
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° 4 / AOÛT 2009

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

L'APPLICATION DU SYSTEME DE FORMATION ACTUEL

Exposé du Prof. Dr J.A. GRUWEZ à l'occasion du séminaire de chirurgie plastique
organisé par le Prof. S. de Fontaine ULB Erasme 19.06.09*

Les initiateurs

Cette formation a une histoire. Avant 1953, il n'existait pas de différenciation des médecins. Tout au plus fallait-il une autorisation de l'Ordre des Médecins pour apposer l'une ou l'autre qualification sur sa plaque en cuivre ou sur son papier à en-tête.

Dès 1955 cependant, le Groupement Belge des Spécialistes s'est employé à mettre sur pied un système de reconnaissance par les pairs tandis qu'après 1960 sont apparues progressivement les réglementations gouvernementales.

La réalisation de cette œuvre plutôt monumentale que représentent aujourd'hui les critères de spécialisation (généraux, particuliers, pour les différentes spécialités, pour les candidats, les maîtres de stage, les services de stage, etc.), revient surtout à un personnage aujourd'hui disparu : le Professeur Dr Albert Lacquet (KUL), Chef du service de Chirurgie des hôpitaux universitaires de Louvain et Secrétaire perpétuel de la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. Il fut secondé par le Professeur Simon Halter (VUB), à l'époque Secrétaire général du ministère de la Santé publique. L'œuvre est caractérisée par 2 préoccupations essentielles de ses auteurs : un équilibre scrupuleux entre l'université et la profession, d'une part, et la conviction du caractère essentiellement professionnel de la formation, d'autre part.

« Le but n'est pas de procurer un enseignement académique ou un titre doctoral pour couronner une recherche personnelle clinique de haut niveau ou expérimentale, mais de fournir une certaine formation professionnelle, basée sur une large expérience, une connaissance approfondie et une compréhension scientifique critique » (Prof. Dr Albert Lacquet).

Cette formation a donné d'excellents résultats. Une rétrospective personnelle révèle que nous n'avons reçu que des appréciations positives lorsque nos assistants passaient une partie de leur formation à l'étranger (surtout au Royaume-Uni, en Allemagne, aux Pays-Bas et aux Etats-Unis). Un nombre impressionnant de nos anciens assistants de chirurgie fonctionnent ou ont fonctionné comme professeurs d'université dans des hôpitaux universitaires, par exemple de Maastricht, Hambourg, Mayence, Bâle, Groningue, UCL St Luc, Université de Gand, Newcastle, etc.

Les facteurs de société

Il est évident que la formation est un élément évolutif et se retrouve à chaque instant sous la pression d'un nombre important de facteurs de société tels que les changements du style de vie, la féminisation de la profession médicale, les contraintes du temps de travail, l'interférence du public, des responsables

* Prof. de Chirurgie Emérite, K.U.L. Louvain, Belgique.
Président d'honneur de l'E.B.S. et Vice-Président du GBS-VBS.

politiques, les exigences du Contrôle de Qualité, de la Transparence de la profession, naturellement le boom technologique et l'invasion « d'externes » dans notre activité professionnelle et hospitalière tels que les administratifs, les consultants, les experts dans une série de domaines, les pédagogues, les éducationnistes, etc., etc. . En Finlande, des chefs de service non-médecins font leur apparition!

Le temps de travail

Nous souhaiterions nous arrêter un instant sur le problème de la limitation du travail, surtout en ce qui concerne les candidats spécialistes en formation.

Nous avons en Belgique, depuis l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 (ministre Colla), une législation concernant le temps de travail pour les non-indépendants : 9 heures par jour, 48 heures par semaine, les écarts endéans un total de 8 semaines étant permis, des gardes pas plus d'un jour sur 5, des gardes appelables 1 sur 4, une récupération de 12 heures. Feu le Professeur E. Eyskens (U.Z.A) avait calculé que cela signifiait un allongement d'un an et demi pour une même exposition à la chirurgie. L'E.W.T.D. (European Working Time Directive) a, d'une part, stimulé des revendications entre autres d'organisations comme l'ADDMF (Association pour la Défense des Droits des Médecins en Formation) qui, avec d'autres organisations, ne fait que brandir le danger que la fatigue des soignants représente pour les patients, sans jamais, dans cette approche unilatérale, se préoccuper du danger de l'inexpérience et de spécialistes insuffisamment formés.

D'autre part, l'E.W.T.D. a déclenché dans la littérature, notamment britannique et chirurgicale, une avalanche d'articles presque unanimes à reprocher à la mesure de porter préjudice à la formation mais aussi à la continuité et à la qualité des soins voire à la qualité de vie, comme l'a montré notamment une enquête réalisée parmi non pas des chirurgiens orthopédistes établis mais parmi des candidats spécialistes en orthopédie (British Orthopedic Trainees Association – Freudmann M. EWTD : Europe-wide training decline. *Surgeons News* 2005; **4(4)** : 56-7).

Une proposition, émanant des milieux neurochirurgicaux allemands et soutenue par les Spécialités Chirurgicales, suggère d'allonger de 12 heures le temps de travail (EWTD) à consacrer à la formation non clinique et de permettre un "opting-out". La décision finale n'a toujours pas été prise par le Parlement européen (ou la Commission).

Les revendications des candidats spécialistes

Il est évident que dans la perspective de l'évolution de la formation, il faut tenir compte des desiderata des candidats-spécialistes. Un de leurs représentants au sein du Conseil supérieur, le Dr Peter Verhamme, nous en a fait une liste : une meilleure rémunération des assistants de dernière année et des résidents, une meilleure structure de la protection sociale des assistants, une application souple et flexible de la réglementation du temps de travail, une réduction appréciable de la bureaucratie, du respect pour la fonction d'assistant, leur préoccupation première restant de devenir un spécialiste capable ("moins d'assistance, plus de formation"), et pour finir leur désir d'être bien coaché, éventuellement par des maîtres de stage rémunérés.

L'essentiel pour le candidat-spécialiste n'est donc pas d'être productif ou de constituer de la main-d'œuvre, mais de recevoir une excellente formation !

Les maîtres de stage

Dans cet ordre d'idées, on peut se tourner vers le maître de stage et esquisser son nouveau profil. Alors qu'on l'a longtemps identifié à un spécialiste de premier plan, chef d'un service important, pour qui la fonction est un symbole de prestige et génère une main-d'œuvre, considérée par certains comme indispensable, le profil actuel est constitué par la conviction que le but de la formation n'est certes pas l'obtention de main-d'œuvre à bon marché, mais plutôt un privilege pour des spécialistes témoignant de l'intérêt pour la fonction et du dévouement. Former n'est pas seulement une démonstration de techniques ou de capacités cliniques mais comporte un enseignement interactif, une supervision rapprochée, de l'évaluation et bien entendu du FEED-BACK, ainsi que – quelque chose que je considère personnellement comme important – c'est-à-dire une assistance, un accompagnement dans la carrière. Le vrai maître de stage se préoccupe du devenir de son assistant.

Modernisation ?

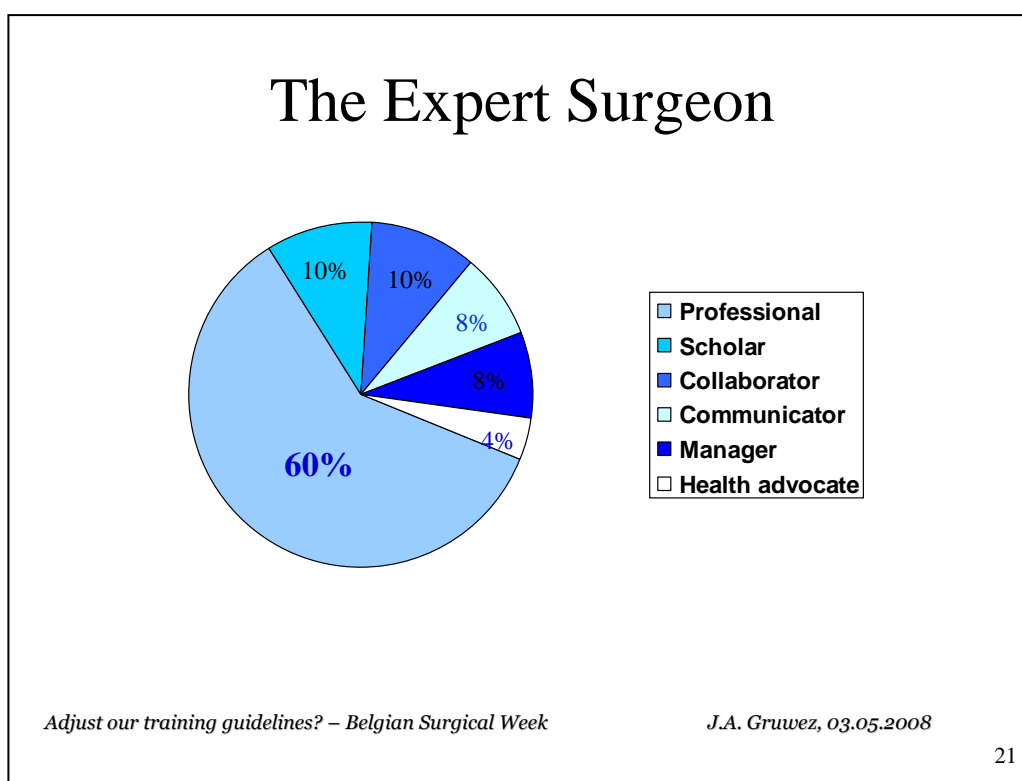
Depuis quelques années, il existe une tendance, un emballement médiatique (hype) en faveur d'une "modernisation" de la formation. On se sentirait presque obligé de suivre la piste de gens comme le Professeur Steele (Dundee University) qui a écrit que, pendant des années, la formation, notamment chirurgicale, était basée sur l'accumulation d'expérience au prix de longues heures de travail pendant de

nombreuses années (une allusion au modèle maître / apprenti) mais que peu d'attention était prêtée à une formation structurée et qu'un changement s'imposait.

Effectivement, le concept de la formation a tendance à évoluer : le modèle maître / apprenti est (sans doute pour rester dans le sillage de la foule) considéré comme dépassé. L'assistant n'est plus un fait-tout ou un bouche-trou et, pour apparaître "moderne", il faut "structurer" la formation, définir le contenu, fixer des objectifs qui devront être atteints, organiser des évaluations pendant et à la fin du parcours. Former devient une « mission ». En plus il faudrait peut-être rémunérer cette activité et "former" les maîtres de stage !

Par ailleurs, on s'est inspiré de ce que les Canadiens avaient conçu il y a une quinzaine d'années et dont ils ont même breveté le logo, c'est-à-dire les CANMEDS : une image moderne des capacités qu'on inculquait sans doute déjà auparavant sans les identifier : le professionnalisme, la communication, le travail en équipe, le managerisme, le défenseur du système de santé et le scientifique.

Personnellement, nous admettons et comprenons la nécessité d'adjoindre les notions de ces capacités, pour autant qu'elles n'aient pas été enseignées pendant le cursus médical de base, mais dans une mesure limitée, et nous pourrions nous imaginer des Belmeds où, à côté de 5 domaines théoriques, la majeure partie de la formation serait consacrée à la formation clinique.



Les Néerlandais ont (l'exemple ici est pour la chirurgie) repris les "Canmeds" (capaciteiten) pour la modernisation de leur formation chirurgicale. Elle est loin d'être complètement réalisée. Notons que ce sont les organisations professionnelles qui gèrent la formation ! Un des protagonistes de la modernisation (dont je vous montre la conclusion d'une présentation) semble assez sceptique envers ces changements, comme l'indique le schéma ci-dessous.

Surgical Training in time and consequences

	PAST	NOW	FUTURE
Form	Master / Pupil	Group	Group / Extern.
Workload	80 – 100 hrs	48 hrs	???
Role Trainee	Central	??	Limited
Experience	+++	++	+
Courses	+/-	+	+++

J. Hamming 2007 - RCSE

Adjust our training guidelines? – Belgian Surgical Week

J.A. Gruwez, 03.05.2008

44

Toujours en chirurgie, il y a des exemples de modifications beaucoup plus simples. Le système allemand a créé un schéma identique pour toutes les spécialités chirurgicales. Une formation de base de 2 ans pour tous. Une formation supérieure de 4 années, la durée totale de la formation reste de 6 ans.

Training in Surgery (UK)

Training = work with training team in clinical environment.

Education = acquiring knowledge in non-clinical environment.

NON SUBSPECIALTY SURGEONS	Phase I	<u>Prespecialisation Training</u> 2 yrs 1st pre-registration H.O. general 2nd post-registration H.O. surg. / int.care / accid.s. ATLS or ETCC <u>course</u> Basic Surg. Skill <u>course</u>
	Phase II	<u>Speciality Training</u> 3 – 6 yrs 4 yrs Gen. Surg. In Dist. Gen. Hosp. <u>Attachments</u> : Colorectal, Upper G.I., Hepatobiliary, Breast & Endocrine, Vascular – ivt. Thoracic, Pediatric. Higher Sur. Skill <u>course</u> MRCS in Gen. Surg. Emergency Surgery <u>course</u>
SPECIALTY SURGEONS	Phase III	<u>Subspecialty Training</u> 7 – 8 yrs 2 yrs Entry by competition Colorectal, Hepatobiliary, Vascular Skill courses, Maintain Emergency skills

R.J.C. Steele – Apr. 03

2

La Grande-Bretagne procède à de fréquents changements. L'avant-dernier changement, annoncé sous le nom ronflant de "Modernising Medical Careers" semble avoir été un échec. Toujours en ce qui concerne la chirurgie, on peut constater qu'une très large part de leur longue formation (8 à 10 années et plus !) est consacrée à une formation de base et, du point de vue de la terminologie, il est intéressant de noter la distinction entre Training = qui se passe dans un environnement clinique et Education = acquisition de connaissances dans un environnement non clinique.

“Structured Training” in Belgium

- Catalogue 750 personally performed operations
- In training evaluation at end 2nd year: M.C. – Basics in Surgery
- Final examination:
OSCE-type (clinical knowledge – skills - attitudes...)
organised by Commissions of Recognition
(in collaboration with Prof. Org. – Scient. Org. – Acad. Surg.)

J.A. Gruwez, Oktober 2008

Où nous situons-nous dans cette mutation ? Nos critères, comprenant de multiples moments d'évaluation, dont le vieux carnet de stage, que certains voudraient maintenant rebaptiser "portfolio" pour faire plus "trendy", étaient en fait à l'avant-garde, de nombreux pays n'adoptant par exemple le "logbook" qu'assez récemment. Dans notre formation « structurée » de chirurgie (pour continuer avec la même terminologie), il y a des "objectifs" et des "évaluations" depuis ± 15 ans ! Le catalogue d'opérations à réaliser par le candidat est précis et étendu.

Le contrôle est prescrit par les rapports annuels des candidats et du maître de stage, le rapport confidentiel du candidat spécialiste, les vérifications du carnet de stage ainsi que les évaluations après la 2^e année et à la fin du parcours, organisées au départ par le Consilium Chirurgicum et actuellement par les Commissions d'agrément. Pour l'agrément, l'ensemble des documents colligés pendant la formation (en fait le fameux "portfolio") est pris en compte. Ajoutons que l'épreuve finale ne se préoccupe pas seulement des connaissances théoriques mais également des aptitudes pratiques du candidat (OSCE : Objective Structured Clinical Examination).

Les structures

Rappelons rapidement quelles structures ont été créées par le législateur pour gérer cet ensemble :

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes comprend un nombre égal de spécialistes et de généralistes, de néerlandophones et de francophones, ainsi que d'universitaires et de "professionnels". Deux chambres, une francophone et une néerlandophone, fonctionnent en appel ainsi que plusieurs groupes de travail dont le plus important s'occupe de l'agrément des maîtres de stage et des services de stage.

Les 2 x 32 commissions d'agrément sont encore une fois constituées paritairement d'universitaires et de "professionnels".

Dispositions pour les candidats spécialistes, maîtres de stage et services de stage

Trois arrêtés (un royal et deux ministériels) définissent les dispositions pour les candidats spécialistes, les maîtres de stage et les services de stage :

Pour les médecins candidats spécialistes : l'autorisation de pratiquer en Belgique; le caractère plein-temps; la longueur spécifique pour chaque spécialité; la possibilité de se spécialiser (partiellement) à l'étranger; les mesures à observer en cas de grossesse; l'importance croissante des responsabilités à confier aux assistants; l'obligation de se familiariser avec les urgences, également en dehors de sa spécialité; la participation aux gardes, le développement dans le domaine scientifique et la participation aux activités didactiques.

Ensuite : un maître de stage reconnu, un plan de stage préalablement établi (complètement !!!), qui ne peut être modifié unilatéralement, le carnet de stage, les rapports annuels du candidat à la Commission d'agrément, d'une part, et celui, confidentiel, d'autre part, au Médecin Fonctionnaire en charge de la direction de l'Art de Guérir du Service Fédéral de la Santé Publique.

Le maître de stage est également tenu de faire un rapport annuel pour sa commission.

Nous avons rassemblé les contacts que le candidat spécialiste doit avoir avec le système de formation : demande d'approbation du plan de stage, soumission annuelle du carnet de stage, les 2 rapports annuels, les modifications éventuelles du plan de stage, les démarches en cas d'interruption, des divergences avec le maître de stage, les éventuelles déclarations d'inaptitude et finalement la demande d'agrément (avec entre autres l'attestation du maître de stage et l'attestation de la formation universitaire pendant les 2 premières années et de l'évaluation après la 2^e année).

Le maître de stage a des qualités didactiques, cliniques et organisationnelles. Il publie au moins un article tous les 5 ans, est reconnu dans la spécialité et a pratiqué depuis au moins 8 ans et a une activité plein temps (40 heures) dans le service de stage (et éventuellement dans les autres sites).

Il donne une formation complète ou incomplète à un NOMBRE RESTREINT de candidats, consacre suffisamment de temps à la formation, conseille, a des contacts fréquents avec l'assistant, organise des séminaires hebdomadaires, stimule l'interdisciplinarité, l'activité scientifique (le médecin candidat spécialiste a droit à 4 heures par semaine pour cette activité), évalue régulièrement et assure un feed-back.

Il adapte chaque année la formation au degré de développement de l'assistant et dispose, si nécessaire, d'un membre du staff agréé depuis 5 ans dans chaque site.

La sélection

Le 16 mars 1999, il est venu à l'esprit du ministre Colla de promulguer – sans aucune consultation du Conseil supérieur et sans aucune discussion préalable, après, a-t-on dit, un conciliabule au ministère avec un leader syndical, un haut fonctionnaire du ministère et un (ou des) représentant(s) universitaire(s) durant lequel il y a eu marchandage : "le numerus clausus contre certains avantages aux universités" – un arrêté royal par lequel il confiait la sélection aux facultés, ne respectant pas l'équilibre traditionnel et instituant une mesure arbitraire (puisque rien ne dit que par exemple le candidat retenu par la KUL l'aurait été à la faculté de Gand). S'il fallait une sélection, elle aurait dû se faire par un concours national ou régional. Nous ne sommes égaux que par l'Italie; dans les autres pays, la sélection est du ressort du gouvernement et, le plus souvent, d'une autorité combinée toujours avec la profession.

L'académisation

Alors que les universités ou plutôt les services universitaires jouaient assez naturellement un rôle important dans la formation, le même ministre (ou ses inspirateurs) obligeait par le même arrêté royal le candidat spécialiste à suivre "avec fruit" une formation universitaire "coïncidant avec les 2 premières années de la formation", instituant ainsi ce que nous avons l'habitude de désigner sous le vocable de l'Académisation. Nous ne pouvons que regretter que le bel équilibre, institué par deux éminents professeurs d'université, ait ainsi été altéré !

Le maître de stage coordinateur

Nous parlerons plus loin de la confusion des esprits qui s'est installée dans le domaine de la formation entre autres au sujet du maître de stage coordinateur.

Rappelons donc que dans l'A.R. du 21 avril 1983, il est stipulé que le candidat spécialiste ne doit avoir un maître de stage coordinateur que lorsqu'il "a plus d'un maître de stage" et que sa mission est d'être le tuteur, le coach du candidat durant toute sa formation et de le conseiller dans l'établissement de son plan de stage. Dans les Directives du Conseil supérieur, il est spécifié que c'est le candidat qui se confie à un maître de stage coordinateur et, par conséquent, il le choisit. Les aberrations sont telles que dans une de nos facultés, il existe un "Collège des maîtres de stage coordinateurs", ce qui est évidemment une absurdité !

La visitation

Un mot également pour souligner l'importance de la visitation, instrument de qualité pour un contrôle régulier, non seulement du service de stage mais aussi du staff de ce service, de ses capacités, de l'atmosphère y régnant, des candidats spécialistes qui y sont formés, etc. C'est une mesure qui est prévue mais qui n'est que rarement utilisée pour des raisons de coût, de disponibilité et de conséquences politiques. Il y a lieu de ranimer cet excellent outil de contrôle entre autres des conditions de travail des candidats

spécialistes. Rappelons également que la visitation est une des pierres angulaires du système de formation aux Pays-Bas par exemple.

Terminologie

Nous avons attiré l'attention sur le jargon en rapport avec les critères de formation, qui s'est installé progressivement et a contaminé même l'administration ministérielle.

Nous pensons que la responsabilité pour cet état des choses est surtout imputable au changement de génération, d'une part, à l'établissement, en dehors des structures officielles, de constructions progressivement plus influentes tels que les réseaux, d'autre part, et de manière générale à une méconnaissance des critères officiels.

Nous voudrions plaider pour que tous ceux qui sont impliqués dans la formation prennent la peine de prendre connaissance des critères.

Ce qui gêne davantage est que cette terminologie, ces interprétations erronées, ces notions inexacts atteignent l'administration ministérielle et donnent lieu à des formulations et à des textes fautifs. Il est gênant que des textes de service contiennent des notions qui n'existent pas juridiquement et peuvent donner lieu à des abus. On doit pouvoir exiger de l'administration de l'Etat un emploi de la terminologie officielle et l'usage de notions légalement correctes. Exemple :

Termes obsolètes : "la garde porte" (la fonction de médecine d'urgence), "l'omnipraticien" (le généraliste, huisarts).

Notions erronées : "le maître de stage coordinateur effectivement agréé" – le "maître de stage coordinateur" pour désigner le dirigeant d'un réseau universitaire ou le chef d'un service universitaire - "l'attestation d'autonomie" qui n'existe pas ! – le plan de stage ne comportant qu'une année – "les années universitaires" pour désigner les 2 premières années – la nécessité du DES pour le test d'évaluation ou pour l'agrément.

Expressions à consonances académiques pour désigner des notions dans les critères : diplôme (pour agrément), cursus, programme d'études (pour formation).

Une orthodoxie terminologique est le moins qu'on devrait pouvoir attendre des services officiels !

Les droits des candidats médecins spécialistes

Pour les candidats spécialistes, il est urgent de restaurer la liberté de choix des services et des maîtres de stage, également en dehors des réseaux.

Il est évident que le maître de stage coordinateur ne peut pas être imposé mais est un libre choix du candidat parmi ses maîtres de stage, s'il en a plusieurs.

La longueur des stages à l'étranger doit être clarifiée et spécifiée.

Le candidat spécialiste doit pouvoir obtenir l'attestation de l'autorisation par la faculté d'entamer la spécialisation et l'attestation de la réussite de l'évaluation après la 2^e année de formation, à temps, c'est-à-dire après l'année du diplôme et après la 2^e année de formation. Il n'est pas question de se servir des documents comme moyen de chantage ou pour manipuler les candidats spécialistes.

Des modifications unilatérales du plan de stage sont illégales.

Les candidats médecins spécialistes doivent être informés de leurs droits entre autres du droit d'appel devant la Commission d'agrément et devant la Chambre d'appel du Conseil supérieur.

Rappelons dans cet ordre d'idées que la crainte que les candidats spécialistes hésitent à porter leurs problèmes devant la Commission d'agrément ou devant le Conseil supérieur, par peur de représailles de la part de leurs supérieurs qui y siègent, pourrait être fondée.

Les réseaux

Les réseaux universitaires ont pris de l'importance par la perception de l'équation : formation = pouvoir. Au fil des ans, et naturellement à l'ère du numerus clausus, il s'est construit de véritables féodalités où les suzerains (les "maîtres de stage coordinateurs universitaires") octroient, confient à leurs vassaux (les maîtres de stage périphériques) la formation de certains de ceux qu'ils ont sélectionnés. Cela leur vaut évidemment une fidélité et une reconnaissance de la part des maîtres de stage associés.

Cette situation mène à un cloisonnement, un isolement. L'exemple en est donné par des candidats spécialistes qui voudraient par exemple, pour l'une ou l'autre raison respectable, faire un stage qui leur est refusé parce que le service en question n'appartient pas au réseau !

Encore une fois, il faut restituer au candidat spécialiste la liberté de choix de son maître de stage et de son service de stage. Cela permettrait une émulation saine entre les hôpitaux universitaires ainsi qu'entre hôpitaux universitaires et non universitaires. Les conditions de stage s'en trouveraient améliorées, la qualité de formation en profiterait.

Conclusion

Nous avons essayé de dresser un tableau réaliste de la formation telle qu'elle se passe aujourd'hui. Il est évident que ce sont les anomalies et les errements qui ont surtout attiré notre attention. Cela ne doit cependant pas nous faire oublier que, de part et d'autre, la plupart de nos maîtres de stage, qu'ils soient universitaires ou non universitaires, font un travail de qualité et témoignent d'un réel idéal dans leur ambition de doter nos soins de santé de spécialistes de haut vol.

Nous sommes persuadés que nos services de stage forment spécialistes qui n'ont rien à envier à leurs collègues étrangers, au contraire !

Nous voudrions dans une vision idéaliste voir se rétablir l'équilibre que les initiateurs de notre système avaient incorporé dans leur œuvre et voir se créer une collaboration encore plus proche qu'elle ne l'est aujourd'hui, au profit surtout de nos candidats médecins spécialistes et naturellement au final pour le bien-être de nos patients.

REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL : QUELS BENEFICES ? QUELS PROBLEMES ?

Exposé du Prof. Dr F. Heller à l'occasion du séminaire de chirurgie plastique
organisé par le Prof. S. de Fontaine ULB Erasme 19.06.09*

La réduction du temps de travail est un problème qui préoccupe beaucoup de professions, y compris les professions de la santé. Parmi elles, le problème a surtout été étudié chez les médecins candidats spécialistes. C'est dans les pays anglo-saxons que les données de la littérature sont les plus nombreuses. La discussion sera axée ici surtout sur les médecins candidats spécialistes en Médecine Interne.

Il a été démontré qu'un excès de travail provoque chez les médecins en formation une diminution des capacités cognitives, une diminution de la capacité à apprendre, une augmentation des accidents de voiture et a une perception négative des patients vis-à-vis de cette situation **(1)**. Une étude réalisée chez 20 candidats médecins spécialistes en Médecine Interne a montré qu'une réduction du temps de travail augmente le temps de sommeil, vérifié par polysomnographie. De plus, il existe une corrélation significative entre la diminution du temps de travail et l'augmentation du sommeil. Par ailleurs, les déficits d'attention au travail, évalués par électrooculographie qui analyse les mouvements lents des yeux diminuent lorsque le temps de travail est raccourci **(2)**. Enfin, la diminution du temps de travail entraîne une diminution des erreurs médicales graves, particulièrement celles qui impliquent un diagnostic **(3)**.

C'est sur cette base que, déjà en 1989, l'Etat de New York a édicté le « code 405 » conduisant à limiter le temps de travail à un maximum de 80 heures par semaine calculée sur une période d'un mois. En 2003, l'ACGME (Accreditation Council For Graduate Medical Education) Board Director a mis sur pied des nouveaux standards pour le temps de travail des médecins en formation aux Etats Unis. Ces standards ont fait l'objet d'une mise à jour en 2007. Un certain nombre d'autres pays européens (incluant la Belgique) et non européens ont également imposé une régulation et une limitation des heures de travail pour les médecins en formation. A l'heure actuelle, le temps de travail maximum permis aux médecins en formation est de 37 heures au Danemark, 48 heures en Belgique, 52.5 heures en France, 56 à 64 heures en Angleterre, 72 heures en Nouvelle-Zélande, 80 heures aux USA. Il n'y a pas de limite en Australie et au Canada sauf pour le Manitoba (89 heures) **(4)**. En Belgique, un arrêté ministériel (AM 30.04.1999) (MB 29.05.1999) (Loi Colla) a mis sur pied une série de restrictions quant à l'activité du médecin en formation. Ainsi, le temps de travail par jour est de maximum 9 heures (24 heures aux USA) et inclut les appels de garde et les activités académiques. L'activité de garde sur place est de maximum 12 heures par 5 jours

* Médecine interne, Secrétaire adjoint GBS, Conseiller scientifique CH Jolimont-Lobbes et Tubize-Nivelles

consécutifs et de maximum 1 nuit sur 4. Aux Etats-Unis, la garde est de maximum 30 heures comprenant 24 heures de travail et 6 heures consacrées à la transmission des données et à l'enseignement. Après une garde, une récupération est exigée. Elle est minimum de 12 heures en Belgique et de 10 heures aux USA.

Quels sont les effets de la réduction du temps de travail sur la qualité des soins procurés aux patients et l'enseignement de la médecine ?

En ce qui concerne la mortalité, une première étude réalisée dans les hôpitaux new-yorkais avant (1988) et après (1991) la mise en place du « code 405 » a permis de comparer les effets sur la mortalité par décompensation cardiaque, infarctus du myocarde et pneumonie. La mortalité a diminué en 1991 par rapport à 1988, mais il n'y avait pas de différence entre les hôpitaux à tâche d'enseignement et les hôpitaux qui n'avaient pas cette tâche. Ceci suggère que la diminution de la mortalité est sans relation avec la réduction du temps de travail pour les assistants en formation (5). La mortalité a également été étudiée avant et après la mise en place par l'ACGME Board Director du système de régulation en 2003. L'évolution de la mortalité a été analysée de 2001 à 2004 dans 551 hôpitaux américains pour les patients admis pour des diagnostics médicaux et des diagnostics chirurgicaux (6). Il a été mis en évidence une diminution de la mortalité pour les patients médicaux. La diminution de la mortalité était d'autant plus marquée que le nombre de résidents était plus élevé. La diminution de la mortalité impliquait surtout la décompensation cardiaque, le sepsis et l'infection, la pneumonie, les hémorragies gastro-intestinales mais pas les autres diagnostics. Curieusement, la diminution de la mortalité concernait uniquement les patients au-delà de 80 ans. La diminution de la mortalité, bien que significative, était extrêmement modeste (0.25 %) et, par ailleurs, ne concernait pas la mortalité pour les diagnostics chirurgicaux.

Une autre étude de mortalité a concerné des patients du système Medicare admis dans des hôpitaux non fédéraux américains à caractère aigu du 01.07.2000 au 30.06.2005 (7). Les diagnostics principaux analysés étaient l'infarctus du myocarde, la décompensation cardiaque, l'hémorragie gastro-intestinale et l'accident vasculaire. Les années académiques de 2000 à 2003 ont été comparées aux années académiques de 2003 à 2005. Les hôpitaux à charge d'enseignement ont été comparés aux hôpitaux sans charge d'enseignement. Quelque soit le degré de tâche d'enseignement des hôpitaux, il y avait une légère diminution de la mortalité avant et après la réforme de 2003. On notait une augmentation de la mortalité pour l'accident vasculaire, surtout dans les hôpitaux à haute capacité d'enseignement. Comme pour l'étude précédente, la mortalité de type chirurgical n'était pas influencée.

Une troisième étude a concerné l'analyse de la mortalité hospitalière dans les hôpitaux aigus américains appartenant au système Veterans Affairs qui possède le système hospitalier le plus riche en assistants aux USA (8). Cette étude a été menée durant les années académiques 2000 à 2003 et 2003 à 2005 et a concerné les diagnostics de mortalité par infarctus du myocarde, décompensation cardiaque, hémorragie gastro-intestinale et accident vasculaire. La mortalité a été analysée en fonction de la charge plus ou moins lourde d'enseignement des hôpitaux. Par rapport aux hôpitaux sans charge d'enseignement, les hôpitaux à charge d'enseignement avaient une diminution de la mortalité mais uniquement durant la 2ème année post-réforme et cette diminution concernait uniquement les pathologies médicales, mais pas les pathologies chirurgicales. La diminution de mortalité était inversement corrélée avec le degré de charge d'enseignement des hôpitaux mais restait modeste (1.4%).

De ces études, on peut donc conclure que la diminution du temps de travail des médecins en formation n'entraîne pas ou peu de diminution de la mortalité de type médical. Il n'y a pas de diminution de la mortalité sur le plan chirurgical.

Une des conséquences de la réduction du temps de travail concerne la diminution de la qualité de la transmission des données médicales. Il est connu que des erreurs peuvent survenir lors de cette procédure et que des événements indésirables peuvent être provoqués par une communication incomplète ou incorrecte ou par une absence de remise en question des problèmes d'un patient. La diminution du temps de travail entraînant une augmentation du nombre de « shift » entre médecins risque d'amplifier ce danger (9).

Dans trois grands hôpitaux américains (Université de Californie, Université de Chicago et le Brigham and Women's Hospital), il a été montré que, suite à la réglementation du temps de travail limitant l'activité à moins de 80 heures/semaines, 1 patient durant un séjour de 5 jours d'hospitalisation voyait 15 assistants différents. Pour chaque assistant, il y avait un minimum de 300 transmissions de données/mois ce qui représentait une augmentation de 40 % par rapport à la situation existant avant la réglementation de 2003 (10). L'importance de la transmission des données est mise en évidence par l'analyse des procès intentés aux Etats-Unis par 5 compagnies d'assurances entre 1979 et 2001 à l'encontre de la profession médicale. Huit cent quatre vingt neuf cas ont fait l'objet de procès. Les assistants en formation étaient impliqués dans

27 % des cas. Parmi les facteurs qui contribuaient aux erreurs commises par les assistants en formation, un manque de compétence et de connaissances (58 %) et un manque de supervision (59 %) étaient le plus souvent en cause. Cependant des problèmes de transmission de données étaient rencontrés dans 19 % des cas **(11)**.

Dans une étude récente, réalisée dans des unités de Médecine Interne (Yale New Haven Hospitals), 24 problèmes de transmission de données ont été comptabilisés pour 319 patient-jours (7.5 problèmes/100 patient-jours) avec comme conséquences des retards de diagnostic, des redondances et un manque d'efficacité. Un facteur majeur était le défaut de transmission des problèmes du patient vus dans leur globalité et des données indispensables pour la prise de décisions pendant les nuits de garde **(12)**.

D'autre part, une étude réalisée récemment **(13)** à l'Université de Chicago a analysé l'impact de la réduction de la garde à un maximum de 30 heures pour 56 médecins internistes en formation pour un total de 1100 appels de nuit pendant 2 ans. L'augmentation du nombre de patients pris en charge a été associée à une perte de la durée de sommeil, un allongement de la durée de transmission des données médicales et à une diminution de la participation aux activités d'enseignement.

Par rapport à la situation avant la réforme de 2003, la qualité de l'enseignement procurée aux assistants de médecine interne en formation est considérée comme satisfaisante ou meilleure dans une étude **(14)** mais moins bonne dans trois autres études **(15 ; 16; 17)**. La perception des conséquences du changement est davantage négative pour les responsables de stage que pour les assistants eux-mêmes. Les premiers considèrent en effet que le nouveau système est associé à un enseignement de moindre qualité et pensent que la sécurité des patients est moins bien assurée. De plus, ils éprouvent moins de satisfaction dans l'exercice de leur profession et dans leurs tâches d'enseignement **(16)**.

En décembre 2008, constatant les imperfections du système de régulation mis en place en 2003, l'IOM (Institute of Medicine) a émis de nouvelles recommandations pour optimiser l'enseignement des médecins en formation et améliorer la sécurité des patients aux Etats-Unis **(4)**. Les points suivants ont été relevés :

1. une réduction supplémentaire du total des heures de travail n'est pas recommandée étant donné le degré modeste de corrélation significative entre la durée du temps de travail et le temps de sommeil. Cependant, des mesures sont prises pour diminuer le manque de sommeil. Ainsi, les activités de garde restent limitées à 30 heures, mais le temps de travail passe de 24 à 16 heures et la période de 6 heures consacrée antérieurement à la transmission des données et à l'enseignement passe à 9 heures et une durée de 5 heures est réservée au sommeil.
2. un système de supervision adéquat et sur place, doit être instauré particulièrement pour les médecins en formation en 1ère année.
3. un enseignement destiné à apprendre aux médecins en formation ainsi qu'aux équipes médicales à transmettre de manière efficace et complète les données médicales des patients par l'utilisation de techniques appropriées doit être mis sur pied.
4. un système de surveillance (audits et visites imprévues) est mis en place pour veiller à la mise en application et au respect des mesures proposées.
5. des nouvelles fonctions full-time doivent être créées pour des infirmières, des techniciens, des médecins du cadre permanent et des médecins en formation.

Une évaluation financière de ces dernières mesures a été réalisée récemment **(18)** qui montre que l'implémentation de celles-ci serait extrêmement coûteuse à l'échelle des Etats-Unis. Un montant de 1.16 billion \$ serait nécessaire pour les financer et ne serait que partiellement compensé par la diminution des dépenses consacrées à la prise en charge des effets négatifs du système actuel.

Si le principe de la réduction du temps de travail doit être respecté, différents paramètres sont à prendre en considération **(19)** :

En ce qui concerne la qualité des soins procurés aux patients, il faut s'assurer d'une transmission adéquate et sécurisée des données et des responsabilités. Des systèmes de transmission électroniques sont possibles. Une augmentation du nombre de médecins et, éventuellement, de professionnels non médecins est une possibilité mais, avec comme conséquences, des problèmes de responsabilisation.

L'enseignement de la Médecine et en particulier la Médecine Interne peut présenter des failles. La fragmentation de la prise en charge des patients fait que le médecin en formation a de plus en plus de difficulté à suivre l'évolution complète de la pathologie d'un patient. Un patient hospitalisé pour une cholécystite aiguë peut être vu par un premier médecin en formation lors de son arrivée, par un deuxième durant l'évolution de la maladie et un troisième à la sortie de l'hôpital sans qu'aucun n'ait pu assister à l'évolution clinique complète de la maladie. La transmission des données médicales doit être correcte, complète et sécurisée. Cette transmission ne peut en aucun cas exclure, surtout en Médecine Interne, la réévaluation continue des problèmes du patient, particulièrement si l'évolution ne suit pas un cours classique. L'enseignement de la Médecine doit donc inclure l'apprentissage de la communication et de la transmission des données médicales. Une possibilité envisagée pour pallier aux problèmes de l'enseignement est d'allonger les années de formation...

La prise en charge médicale par un assistant en formation fatigué n'est pas de nature à rassurer le patient. Par ailleurs, la multiplication des médecins en formation change la relation avec le patient. L'approche classique patient-médecin devient une approche patient-équipe médicale. Il n'est pas certain que cette évolution soit bénéfique pour le patient et bien perçue par lui.

REFERENCES

1. KEATING RJ, LARUSSO NF, KOLARS JC. Perceived impact of duty hours limits on the fragmentation of patient care : Results from an academic health center. *Amer J Med* 2005; **118** : 788-93.
 2. LOCKLEY SW, CRONIN JW, EVANS EE et al. Effect of Reducing Interns'Weekly Work Hours on Sleep and Attentional Failures. *N Engl J Med* 2004; **351** : 1829-37.
 3. LANDRIGAN CP, ROTHSCHILD JM, CRONIN JW et al. Effect of reducing interns'work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004; **351** : 1838-48.
 4. IGLEHART JK. Revisiting duty-hour limits--IOM recommendations for patient safety and resident education. *N Engl J Med* 2008; **359** : 2633-5.
 5. HOWARD DL, SILBER JH, JOBES DR. Do Regulations Limiting Residents'Work Hours Affect Patient Mortality ? *J Gen Intern Med* 2004; **19** : 1-7.
 6. SHETTY KD, BHATTACHARYA J. Changes in Hospital Mortality Associated with Residency Work-Hour Regulations. *Ann Intern Med* 2007; **147** : 73-80.
 7. VOLPP KG, ROSEN AK, ROSENBAUM PR et al. Mortality Among Hospitalized Medicare Beneficiaries in the First 2 years Following ACGME Resident Duty Hour Reform. *JAMA* 2007; **298** : 975-83.
 8. VOLPP KG, ROSEN AK, ROSENBAUM PR et al. Mortality Among Patients in VA Hospitals in the First 2 Years Following ACGME Resident Duty Hour Reform. *JAMA* 2007; **298** : 984-92.
 9. MUKHERJEE S. A Precarious Exchange. *N Engl J Med* 2004; **351** : 1822.
 10. VIDYARTHI AR, ARORA V, SCHNIPPER JL et al. Managing discontinuity in academic medical centers : strategies for a safe and effective resident sign-out. *J Hosp Med* 2006; **1** : 257-66.
 11. SINGH H, THOMAS EJ, PETERSEN LA et al. Medical Errors Involving Trainees. A Study of Closed Malpractice Claims From 5 Insurers. *Arch Intern Med* 2007; **167** : 2030-36.
 12. HORWITZ LI. Consequences of inadequate sign-out for patient care. *Arch Intern Med*. 2008; **168** : 1755-60.
 13. ARORA VM, GEORGITIS E, SIDDIQUE J et al. Association of Workload of On-Call Medical Interns With On-Call Sleep Duration, Shift Duration and Participation in Educational Activities. *JAMA* 2008; **300** : 1146-53.
 14. WEST CP, COOK RJ, POPKAVE C et al. Perceived Impact of Duty Hours Regulations : A Survey of Residents and Program Directors. *Amer J Med* 2007; **120** : 644-48.
 15. GOITEIN L, SHANAFELT TD, WIPF JE et al. The Effects of Work-Hour Limitations on Resident Well-being, Patient Care, and Education in an Internal Medicine Residency Program. *Arch Intern Med* 2005; **165** : 2601-06.
 16. REED DA, LEVINE RB., MILLER RG et al. Effect of Residency Duty-Hour Limits. *Arch Intern Med* 2007; **167** : 1487-92.
 17. JAGSI R, WEINSTEIN DF, SHAPIRO J et al. The Accreditation Council for Graduate Medical Education's Limits on Residents'Work Hours and Patient Safety. A Study of Resident Experiences and Perceptions Before and After Hours Reductions. *Arch Intern Med* 2008; **168** : 493-500.
 18. NUCKOLS TK et al. Cost implications of reduced work hours and workloads for resident physicians. *N Engl J Med*. 2009; **360** : 2202-15.
 19. VOLPP KG, LANDRIGAN CP. Building Physician Work Hour Regulations From First Principles and Best Evidence. *JAMA* 2008; **300** : 1197-99.
-

SYMPOSIUM GBS – LES MONTANTS DE REFERENCE
19.09.2009

Nombre de Credit Points accordés en Ethique et Economie : 3 CP.

Programme

08.30-09.00	Accueil	
09.05-09.20	Les montants de référence et l'EBM (economics based medicine)	Dr J.L. DEMEERE, GBS
09.20-09.55	Montants de référence: principes et modalités d'application	M. M. DAUBIE, INAMI
09.55-10.15	Quel regard les médecins portent-ils sur les montants de référence?	Dr M. MOENS, GBS-ABSyM
10.15-10.40	Questions et discussion	
10.40-11.00	Pause-café	
11.00-11.25	Vers des conflits récurrents entre gestionnaires et médecins	Dr J. DE TOEUF, CHIREC
11.25-11.40	Le point de vue de la Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique	Prof. Dr F. COLARDYN, UZ GENT
11.40-12.00	Montants de référence: points de départ, faisabilité et alternatives	Dr R. VAN DEN OEVER, MC
12.00-12.25	Questions et discussion	

Lieu

EHSAL
Rue d'Assaut 2
1000 Bruxelles

Renseignements et inscriptions

Delphine Van den Nieuwenhof
GBS, avenue de la Couronne 20
1050 Bruxelles

Tél. : 02/649 21 47 Fax : 02/649 26 90



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

N° INAMI: **Adresse:**

Nom: **Code postal:**

Prénom: **Localité:**

Spécialité: **E-mail:**

Je participerai au symposium du 19.09.2009 et verse la somme de :

	<u>Avant le 01.09.2009</u>	<u>A partir du 01.09.2009</u>
Membres	<input type="radio"/> 25 €	<input type="radio"/> 35 €
Non-membres	<input type="radio"/> 50 €	<input type="radio"/> 60 €
Candidats-spécialistes	<input type="radio"/> 5 €	<input type="radio"/> 10 €

Inscription sur place 80 €

sur le compte 068-2095711-53 du GBS
avec mention du nom du participant et "Symposium : Les montants de référence"

Date / Signature :

VIENT DE PARAÎTRE :

NOUVELLE APPROCHE DES PRÉJUDICES CORPORELS – EVOLUTION ! RÉVOLUTION ? RÉSOLUTIONS...

L'ouvrage "Nouvelle approche des préjudices corporels – Evolution ! Révolution ? Résolutions..." (collection : *Editions du Jeune Barreau de Liège*) regroupe les derniers travaux de l'Observatoire des préjudices extrapatrimoniaux (OPEP). Ce groupe de travail pluridisciplinaire – composé de trois avocats, trois magistrats, trois experts médecins et trois professionnels de l'assurance – a poursuivi la réflexion et s'est employé à revisiter l'ensemble des préjudices corporels.

Ce travail de longue haleine a débouché sur des propositions concrètes et a mené in fine à l'élaboration d'une nouvelle arborescence du dommage corporel, qui s'écarte des notions traditionnellement reçues. Il découle en outre de ces travaux une nouvelle mission d'expertise, dont l'objectif est d'évaluer plus adéquatement, plus logiquement et plus précisément le dommage corporel.

C'est cette vision novatrice que les auteurs proposent en analysant

- la nouvelle arborescence : son utilité, ses espoirs, ses limites
- la prédisposition et l'état antérieur
- l'incapacité personnelle
- l'incapacité ménagère
- les préjudices particuliers
- les réserves pour l'avenir

Info : Anthemis S.A., Parc scientifique Einstein, chemin du Cyclotron 6, 1348 Louvain-la-Neuve – tél. : 010/39.00.70, fax : 010/39.00.01, info@anthemis.be, www.anthemis.be

LE VOLUME D'ACTIVITÉ D'UN CHIRURGIEN OU D'UN HÔPITAL PEUT AVOIR UNE INFLUENCE SUR LES RÉSULTATS DE CHIRURGIE CARDIAQUE ET DU CANCER

Communiqué de presse du KCE (13/07/2009)

Y a-t-il une relation entre le résultat d'une opération chirurgicale et le nombre d'opérations réalisées par le chirurgien ou dans l'hôpital où il opère ? Existe-t-il des données belges pour tester cette relation? Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) montre qu'il est possible d'étudier ce lien en se basant uniquement sur des données collectées en routine par les hôpitaux belges. Les résultats sont contrastés en fonction de l'intervention chirurgicale étudiée. Pour la chirurgie du cancer du pancréas, très complexe et peu fréquente, le KCE recommande de concentrer l'expertise dans un nombre restreint de centres de référence. Pour la chirurgie cardiaque, le KCE recommande d'appliquer dans tous les centres, les processus de soins des centres qui atteignent les meilleurs résultats, en vue d'améliorer la qualité globale.

On trouve beaucoup d'études dans la littérature scientifique internationale qui montrent que les chirurgiens pratiquant fréquemment une intervention chirurgicale obtiennent de meilleurs résultats (mortalité, complications, réadmissions moins fréquentes) que les chirurgiens qui la pratiquent rarement. Ceci est vrai aussi pour les hôpitaux.

Jusqu'à présent il n'existait que très peu d'études belges sur la relation entre le volume d'interventions chirurgicales et le résultat. Le KCE a donc examiné si les banques de données existantes, pouvaient être utilisées à cet effet. Pour ce faire, 3 banques de données ont été couplées (celles des hôpitaux, des mutuelles et du Registre du Cancer) pour étudier 12 interventions chirurgicales, une première de cette ampleur en Belgique. Le KCE est favorable à une telle utilisation de ces données, tout en recommandant leur mise à disposition plus rapide (actuellement, les données des hôpitaux ne sont disponibles qu'après 2-3 ans). Cette étude se base sur des données de l'année 2004, ce qui justifie une certaine prudence dans l'interprétation des résultats puisque de nombreux changements ont été apportés à notre système de soins de santé depuis lors (fusions d'hôpitaux, création du Registre du Cancer, introduction de consultations pluridisciplinaires en oncologie, introduction de volumes minima dans le traitement du cancer du sein).

Chirurgie du cancer : centraliser l'expertise du cancer du pancréas et évaluer les cliniques du sein

La chirurgie du **cancer du pancréas** représente une intervention peu fréquente et complexe, associée à un risque de mortalité élevé. Nombreuses sont les preuves indiquant que les résultats sont meilleurs dans les centres atteignant un certain volume d'interventions (au minimum 11 par an). En Belgique, seuls 5 hôpitaux

(sur 74) avaient atteint ce seuil en 2004, et la survie était meilleure dans ces hôpitaux. Le KCE recommande donc de centraliser l'expertise en chirurgie du pancréas dans un nombre limité de centres.

La chirurgie du **cancer de l'œsophage** constitue un autre exemple de procédure peu fréquente et complexe, associée à un risque de mortalité élevé. Les données de l'année 2004 n'ont pas fourni de preuves suffisantes pour formuler une recommandation de centralisation de celle-ci. Néanmoins, la centralisation est unanimement recommandée dans la littérature scientifique. Le KCE recommande donc de réétudier la comparaison de la survie entre les petits et les gros centres sur des données récentes et pluri annuelles.

Pour la chirurgie du **cancer du sein**, les données de 2004 montrent que la décision de centraliser l'expertise dans les cliniques du sein était justifiée : la survie est meilleure dans les hôpitaux qui traitent au moins 150 patientes par an, limite fixée au niveau européen et d'application en 2011 en Belgique pour l'agrément des cliniques du sein. Le KCE recommande donc de poursuivre l'évaluation des cliniques du sein, en l'élargissant aux autres types de traitement (radio-, chimio- et hormono-thérapie).

Pour la chirurgie du **cancer du colon et la chirurgie du cancer du poumon**, il n'y a pas de différence de mortalité entre les petits et les gros centres.

Chirurgie cardiaque: identifier les processus de prise en charge des patients dans les centres ayant les meilleurs résultats

En Belgique la chirurgie cardiaque se pratique dans 29 hôpitaux (appelés centres B2-B3). Le KCE a étudié la mortalité hospitalière après un pontage coronarien : cette dernière est de 3.0% dans les 16 centres qui font au moins 200 interventions par an, alors qu'elle est de 5.3% dans les 13 centres qui n'atteignent pas cette limite. Néanmoins, avant d'émettre une recommandation sur l'utilisation d'un seuil critique de volume en chirurgie cardiaque, les effets négatifs potentiels (diminution de la qualité liée à une surcharge d'interventions) d'une telle décision devraient être étudiés. A ce stade, le KCE recommande d'identifier les procédures de prise en charge en vigueur dans les centres qui obtiennent les meilleurs résultats. Ainsi, des stratégies pourraient être mises au point pour améliorer les soins dans tous les hôpitaux.

Améliorer la qualité des soins grâce aux feedbacks vers les hôpitaux et les chirurgiens

Les analyses effectuées dans ce rapport pourraient être répétées de manière régulière et servir de feedback aux chirurgiens et aux hôpitaux pour évaluer le résultat de leur traitement. Ils pourraient ainsi comparer leur pratique avec celles de leurs collègues, dans un souci d'amélioration de la qualité par la standardisation des pratiques. Selon le KCE, l'organisation de tels feedbacks devrait idéalement être réalisée par une institution experte en couplage et analyse des données. Pour la chirurgie du cancer, le Registre du Cancer pourrait jouer ce rôle.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : <http://kce.fgov.be> (rubrique « publications ») sous la référence KCE reports vol. 113B.

NOMENCLATURE : ARTICLE 34 (Prestations interventionnelles percutanées) (en vigueur à partir du 01.09.2009)

18 MARS 2009. - Arrêté royal modifiant l'article 34, § 1er, a), 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 30.07.2009 – p. 51406)

Article 1er. A l'article 34, § 1er, a), 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, inséré par l'arrêté royal du 22 janvier 1991 et modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 12 juin 2008, sont apportées les modifications suivantes :

1° les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 589374 - 589385, sous l'intitulé :

« Prestations pour le traitement d'un anévrisme de l'aorte et/ou iliaque :
589595-589606

Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un anévrisme aortique abdominal infrarénal abdominal, ou pour le traitement d'un anévrisme de l'artère iliaque de plus de 3 cm, sans collet iliaque proximal, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste I 2250

589610-589621

Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un anévrisme iliaque isolé, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste I 1200

Les prestations 589595 - 589606 et 589610 - 589621 ne peuvent pas être cumulées.

589632-589643

Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un anévrisme thoracique de l'aorte descendante, d'un anévrisme de l'aorte ascendante, d'un anévrisme de l'arc aortique ou de dissections aiguës de l'aorte, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste I 2250

589654-589665

Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un endoleak, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste I 1200

Un endoleak de type III à hauteur de l'aorte abdominale infrarénale est considéré comme un nouvel anévrisme.

Les prestations 589595 - 589606, 589610 - 589621, 589632 - 589643, 589654 - 589665 doivent répondre aux conditions suivantes pour pouvoir bénéficier d'une intervention :

1. Conditions concernant le centre implanteur

Les prestations 589595 - 589606, 589610 - 589621, 589632 - 589643, 589654 - 589665 ne sont remboursées que si elles sont dispensées dans un centre doté d'une formation solide et d'une expérience soutenue en matière de procédures endovasculaires et de traitement chirurgical d'un anévrisme aortique infrarénal, d'un anévrisme iliaque et, le cas échéant, d'un anévrisme thoracique, et qui se profile comme tel à l'égard des médecins de renvoi et des patients.

L'intervention pour les prestations 589632 - 589643 est en outre limitée aux centres qui disposent de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme partiel B3 du programme de soins « pathologie cardiaque ».

Les centres doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire composée au minimum de 2 chirurgiens plein-temps (8/10) ayant une formation et expérience particulières en chirurgie vasculaire, ci-après dénommés « chirurgien vasculaire » et 1 radiologue plein-temps (8/10) ayant une formation et expérience particulières en radiologie interventionnelle, ci-après dénommé « radiologue interventionnel ».

Bien que ces spécialistes puissent travailler dans plusieurs centres, ils ne peuvent signer la demande de remboursement que dans un centre chacun. Pour ce faire, le Comité de l'assurance soins de santé dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste, mise à jour annuellement, avec la composition de l'équipe par centre et l'enverra pour information au Conseil technique des implants et au Conseil technique médical.

Afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement des prestations 589595 - 589606, 589610 - 589621, 589632 - 589643, 589654 - 589665, le centre doit, dans le courant de l'année x, avant le 1er novembre, communiquer au Service des Soins de Santé la composition de l'équipe.

Si le centre satisfait à ces critères, il peut bénéficier d'un remboursement de ces prestations pendant un an, à partir du 1er janvier de l'année x+1 jusqu'au 31 décembre de l'année x+1 y compris.

Les modifications apportées à la composition de l'équipe dans le courant de l'année x+1 sont spontanément communiquées par le centre au fonctionnaire dirigeant du Service des Soins de Santé.

Un centre ne satisfait plus aux critères requis si, au sein de l'équipe multidisciplinaire, il n'y a plus 2 chirurgiens vasculaires et/ou de radiologue interventionnel. Dès l'instant où ceci est constaté, le centre perd pendant 3 mois le droit d'attester les prestations précitées.

Durant cette période, le centre peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne sont plus remboursées jusqu'au moment où le centre satisfait de nouveau à ces critères et en a informé le Service des Soins de Santé.

Le suivi étant inclus dans une prestation effectuée selon les règles de l'art, sa réalisation est une condition dans le cadre de l'expérience soutenue d'un centre. Le centre transmettra annuellement, avant le 1er novembre, et ce selon les modalités fixées par le Service des Soins de Santé, le Conseil technique des implants et le Conseil technique médical, les données d'implantation et de suivi au Collège des médecins-directeurs, sous la forme d'un rapport récapitulatif.

Lorsque l'intervention est effectuée par un radiologue interventionnel, un chirurgien vasculaire doit être immédiatement disponible pour intervenir en cas de complication.

2. Conditions concernant les modalités de remboursement

A. Indications

L'intervention de l'assurance ne peut être accordée qu'après accord du Collège des médecins-directeurs à la suite d'une des indications suivantes :

1) Anévrisme aortique abdominal infrarénal

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm pour les hommes et supérieur à 5 cm pour les femmes;

- anévrisme fusiforme de l'aorte d'un diamètre de 4,5 à 5,5 cm chez les patients symptomatiques souffrant de douleurs dorsales et abdominales avec anévrisme palpatoire et douloureux ou dans le cas d'une anamnèse familiale d'anévrisme (parents du premier degré);

- anévrisme de l'artère iliaque supérieur à 3 cm, sans collet proximal;

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique ou consécutif à une dissection, ou ulcère pénétrant) nonobstant le diamètre;

- rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale.

b) L'anévrisme remplit les critères anatomiques suivants :

- collet proximal d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible.

c) Sont exclus les anévrismes :

- dont le collet proximal présente une angulation supérieure à 70° et/ou des calcifications circulaires importantes;

- qui présentent des tortuosités et calcifications iliaques entraînant l'impossibilité de placement du dispositif d'introduction.

2) Anévrisme iliaque

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme iliaque d'un diamètre supérieur à 3 cm avec une zone d'amarrage proximale et distale, rendant possible l'utilisation de stents couverts droits;

- rupture d'anévrisme iliaque, nonobstant le diamètre.

3) Anévrisme thoracique

3.1. Anévrisme de l'aorte descendante

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm

- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

b) L'anévrisme répond aux critères anatomiques suivants :

- collet proximal d'une longueur minimale de 1,5 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

- zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 2 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

- accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible, sans tortuosités et/ou calcifications iliaques graves.

3.2. Anévrismes de l'aorte ascendante

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;

- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

3.3. Anévrisme de l'arc aortique

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;
- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;
- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

4) Endoleak de type I ou endotension (avec croissance de l'anévrisme) après réparation endovasculaire d'un :

- anévrisme aortique abdominal;
- anévrisme iliaque;
- anévrisme thoracique.

Le diamètre est mesuré en travers de l'axe longitudinal de l'anévrisme à l'aide d'un CT scan ou d'une résonance magnétique.

B. Procédure de demande

La demande de remboursement, conforme à un formulaire déterminé, doit être communiquée au Collège des médecins-directeurs par les médecins spécialistes dans les 30 jours qui suivent l'implantation et pour notification au médecin-conseil de l'organisme assureur. Les modalités à respecter dans le cadre de cette procédure sont fixées par le Service des soins de santé, le Conseil technique des implants et le Conseil technique médical. Ce formulaire est établi par le Comité de l'assurance soins de santé sur avis du Conseil technique des implants et du Conseil technique médical.

La demande de remboursement doit être signée par deux chirurgiens vasculaires et un radiologue interventionnel liés au centre.

La demande de remboursement est évaluée par le Collège des médecins-directeurs.

L'angiogramme et le CT scan du patient peuvent en tout temps être réclamés par le Collège des médecins-directeurs.

En cas de doute, la demande de remboursement est soumise à la « Commission Peer review endoprothèses » instituée auprès du Collège des médecins-directeurs. Cette Commission est composée d'1 radiologue de l'Union nationale des Radiologues (UNR), d'1 radiologue de la Société royale belge de radiologie (SRBR) et de 4 chirurgiens vasculaires de la Société belge de chirurgie vasculaire (SBCV). Les membres du Collège des médecins-directeurs, le Conseil technique des implants et le Conseil technique médical peuvent assister à la réunion de cette Commission. Cette Commission est convoquée par le Service en réunion ou par téléconférence.

La « Commission Peer review endoprothèses » a toujours la possibilité d'inviter l'implanteur pour qu'il vienne personnellement présenter ses dossiers.

La demande de remboursement, accompagnée de l'avis motivé de la « Commission Peer review endoprothèses », sera alors à nouveau soumise au Collège des médecins directeurs qui prendra l'ultime décision de remboursement ou de refus.

Dans les 30 jours qui suivent la réception de la demande de remboursement, les informations suivantes sont transmises simultanément à l'organisme assureur, à l'équipe qui a introduit la demande et au pharmacien hospitalier :

- la décision du Collège des médecins directeurs si le dossier ne doit pas être soumis à la « Commission Peer review endoprothèses »;
- le renvoi du dossier à la « Commission Peer review endoprothèses ».

Après l'implantation, il convient d'évaluer la situation du patient à sa sortie de l'hôpital et après 3, 12, 24 et 36 mois. Les documents de suivi sont conservés dans le dossier du patient et un rapport récapitulatif des implantations accompagné des documents de suivi est transmis par le centre une fois par an au Collège des médecins-directeurs, comme précisé sous « 1er. Conditions concernant le centre implanteur. ».

Les documents de suivi sont établis par le Comité de l'assurance soins de santé sur avis du Conseil technique des implants et du Conseil technique médical.

La « Commission Peer review endoprothèses » fera chaque année un rapport des données collectées. ».

2° dans la règle d'application suivant la prestation 589396 - 589400, les mots « Les prestations susvisées » sont remplacés par les mots « Les prestations visées en ce point a) ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Article 35 (Chirurgie vasculaire) : A.R. du 18.03.2009 (M.B. du 30.07.2009 – p. 51410)

Article 35 (Orthopédie et traumatologie) : A.R. du 15.07.2009 (M.B. du 30.07.2009 – p. 51416)

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

FORMATION CONTINUEE EN TABACOLOGIE organisée par le Fonds des Affections Respiratoires (FARES)

Année académique 2009-2010

L'enseignement proposé concerne le tabac et son usage. Il prépare à l'abord clinique du tabagisme et à la recherche dans le domaine du tabac, en particulier sur le phénomène de dépendance. Sont également étudiées les relations et les similitudes avec l'usage d'autres substances d'abus.

Formation sanctionnée par examen écrit QCM, un travail de fin d'études et un stage de 3 jours.

Dates de la formation : les samedis 17 octobre 2009, 21 novembre 2009, 12 décembre 2009, 23 janvier 2010, 27 février 2010, 27 mars 2010 et 24 avril 2010

Lieu de formation : Fondation Contre le Cancer – Chaussée de Louvain 479 à 1030 Bruxelles

Infos et inscription au FARES : Mme Fabienne De Vos – tél. : 02/512.29.36 – fax : 02/512.32.73 – e-mail : fabienne.devos@fares.be – www.fares.be (sous 'Prévention du tabagisme', 'Présentation', 'Formations')

ACCREDITATIONS DEMANDÉES

RÉUNIONS SCIENTIFIQUES

THE 2nd EASTERN EUROPEAN PSYCHIATRIC CONGRESS “Collaborating For Mental Health” of the Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans (PAEEB) Moscow, 27th - 30th October, 2009

This Congress follows the very successful First Eastern European Congress that took place in Thessaloniki, Greece in September 2007.

The consequences of the transition in the countries of the former socialist system, natural and man-made disasters, war conflicts, the ecological situation – all these factors constitute new tasks in psychiatry today. The high prevalence of socially significant mental illnesses and the wide range of treatment approaches set a mission to mental health professionals. One of the main additional challenges for psychiatry in our days is collaboration with other mental health care professionals, a collaboration that should be achieved with respect for expertise and for each other's "territory", if we want to fulfill our obligation to improve the care of our patients.

Information : <http://en.paeeb2009moscow.ru/invitation/>

Registration : <http://en.paeeb2009moscow.ru/registration/>

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.
- 09010 **OPHTALMOLOGUE** (bilingue, 10 ans d'expérience, également chirurgie de la cataracte) cherche remplacement (dans toute la Belgique) à partir de mars 2009 tél. 0477/444.777
- 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
- 09069 **BRUXELLES** : Le Centre Médical ENADEN (agrée Convention I.N.A.M.I. n° 7.73.006.84 – Agrément COCOF 99/1172) comprenant une Unité d'Hébergement de Crise, une Unité d'Hébergement de Séjour Court, un Centre de Jour et une Unité de Consultation engage **2 PSYCHIATRES RESPONSABLES** (19h/sem). Personne de contact : Dr Marc H. De Vos (02/534.63.73 – centre.medical.enaden@brutele.be).
- 09070 **CHR MONS WARQUIGNIES** engage 1 **ANATOMOPATHOLOGISTE**, tps pl. ou part-time, env. cand. + CV au Dr BROHEE, Médecin Chef, Dr FEOLI, Chef du Service d'anatomopathologie, 5 av. B. de Constantinople à 7000 Mons (T. 065/35.92.61 - F. 065/35.93.68).
- 09071 **ATHUS** : **CABINET DE DERMATOLOGIE AVEC PUVATHERAPIE** à remettre à partir du 01/10/2009 (pour raison de fin de carrière) situé à 6791 Athus, avenue de la Libération 39, au sein d'une polyclinique gérée par le CPAS local. Possibilité d'un temps plein ou d'un temps partiel. Frais de location et de reprise d'appareillage minimes. Honoraires libres pour les médecins non conventionnés. Bonne rentabilité. Excellente opportunité aussi pour jeune dermatologue voulant compléter ou augmenter son activité. Tél. : 063/38.74.23 le soir après 20h.
- 09072 **CHR-VAL DE SAMBRE SAMBREVILLE** : ouverture d'un poste tps plein ou partiel de **RADIOLOGUE**. Radiologie générale, TAC, RMN, ECHO. Contacts : Dr Valentin : 071/26.57.44, patrick.valentin@mail.chrvs.be – Dr Janssens : 071/26.56.65, paul.janssens@mail.chrvs.be
- 09073 **LIEGE** : **CABINET MÉDICAL** à 4020 Liège, quartier de Félinne, à partager avec confrère spécialiste déjà en place. Convient pour dermatologue, pédiatre, psychologue ou psychiatre... Contact : 0475/32.99.43.
- 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 .
- 09075 **ARLON** : **PLAGES HORAIRES LIBRES DANS UN CABINET MEDICAL** avec secrétaire, prise de rendez-vous, dossier médical informatisé OMNIPRO : rens. 0495/51.53.68 ou nagoda@senologie.be
- 09076 **ARLON** cabinet de sénologie recherche **SÉNOLOGUE** pour augmenter les plages horaires rens. 0495/51.53.68 ou nagoda@senologie.be
- 09077 **RIXENSART** : **À VENDRE** dans rue calme et pittoresque, à 600 m du centre (magasins, écoles, cinéma, gare), maison de campagne de style anglais, abritée au milieu d'un jardin sauvage de 28 ares. Tél. : 02/653.80.57.
- 09078 **LA LOUVIERE** : important cabinet privé de **PEDIATRIE** (avec maison) à remettre. Contact docteur Lebacq 064/23.90.00.

Table des matières

• L'application du système de formation actuel (<i>Exposé du Prof. Dr J.A. GRUWEZ à l'occasion du séminaire de chirurgie plastique organisé par le Prof. S. de Fontaine ULB Erasme 19.06.09</i>)	1
• Réduction du temps de travail : Quels bénéfices ? Quels problèmes ? (<i>Exposé du Prof. Dr F. Heller à l'occasion du séminaire de chirurgie plastique organisé par le Prof. S. de Fontaine ULB Erasme 19.06.09</i>)	8
• Symposium GBS – Les montants de référence 19.09.2009	12
• Vient de paraître : Nouvelle approche des préjudices corporels – Evolution ! Révolution ? Résolutions...	13
• Le volume d'activité d'un chirurgien ou d'un hôpital peut avoir une influence sur les résultats de chirurgie cardiaque et du cancer (<i>Communiqué de presse du KCE – 13/07/2009</i>)	13
• Nomenclature : article 34 (Prestations interventionnelles percutanées)	14
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	18
• Formation continuée en tabacologie organisée par le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) : Année académique 2009-2010	18
• Réunions scientifiques	18
• Annonces	19

NOUVELLE RUBRIQUE SUR www.gbs-vbs.org

JOBS

Il vous est désormais possible de placer ou de consulter des offres et des demandes d'emploi pour des médecins spécialistes sur le website du GBS. Vos annonces sont directement accessibles à tous les membres du GBS.

Il vous suffit d'envoyer votre texte à l'adresse info@gbs-vbs.org ou par fax au 02/649.26.90 et votre offre/demande d'emploi sera consultable en ligne rapidement. Les annonces restent sur le site durant 2 mois. Au terme de cette période, elles peuvent à nouveau être placées sur le site sur simple demande.

La publication d'une annonce est gratuite pour les membres et les établissements de soins.