivent utiliser des doses plus élevées, jusqu'à plus de 5 ou 6 mg par jour pour obtenir le bon niveau d'anticoagulation (mesuré par l'INR) nécessaire pour éviter un risque d'hémorragie (INR trop élevé) ou un risque de thrombose (INR trop bas). Il est actuellement connu que 30 à 50 % de cette variabilité est d'origine génétique. Une des anomalies génétiques affecte le cytochrome 2C9. Celui-ci, qui assure l'élimination du Sintrom®, est dans ce cas moins actif, retarde l'élimination du médicament, augmente sa concentration dans le sang et favorise donc la survenue d'hémorragies chez ces personnes ! Lorsque l'on peut détecter cette anomalie chez un patient, la dose de Sintrom® doit parfois être diminuée de 75% par rapport à la dose « standard ». Cette anomalie est présente dans 25 % de la population !

Un autre exemple de l'influence de la génétique sur l'action des médicaments concerne le cancer du sein et plus particulièrement de son traitement. Chez certaines femmes porteuses d'un cancer du sein, les cellules de ce cancer contiennent une protéine produite par un gène anormal (Human Epidermal Growth Factor : HER-neu). Les patientes atteintes d'un cancer du sein contenant cette protéine ont malheureusement un pronostic beaucoup plus défavorable : extension plus rapide de la maladie et décès plus rapide (30 % des femmes avec cancer du sein). Un médicament (trastuzumab ou Herceptine®) est capable de bloquer cette protéine. Ce médicament est donc particulièrement indiqué lorsque chez une femme ayant un cancer du sein, cette protéine est mise en évidence. De ce fait, la présence de cette protéine est actuellement recherchée systématiquement chez toutes les femmes qui ont un cancer du sein pour pouvoir mieux ajuster le traitement.

Certains anti-dépresseurs (paroxétine, venlafaxine, citalopram) sont plus actifs chez certaines personnes que chez d'autres. Une des explications est génétique. Le médicament anti-dépresseur, pour agir, a besoin d'aller dans le cerveau. La plupart des personnes ont, au niveau du cerveau, une protéine qui tend systématiquement à faire ressortir le médicament du cerveau. Chez certaines personnes, le cerveau est moins capable de faire ressortir l'anti-dépresseur et, chez ces personnes, l'anti-dépresseur semble plus actif . . .

Enfin, on sait que certains marqueurs génétiques spécifiques de certains tissus (groupe HLA) peuvent entraîner, par des mécanismes complexes, la survenue d'effets secondaires plus fréquents lors de la prise de certains médicaments. Par exemple, on sait que la prise d'abacavir (Ziagen®) (médicament utilisé pour le traitement du SIDA) peut provoquer de grosses réactions dans 5 à 8 % des cas. Dans la majorité de ceux-ci, on a pu montrer qu'il existait un HLA particulier (HLA-B5701) qui est associé à ce type de réaction et son dépistage permet donc d'éviter d'administrer ce médicament aux personnes porteuses de cet HLA. De même, la carbamazépine (anti-épileptique) peut provoquer des réactions cutanées extrêmement graves. On sait actuellement que cette réaction anormale est liée à un groupe HLA particulier également (HLA-P1502).

Il existe encore de nombreux autres exemples qui démontrent que la génétique joue probablement un rôle très important dans l'action des médicaments et la survenue d'éventuels effets secondaires. Une nouvelle science appelée génomique s'attache à établir la carte génétique des individus. Une nouvelle médecine est également née : la médecine dite génomique qui cherche à rechercher dans la carte génétique d'un individu les gènes qui pourraient influencer son état de santé. La découverte chez un individu de gènes prédisposant au développement de certaines maladies pourrait justifier des mesures de prévention. Par ailleurs, la mise en évidence d'autres gènes permettrait de prédire chez un autre individu déjà malade la manière avec laquelle il répondra à tel ou tel traitement médicamenteux en termes d'efficacité ou d'effets secondaires. Le choix et les doses de médicaments pourraient être ainsi mieux adaptés, mieux « personnalisés ». La voie est donc ouverte aux tests prédictifs. La médecine génomique va certainement « personnaliser » les individus devant la maladie et les médicaments ... mais au prix d'une intrusion dans leur constitution profonde. Il reste donc des problèmes notamment éthiques à résoudre : peut-on réaliser impunément une carte génétique chez tous les individus, même pour de bonnes raisons, même avec son consentement ? . . .

REFERENCES :

- ❑ AVIGAN M.I. Pharmacogenomic Biomarkers of Susceptibility to Adverse Drug Reactions: Just Around the Corner or Pie in the Sky ? *Personalized Medicine* 2009; **6** (1) : 67 - 78.
- ❑ HUDSON K. The Health Benefits Of Genomics : Out With The Old, In With The New. *Health Affairs* 2008; **27** (6) : 1612 - 1615.
- ❑ KHOURY MJ, BERG A, , COATES R et al. The Evidence Dilemma In Genominc Medicine. *Health Affairs* 2008; **27** (6) : 1600 - 1611.
- ❑ SHURIN SB, NABEL EG. Pharmagenomics – Ready for Prime Time ? *N Engl J Med* 2008; **358** (10) : 1061 – 1063.
- ❑ WOODCOCK J. The Human Genome And Translational Research : How Much Evidence Is Enough ? *Health Affairs* 2008; **27** (6) : 1616 –1618.

RÉFLEXIONS DE L'UNION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS BELGES
CONCERNANT LE RAPPORT 113 B
"Le volume des interventions chirurgicales et son impact sur le résultat : étude de faisabilité basée sur des données belges"
DU KCE

Lettre à la Ministre L. ONKELINX du 25 novembre 2009

Madame la Ministre,

Nous souhaitons vous faire part de quelques réflexions concernant la publication par le KCE du rapport 113 B « Le volume des interventions chirurgicales et son impact sur le résultat : étude de faisabilité basée sur des données belges ».

La première remarque porte sur le fait que cette étude a été diffusée largement avant d'avoir été examinée par les organismes représentant les chirurgiens au niveau national. L'intitulé de cette étude est assez prudent, mais les recommandations qui sont formulées dépassent largement la portée du titre. Ces recommandations devraient tenir compte des précautions d'interprétation qui sont formulées au début de ce rapport.

La seconde remarque porte sur l'analyse de la littérature qui étudie la relation entre le volume d'interventions chirurgicales et l'impact sur le résultat. Effectivement dans la littérature scientifique, de nombreuses études sont positives pour cette association. Il faut cependant savoir que la littérature scientifique comporte un biais important car il a été démontré qu'une majorité d'études publiées sont des études positives produites par les grands centres. Les études négatives sont plus rarement publiées. C'est ce qui explique les différences entre les études unicentriques et les études multicentriques. De plus une majorité d'études proviennent de grands centres, alors que les plus petits centres publient moins car ils ne disposent pas toujours de l'infrastructure adéquate pour publier. Ces résultats n'apparaissent donc pas dans la littérature.

La troisième remarque porte sur l'analyse des données belges réalisée par le KCE. Ces données portent sur celles recueillies en 2004 et depuis lors, comme cela est mentionné dans le rapport, les réunions multidisciplinaires d'oncologie ont été instaurées dans l'ensemble des hôpitaux. De plus, en cinq ans de temps, beaucoup de changements dans les techniques peuvent avoir eu lieu.

Concernant l'étude proprement dite, nous sommes interpellés par certains points que nous nous permettons de développer :

- a) Cette étude a été réalisée par les liens entre les données RCM, RFM, AIM-IMA, registre du cancer et du registre d'orthopédie. Certaines données extraites du RCM sont dépendantes de la précision avec laquelle l'enregistrement RCM était réalisé. Certains hôpitaux ont été plus efficaces que d'autres pour stimuler un enregistrement exhaustif des co-morbidités rencontrées chez les patients. Cela peut interférer fortement avec les résultats finaux de l'analyse.
- b) Pour les cancers, l'analyse porte sur la survie à 2 ans. La majorité des cancers étudiés associent des traitements chirurgicaux à des traitements de chimiothérapie et/ou de radiothérapie. L'analyse à 2 ans de la survie comporte donc une analyse en termes de résultats globaux de l'ensemble des traitements réalisés et non pas seulement les résultats de la chirurgie comme indiqué dans le titre de l'étude.
- c) Pour les cancers, l'analyse est réalisée sur les patients opérés. Il peut y avoir des différences importantes concernant les critères d'inclusion des patients, car certains patients sont peut-être non opérés dans certains centres, alors qu'ils le seraient dans un autre. Cette variation peut s'expliquer par le mode de stadification qui n'est peut-être pas la même dans tous les centres. Les centres qui disposaient par exemple d'un accès rapide au PET-scan en 2004, ont peut-être réfuté des patients qui ne l'ont pas été dans un centre qui n'avait pas cet accès. Dans ces conditions, la survie à deux ans sera évidemment péjorée.
- d) Pour le cancer, il faudrait prendre en compte l'ensemble des patients qui sont porteurs d'une certaine pathologie et analyser les résultats à long terme de l'ensemble des patients

- e) Pour les cancers, il n'y a pas eu de distinction entre les interventions réalisées dans un but curatif, des interventions réalisées de façon palliative. Il peut y avoir des différences importantes de ces situations entre les différents centres. Ces différences peuvent s'expliquer par des approches différentes d'une même pathologie et peuvent même apparaître entre les membres d'un même centre hospitalier.
- f) Dans la méthodologie appliquée, il nous semble que l'analyse du cancer oesophagien révèle un vice de procédure. En effet, les résultats ne permettent pas de conclure en Belgique à un lien entre le volume chirurgical et les résultats (concerne 342 patients). Il est proposé de réaliser l'étude sur plusieurs années afin d'y retrouver un lien afin que le nombre de patients soit plus important. Cette démarche nous semble surprenante, car pour le cancer du pancréas (309 patients), le lien semble retrouvé pour un échantillonnage équivalent de patients. Il nous semble qu'il existe au départ une idée préconçue du résultat, et si celui-ci n'apparaît pas, l'échantillonnage est modifié par son agrandissement. Cette façon de faire ne nous semble pas correcte.
- g) Certaines pathologies assez rares (cancer oesophagien, pancréatique) ont-elles été analysées pour tous les groupes d'âge, de co-morbidités, de groupes sociaux, de type histologique et de stade oncologique ? Les résultats sur de petits groupes sont-ils interprétables ?

Participant régulièrement à des présentations de résultats, nous avons été très heureusement surpris du nombre de précautions émis pour l'interprétation des dépenses de soins de santé par habitant qui a été récemment communiquée par l'INAMI. Voyant les précautions utilisées, nous pensons que dans un domaine aussi complexe que l'analyse du volume chirurgical et de ses résultats, une grande prudence s'impose avant la prise des mesures proposées.

Nous relevons la volonté d'améliorer la prise en charge chirurgicale des patients en Belgique et nous défendons ce point depuis longtemps. C'est pour cette raison que nous soutenons un projet comme PROCARE (PROject On the CANcer of RECTum) qui doit permettre une amélioration de la prise en charge des patients atteints d'un cancer rectal. Nous pensons que l'amélioration de la prise en charge d'une pathologie passe par une prise en charge multidisciplinaire afin que les cas soient discutés avant et après les thérapeutiques. L'instauration des réunions multidisciplinaires d'oncologie nous semble la voie à suivre pour obtenir l'amélioration de la prise en charge des patients. Pour le feedback proposé par le KCE pour les pathologies traitées, un examen par les pairs des difficultés rencontrées nous semble indispensable.

De ce qui précède, nous pensons qu'il faut prendre avec beaucoup de réserve les recommandations formulées dans ce rapport.

Nous vous remercions, Madame la Ministre, d'avoir pris le temps de nous lire et nous restons à votre disposition pour toutes discussions ultérieures.

Au nom de l'Union Professionnelle des Chirurgiens belges,

Dr B. Mansvelt
Secrétaire général

Dr L. Haeck
Président

STATUT SOCIAL 2009

Le montant du statut social 2009 a été publié au Moniteur belge du 01.12.2009 (A.R. du 20.11.2009) comme suit :

- 4.103 euros pour les médecins totalement conventionnés
 - 2.018 euros pour les médecins partiellement conventionnés
-

**TITRE PROFESSIONNEL PARTICULIER EN ONCOLOGIE MÉDICALE ET QUALIFICATION
PROFESSIONNELLE PARTICULIÈRE EN ONCOLOGIE :
ALLONGEMENT DE LA PERIODE TRANSITOIRE – DEMANDES A INTRODUIRE AVANT LE 31.12.2010**

Malgré l'avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes du 17 septembre 2009 recommandant la prolongation des dispositions transitoires jusqu'à 2 ans après la publication au Moniteur belge des critères spéciaux pour chacune des disciplines pouvant obtenir cette qualification particulière, la ministre L. Onkelinx a opté pour une autre solution moins souple.

Les critères spéciaux pour l'obtention de cette qualification professionnelle particulière n'ont toujours pas été publiés au Moniteur belge et se feront certainement encore attendre plusieurs mois. Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes doit en effet encore formuler un avis concernant les projets de ces arrêtés. Dès que ces arrêtés auront été publiés au Moniteur belge, vous en serez informés par la voie d'un numéro spécial de l'e-spécialiste. Veuillez éventuellement nous communiquer votre adresse e-mail.

27 NOVEMBRE 2009. - Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 26 septembre 2007 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale et de la qualification professionnelle particulière en oncologie ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité et cette qualification professionnelle particulière (M.B. du 01.12.2009)

Article 1er. A l'article 14, § 1er, de l'arrêté ministériel du 26 septembre 2007 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale et de la qualification professionnelle particulière en oncologie ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité et cette qualification professionnelle particulière, les mots » depuis quatre années au moins à la date de la publication du présent arrêté. Il en fait la demande dans les deux ans à partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté. » sont remplacés par les mots « depuis quatre années au moins à la date du 30 juin 2010. Il en fait la demande avant le 31 décembre 2010. »

Art. 2. A l'article 14 du même arrêté ministériel, le § 2 est remplacé par la disposition suivante : « § 2. Par dérogation à l'article 10, § 1er, 2°, une période d'exercice de l'oncologie à temps plein, en tant que candidat spécialiste ou en tant que médecin spécialiste, entamée avant le 30 juin 2010 et pouvant, le cas échéant, être prolongée après celle-ci, pourra être validée en tant que formation pour autant que la demande soit introduite avant le 31 décembre 2010.

La période visée à l'alinéa 1er, ne peut dépasser les deux ans. »

**NOMENCLATURE : ARTICLE 2, K ET ARTICLE 25 (psychiatrie et neuropsychiatrie)
(en vigueur à partir du 01.01.2010)**

23 OCTOBRE 2009. - Arrêté royal modifiant les articles 2, K, et 25, §§ 1er et 2, d), et e), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 30.11.2009)

Article 1er. L'article 2, K, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], est complété comme suit :

« 109432

Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient N 85

109454

Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient N 85 + Q 30

La prestation 109432 ou 109454 ne peut être attestée que 4 fois par an. »

Art. 2. A l'article **25** de la même annexe, [...], les modifications suivantes sont apportées :

1° au § 1er,

a) l'intitulé et les prestations suivants sont insérés après la prestation 598485 :

« Surveillance d'un bénéficiaire occupant un lit "traitement intensif" (IB) par un médecin agréé comme spécialiste en psychiatrie :

- 598345

les douze premiers jours, par jour C 38

- 598360

par un médecin spécialiste accrédité, les douze premiers jours, par jour C 38 + Q 30

- 598382

du treizième au trentième jour inclus, par jour C 30

- 598765

du trente et unième jour au nonantième jour inclus, par jour C 22

- 598780

à partir du nonante et unième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation inclus, par jour . . . C 10 »;

b) dans le libellé de la prestation 598905, le mot "trentième" est remplacé par le mot "nonantième";

c) la prestation 598920 est abrogée;

d) l'intitulé et les prestations suivants sont insérés après la prestation 598684 :

« Surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service de psychogériatrie Sp d'un hôpital général par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie :

- 599185

les douze premiers jours, par jour C 17,5

- 599281

par un médecin spécialiste accrédité, les douze premiers jours, par jour C 17,5 + Q 30;

e) le premier alinéa des règles d'application qui suivent la prestation 599362 est remplacé comme suit :

« Les honoraires de surveillance repris sous les numéros de prestation 598426, 598161, 598441, 598463, 598485, 598345, 598360, 598382, 598765, 598780, 598861, 598883, 598905, 598920, 598942, 598522, 598183, 598544, 598566, 598662, 598684, 599185, 599281, 599325, 599340 et 599362 couvrent la surveillance directe des patients admis et leur dossier médical : »;

f) les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées après les règles d'application qui suivent la prestation 597682 :

- 597645

« Honoraires pour la concertation pluridisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie, pour un adulte hospitalisé dans un service T, avec rapport C 75

- 597660

Honoraires pour la concertation pluridisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour un adulte hospitalisé dans un service T, avec rapport C 75 + Q 30

Les prestations 597645 ou 597660 ne peuvent être attestées qu'à partir du troisième mois de l'hospitalisation dans un service T.

Les prestations 597645 ou 597660 ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois par mois à partir du troisième mois de l'hospitalisation jusqu'au 24e mois inclus, une seule fois tous les trois mois à partir du 25e mois jusqu'au 72e mois inclus et une seule fois tous les six mois à partir du 73e mois.

A cette concertation pluridisciplinaire portant les numéros d'ordre 597645 et 597660 participe, outre le médecin spécialiste en psychiatrie ou le praticien de l'art infirmier, au moins un collaborateur ayant une des qualifications suivantes : psychologue, assistant social, praticien de l'art infirmier, ergothérapeute ou kinésithérapeute.

Un rapport de cette concertation mentionnant les participants fait partie du dossier du patient. Les résultats de cette concertation sont également examinés avec le patient ou son ou ses représentant(s).

Les honoraires pour les prestations 597645 ou 597660 peuvent être cumulés avec les honoraires de surveillance. »;

g) le libellé de la prestation 596562 est remplacé comme suit :

« Honoraires pour le premier examen effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, avec évaluation et rédaction du dossier de liaison central, pour des bénéficiaires âgés de moins de 16 ans, sur prescription du médecin spécialiste qui exerce la surveillance »;

h) le libellé de la prestation 596584 est remplacé comme suit :

« Honoraires pour l'examen suivant, le traitement et le suivi, effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour des bénéficiaires âgés de moins de 16 ans, sur demande du médecin spécialiste qui exerce la surveillance »;

2° au § 2,

a) au a), 4°, les numéros d'ordre « 597645, 597660, 597682 » sont insérés entre les numéros d'ordre « 596540 » et « 597726 »;

b) au d), le quatrième alinéa est remplacé comme suit:

« La prestation 596584 ne peut être portée en compte au cours de la deuxième semaine et des semaines suivantes de l'admission hospitalière, qu'au maximum trois fois par semaine après l'exécution de la prestation 596562. »;

c) le point e) est remplacé comme suit : « Les prestations techniques figurant à l'article 20, f), effectuées par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie ne sont, à l'exception de la prestation 477050 - 477061, pas cumulables avec les prestations 598426, 598161, 598441, 598463, 598485, 598345, 598360, 598382, 598765, 598780, 598861, 598883, 598905, 598920, 598942, 598522, 598183, 598544, 598566, 598662, 598684, 599185, 599281, 599325, 599340 et 599362. Le cumul est cependant autorisé dans le cas où les prestations techniques précitées sont exécutées par un autre médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie. Dans ce cas, les prestations techniques figurant à l'article 20, f) sont honorées à cent pour cent et les honoraires de surveillance à cinquante pour cent des valeurs indiquées pour ces prestations. »

*Pour être tenu informé plus rapidement dans le futur,
communiquez votre adresse e-mail au Secrétariat du GBS à l'adresse info@gbs-vbs.org*

**MODIFICATION DE REGLES INTERPRETATIVES
ARTICLE 3 (Soins courants : Prestations techniques médicales) et
ARTICLE 12 (Anesthésiologie)**

Article 3 - Soins courants : Prestations techniques médicales

Les règles interprétatives 2, 3, 10 et 14 sont abrogées (**depuis le 26.11.2009**) (M.B. du 26.11.2009).

Article 12 - Anesthésiologie

Les règles interprétatives 11, 19 et 24 sont abrogées (**depuis le 26.11.2009**) (M.B. du 26.11.2009).

**MODIFICATION DE REGLES INTERPRETATIVES
ARTICLES 5 ET 6 (Soins dentaires)**

IMPLANTS ORAUX

La règle interprétative 1 est abrogée (**à partir du 01.01.2010**) (M.B. du 27.11.2009).

**MODIFICATION DE REGLES INTERPRETATIVES
ARTICLE 14 h) (Ophtalmologie)**

La règle interprétative 3 est remplacée par la disposition suivante :

REGLE INTERPRETATIVE 3 (en vigueur depuis le 01.10.2008) (M.B. du 26.11.2009)

QUESTION

Sous quel numéro de code l'intubation des voies lacrymales avec placement de petits tubes en silicone peut-elle être attestée ?

REPONSE

En attendant la création d'une prestation spécifique dans la nomenclature, la prestation 245770-245781 Canthoplastie N 125 peut être attestée.

MODIFICATION DE REGLES INTERPRETATIVES **ARTICLE 34 (Prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale)**

La règle interprétative 1 est remplacée par la disposition suivante :

REGLE INTERPRETATIVE 1 (en vigueur depuis le 26.11.2009) (M.B. du 26.11.2009)

QUESTION

La prestation 589411 - 589422 peut-elle être attestée pour le traitement endoveineux de varices des membres inférieurs par laser ou radiofréquence ?

REPONSE

Non, la prestation 589411 - 589422 Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région des membres, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du cathéter d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste et du matériel d'embolisation I 600 ne peut en aucun cas être attestée pour le traitement endoveineux de varices des membres inférieurs par laser ou radiofréquence.

Il n'existe pas de prestation spécifique dans la nomenclature pour ce traitement.

Les prestations suivantes peuvent être attestées pour le traitement endoveineux des varices des membres inférieurs :

- 238070 - 238081 Ligature, fulguration (vein eraser) ou résection d'une veine variqueuse N 50;
- 238092 - 238103 Ligature, fulguration (vein eraser) ou résections étagées de 2 ou 3 veines variqueuses N 90;
- 238114 - 238125 Ligature, fulguration (vein eraser) ou résections étagées de plus de 3 veines variqueuses N 125;
- 238173 - 238184 Résection de la crosse de la saphène interne et exérèse totale d'une des deux veines saphènes N 200;
- 238210 - 238221 Résection de la crosse de la saphène interne et exérèse totale des deux veines saphènes N 250;
- 238276 - 238280 Résection bilatérale complète d'une varice tronculaire de la veine saphène interne et/ou externe N 400.

Une seule de ces prestations peut être attestée par membre.

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Article 35 (chirurgie vasculaire) : A.R. du 10.09.2009 (M.B. du 20.11.2009 – p. 72802)

Article 35 (neurochirurgie) : A.R. du 20.11.2009 (M.B. du 03.12.2009 – p. 74996)

Les textes complets sont disponibles sur le website et peuvent également être obtenus sur simple demande au Secrétariat.

ANNONCES

04017* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73

07068* **ANESTHESISTE**, large expérience des techniques générales et locorégionales, clinique de la douleur et soins intensifs, est prêt à assurer des remplacements, gardes résidentes et gardes d'urgence partout dans le pays. Tél.: 0477/45.29.50.

09068 **NOUVEAUX CABINETS PLATEAU TECHNIQUE COMPLET** avec gestion des honoraires, prêts pour le 01/12/2009. Centre Médical situé rue du Muguet 14, 7850 Enghien (30 km de Bruxelles). Pas de frais de

location, perception centrale TP et rétrocession individuelle. Consultations possibles jusque 21 h. Forte demande de la population (démographie explosive). Honoraires libres pour les médecins non conventionnés. Excellente opportunité pour médecins voulant compléter ou augmenter leur activité. Site Web : www.medihelp.be – Adresse mail : team@medihelp.be

- 09074 **CH TUBIZE-NIVELLES** engage un **INTENSIVISTE** temps plein. Conditions très attractives. Candidature et CV : Dr S. Bartholomé, Directeur médical, Rue Samiette 1 à 1400 Nivelles – 067/885.213 – sebastien.bartholome@entitejolimontoise.be
- 09090 **VIRTON** : Les Cliniques du Sud Luxembourg (plus grosse maternité de la Province, 9 gynécologues) recrutent **DEUX MÉDECINS SPÉCIALISTES GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS** (H/F) ayant une pratique obstétricale et chirurgicale. Sectorisation à développer. Les candidatures devront être adressées au chef de service, le Dr Alain Claudot, rue des Combattants 17, à 6760 Virton, dr.claudot@skynet.be, 063/58.80.70.
- 09091 **BRUXELLES** : Centre médical nord de Bruxelles recherche **GYNÉCOLOGUE** (h/f). Pour compléter l'équipe. Prière de tél. au 02/267.97.78. Contact : Mme Florence Lopez. E-mail : csmutsaert@skynet.be
- 09111* **A CÉDER** robuste table d'examen Maquet, confortable spécialement pour examens cliniques, ECG, kinésithérapie, etc. Piètement acier tubulaire couleur crème, hauteur lit 75 cm, tête inclinable de 0° à 90°, garniture synthétique rembourrée, douce, robuste, facile à nettoyer (savon, spray), couleur noire (excellent état), dérouleur pour rouleaux papier jetable standard 60 cm. Dimensions (cm) : l 80 x h 75 cm x L 190 cm (dont lit plat 140 cm et tête inclinable 50 cm). Disponible immédiatement. Faire offre tél. 02/524.19.33 ou e-mail pabecq@base.be.
- 09131 **RADIOLOGUE** cherche activité temps partiel. Horaire à convenir. Tél. : 0476/89.64.00.
- 09136 **BRUXELLES** : L'A.S.B.L. «Les Blés d'Or» (convention INAMI 9.65.060.90), Centre de Réadaptation Fonctionnelle Psy, recrute pour le 1^{er} janvier 2010, un(e) **MEDECIN PSYCHIATRE, PEDOPSYCHIATRE OU NEUROPEDIATRE OU PEDIATRE, SPECIALISTE EN READAPTATION**. Il intégrera une équipe médicale afin d'assurer les exigences de l'INAMI en matière d'encadrement en réadaptation, à raison de 4 heures par mois. Contact: Xavier OTTE, Directeur-Coordinateur, Dieweg 57 à 1180 Bruxelles – Téléphone: 02/374.62.46 – Fax: 02/375. 00.43 – E-mail: blesdor57@gmail.com
- 09139 **CH JOLIMONT-LOBBES** engage 1 **CARDIOLOGUE** TP (voire partiel) pr act de cardio gén (possibilité spécificités à définir). Env cand+CV : Dr Cheron (chef de service)/Dr Haak (cardio Lobbes)/Prof Beauvuin (Dir Méd)/Mr Graux (Dir Gén) rue Ferrer 159, 7100 Haine Saint Paul.
- 09141 **CHR HAUTE SENNE SOIGNIES** recrute **MEDECIN SPECIALISTE O.R.L.** - 8/10^e temps. Envoyer candidature : alain.juvenois@chrhautesenne.be ou tél. 067/348.789.

Table des matières

• Pourquoi certains médicaments conviennent-ils à certains et pas à d'autres ? ou l'avènement de la médecine génomique et de la médecine personnalisée.....	1
• Réflexions de l'Union Professionnelle des Chirurgiens belges concernant le rapport 113 B "Le volume des interventions chirurgicales et son impact sur le résultat : étude de faisabilité basée sur des données belges" du KCE	4
• Statut social 2009	5
• Titre professionnel particulier en oncologie médicale et qualification professionnelle particulière en oncologie : allongement de la période transitoire – demandes à introduire avant le 31.12.2010.....	6
• Nomenclature : article 2, K et article 25 (psychiatrie et neuropsychiatrie).....	6
• Modification de règles interprétatives article 3 (soins courants : prestations techniques médicales) et article 12 (anesthésiologie).....	8
• Modification de règles interprétatives articles 5 et 6 (soins dentaires)	8
• Modification de règles interprétatives article 14 h) (ophtalmologie)	8
• Modification de règles interprétatives article 34 (prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale).....	9
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	9
• Annonces	9

**LE GBS VOUS SOUHAITE
UNE BONNE ET HEUREUSE ANNEE 2010 !**