
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

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

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 2 / MARS 2014

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

DANS L'ŒIL DU CYCLONE

DISCOURS DU PRESIDENT, LE DR JEAN-LUC DEMEERE¹

La métamorphose du système de santé belge est basée sur trois axes différents, juridiques, financiers et culturels. Elle est lente, incertaine et n'a pas d'objectif précis qui nous permettrait d'imaginer notre pratique dans ce nouveau système qui sera inévitablement appliqué. Cette métamorphose est sournoise et se cache dans les bureaux de lobbyistes, de directeurs d'hôpitaux, du KCE, de politiques et de mutuelles. Elle n'offre pas de transparence. Si elle se greffe sur le système existant, elle s'en écarte dans l'esprit et dans la forme. La solidarité et l'accessibilité aux soins sont les points forts du système actuel. La performance, la qualité et le financement en sont les zones d'ombre. Et après 50 ans d'INAMI peut-on encore réellement parler d'un modèle belge basé sur la concertation et la négociation ?

L'évolution en droit médical modifie liberté thérapeutique. Certes il y a une saine protection juridique. Mais pratiques médicales. Les récents en sont un exemple. Mais prenons pratique médicale. La loi sur les mutuelles à des fins financières. patients sur leur droit à demander le

**Après 50 ans
d'INAMI peut-on
encore réellement
parler d'un modèle
belge basé sur la
concertation et la
négociation ?**

la pratique de la médecine et la les droits du patient qui lui confère le droit se mêle de plus en plus des débats sur l'euthanasie des mineurs des exemples plus concrets pour la droits du patient est utilisée par des Des employés conseillent les dossier médical parce que ces

employés jugent la pratique médicale comme non conforme aux bonnes pratiques. On crée la suspicion sur la compétence des soignants et sur la qualité des soins. On crée un climat peu propice à la concertation et à la recherche de la qualité. Ainsi curieusement, les mutualités chrétiennes, dans le cadre de cette défense de la qualité qui est un droit du patient, confond qualité et nombre d'interventions. On informe la population que seuls deux ou trois centres peuvent encore opérer des cancers de l'œsophage. Une autre évolution en termes de droit est la conversion des guidelines de la profession en obligation de pratique médicale et restriction des soins remboursés. Tout médecin accrédité doit respecter les recommandations du CNPQ². Les conditions de remboursement de certains médicaments sont définies par arrêté ministériel. Lisez les articles de la loi AMI. Pire encore est le standard de bonne pratique belge défini par arrêté comme étant la moyenne des coûts. On appelle cela les montants de référence. On est loin de la liberté thérapeutique. Heureusement diront certains. La qualité est-elle liée à des épargnes budgétaires et des maîtrises de coûts ? La ministre raisonne en euros pendant que les médecins soignent des malades. Le modèle belge est un modèle de négociation et de concertation, mais aujourd'hui il se craquelle de toutes parts. Par publication

¹ A l'occasion de l'assemblée générale du GBS du 08.02.2014

² Conseil National de Promotion de la Qualité

au moniteur belge on interdit des suppléments, en dépit du système de conventionnement et de non-conventionnement. Parlons-nous encore de médecine ou de contraintes administratives parfois si complexes qu'il faut leur associer des règles interprétatives ? La loi AMI et le contrôle médical garantissent la bonne interprétation de la nomenclature et sanctionnent financièrement ou engagent des poursuites en justice, le cas échéant. Le droit se mêle de plus en plus des pratiques médicales. En 2014, on verra l'impact de la 6^{ième} réforme de l'état. Le droit belge doit s'inscrire dans le cadre des directives européennes. La directive européenne sur les soins transfrontaliers a été traduite dans certains textes législatifs comme l'obligation de donner une facture et un devis. Heureusement que les syndicats ont pu repousser temporairement la proposition de texte fortement inspirée par les mutuelles et qui s'écarte de la directive européenne. L'accréditation volontaire des hôpitaux, vivement encouragée par le ministre flamand Vandeurzen et récemment par Madame Thillieux, s'inscrit dans cette nouvelle réalité. La directive sur le temps de travail renforce la loi Colla sur le temps de travail des assistants. Mais à ce jour il n'y a pas de financement avec barème national pour le temps de travail et l'opting-out des médecins spécialistes en formation. Quel est leur statut social? Sont-ils étudiants, indépendants, ou simplement sans statut social? Dommage pour leur pension et les 42 ans de carrière !

Le second axe de la métamorphose est financière. Le plan par étape de la ministre Onkelinx est la première étape d'un nouveau financement des soins de santé. On doit limiter les coûts. La ministre parle de qualité, de transparence et d'efficacité. Toutes les études démontrent que la qualité est en péril lorsque l'on travaille avec un système de financement forfaitaire. L'efficacité tant prônée par Zorgnet Vlaanderen est en fait synonyme de limitation des moyens et des études réalisées, conformément au forfait. La transparence est une transparence financière selon laquelle les DRG seraient tous financés de la même manière. Mais qu'est-ce que les DRG ? Diagnoses related groups. Il s'agit donc de compléter les RCM. Cela patients. Les DRG ne sont pas liés on prête attention au diagnostic résultats thérapeutiques ne sont certains parlent d'une P4P, un performance. Mais on peut alors sera mesuré et financé.

Dans un système où les coûts fixes, tels que l'amortissement des bâtiments et de l'infrastructure et les coûts du personnel, sont irréversibles, on retrouve un seul point faible : la rémunération du médecin

diagnostics et l'on peut s'imaginer meilleurs DRG seront utilisés afin pourrait mener à une sélection des aux résultats. En d'autres termes, mais pas au traitement. Les pas financés. C'est pourquoi financement en fonction de la se demander comment le résultat

On arrive alors au centre du médecins. La ministre Onkelinx a budget des hôpitaux était alimenté par les médecins et seulement 38% par le BMF. Si l'on se dirige vers une rémunération forfaitaire, avec ou sans honoraires médicaux, on devra alors calculer ces 42%. De toute manière, on devra revoir la nomenclature. A moins que l'on rembourse plus de prestations et que l'on rémunère les médecins "forfaitairement" suivant la proposition de l'étude-KCE 178, la célèbre étude du KCE qui ne fait que décrire une méthodologie et ne donne pas de réelle valeur aux différents spécialistes. Mais pourtant les médias et même l'INAMI ont utilisé ces chiffres pour expliquer le fait que les néphrologues gagnent plus que tous les autres médecins. Une nouvelle nomenclature ne doit pas seulement être valable pour les prestations en hôpital mais également pour les mêmes prestations dans le service des soins ambulants et en dehors de l'hôpital. Où se trouve alors le modèle belge basé sur la concertation entre médecins et mutuelles pour déterminer la nomenclature et les remboursements ?

problème : la rémunération des même reconnu que 42% du

La réforme du financement des hôpitaux est une véritable métamorphose qui remet en question tout le système. Dans l'œil du cyclone, on retrouve les honoraires du médecin. On veut faire des économies, mais sur nos revenus. Dans un système où les coûts fixes, tels que l'amortissement des bâtiments et de l'infrastructure et les coûts du personnel, sont irréversibles, on retrouve un seul point faible : la rémunération du médecin. Si l'on opte pour une rémunération forfaitaire, comme le veut la direction des hôpitaux, alors on peut s'attendre à une concurrence sévère entre les hôpitaux. On accepterait que des médecins moins compétents ou étrangers prennent la liberté d'appliquer des tarifs forfaitaires plus bas. Seul avantage : ils peuvent utiliser la RCM – le résultat n'est pas encore repris dans le système. Si les indicateurs de qualité déterminaient une partie du financement, ils deviendraient une priorité. On ne parle plus de soins. On parle de coûts et de rémunérations. Et

malheureusement, le médecin représente un coût important dans un système forfaitaire. Aujourd'hui, le médecin est en effet une source de revenus pour 42% du budget de l'hôpital !

Le troisième axe de cette métamorphose est culturel et sociologique. La relation médecin-malade évolue vers une relation patient-système de soins. La santé n'est pas seulement un bien-être physique. Elle est un bien-être à la fois physique, psychique et social. Le médecin est un des éléments à côté du psychologue, podologue, assistant social et à en croire certaines mutuelles, le coach d'un fitness ou le propriétaire d'un sauna. Le système transforme la relation médecin-malade en relation médecin-système avec des maisons médicales, des consultations multidisciplinaires, des réseaux de santé mentale. La jeune génération des médecins s'inscrit de plus en plus dans ce modèle de système de soins. La médecine libérale est remise en question. On tient de plus en plus compte de la vie de famille et de la culture des loisirs. Cette évolution est inévitable. Elle est culturelle et sociale. Qui dit évolution ne parle pas de révolution. Les jeunes médecins comme les plus âgés restent imprégnés de la relation médecin-malade. Ils parlent toujours de leur patient et non d'un patient. Ils s'inscrivent dans le système mais restent des médecins. Le problème est que le système les considère de plus en plus comme des travailleurs de la santé et non plus comme des médecins. Alors que la responsabilité du diagnostic et du choix thérapeutique leur incombent, curieusement d'autres membres du système, des infirmiers, des directeurs d'hôpitaux, des décideurs politiques, voire les patients se donnent le droit de dicter selon leur jugement ce que les médecins doivent faire. La nouvelle culture est de faire de la médecine sans médecins. Cette nouvelle culture n'est propre à la médecine. Les médias dans leur recherche d'un audimat favorable informent la population de préférence de scandales bien médiatisés et donnent de notre profession une image peu favorable. Une nouveauté thérapeutique a droit à une information dans un journal télévisé. Un accident ou une erreur thérapeutique aura droit en plus à une émission spéciale sur erreurs d'autres professions même attention ou plus elles ! La nouvelle culture est celle C'est bien connu, tout ce qui est sur scientifiquement prouvé. Les appréciations sur certains médecins Certaines appréciations sont moins. Mais pour l'internaute elles

L'année dernière, le GBS a créé un think tank pour proposer des alternatives aux all-in et au plan par étape de la ministre Onkelinx

La métamorphose actuelle n'est pas uniquement juridique ou financière mais également sociale et culturelle. Comment peut-on alors sortir, en tant qu'organisation professionnelle, de l'œil du cyclone ? Tout simplement en continuant à défendre les valeurs de notre métier. Notre "mission statement" nous montre le chemin à suivre. Cela signifie également que le GBS-VBS doit s'attaquer aux trois différentes sources de la métamorphose pour la mener à bon port. Grâce à notre juriste, Fanny Vandamme, et à notre comité de direction, tous les textes de loi sont analysés et critiqués lorsqu'ils sont considérés comme désavantageux pour le médecin ou pour le patient. Grâce à Marc Moens et à d'autres collègues-médecins, les médecins sont défendus dans de nombreuses commissions et à l'INAMI. Grâce à Olivier Lambrechts, notre nouveau collaborateur et économiste spécialisé dans les soins de santé, des propositions sont faites et des alternatives sont proposées pour le financement des spécialistes. L'année dernière, nous avons créé un think tank pour proposer des alternatives aux all-in et au plan par étape de la ministre Onkelinx. Dans la presse médicale, on retrouve différentes interventions des membres du comité de direction et en particulier du Dr. Marc Moens via lesquelles nous informons de notre point de vue. Nous sommes présents et invités en tant qu'orateurs à de nombreuses réunions, GLEM et symposiums. Tout cela ne pourrait pas exister sans le soutien de nos membres que je remercie pour leur loyauté et leur confiance. Tout cela est possible grâce à l'aide de nos collaborateurs : je remercie Delphine, Koen, Raf, Josiane, Loubna, Brigitte et Vincent.

Merci à tous !

Pour conclure, je dirai que 2014 pourra être le cyclone et que les médecins sont dans l'œil du cyclone. La profession évolue. La métamorphose est inévitable. Mais si les médecins sont unis et défendent les valeurs fondamentales de la médecine, alors seulement la profession pourra garder

sa dignité. Nous ne voulons pas d'une profession commerciale où le forfait ou le directeur dicteront notre pratique.

Nous restons des médecins au service des patients.

Merci au GBS, merci à vous tous

Dr J.L. DEMEERE

@

*Vous souhaitez réagir à cet article ? Envoyez-nous un e-mail à info@gbs-vbs.org
Toutes les suggestions sont les bienvenues !*

LES RADIOLOGUES SE REJOUISSENT DE L'ARRIVEE D'APPAREILS D'IRM SUPPLEMENTAIRES

BRUXELLES, le 3 mars 2014 – La Société Belge de Radiologie (SBR) salue la décision de la vice-première ministre et ministre de la Santé publique, Laurette Onkelinx, de prévoir l'installation de 12 appareils d'IRM supplémentaires permettant un radiodiagnostic mieux adapté. Les appareils d'IRM supplémentaires seront prioritairement affectés à des hôpitaux qui ne disposent pas encore de ce type de matériel. La SBR souligne la concertation constructive avec madame Onkelinx ayant permis d'aboutir à cette décision attendue depuis longtemps.

Les radiologues belges se réjouissent du fait que la décision de la ministre Onkelinx permettra d'augmenter le nombre d'appareils d'IRM à partir de 2015. Cette décision a vu le jour après une concertation intense et constructive entre les radiologues, le cabinet de la vice-première ministre et ministre de la Santé publique, Laurette Onkelinx, le SPF Santé publique, les Communautés, l'INAMI et l'agence fédérale de contrôle nucléaire. Cette augmentation est en effet devenue indispensable, compte tenu de la demande croissante d'exams par IRM.

Les appareils d'IRM offrent un diagnostic de haute qualité sans recours à des rayons X. Ils sont d'ailleurs de plus en plus indiqués comme principale méthode diagnostique, selon les [« Recommandations de bon usage de l'imagerie médicale »](#).

« Ces recommandations précisent l'appareil qu'il est préférable d'utiliser pour un examen donné. Grâce au respect des recommandations, le patient bénéficie de l'examen le plus approprié », précise Geert Villeirs, président de la Société Belge de Radiologie.

L'exploitation d'appareils d'IRM est toutefois programmée en Belgique, ce qui veut dire que seuls les hôpitaux bénéficiant d'une licence des pouvoirs publics sont autorisés à utiliser ce type de matériel.

Au total, 109 appareils sont actuellement en service, dont 58 en Flandre, 32 en Wallonie et 19 à Bruxelles. Un nombre qui s'avère nettement insuffisant pour répondre à la demande, contraignant dès lors quantité de médecins à chercher une alternative. Celle-ci est le plus souvent un CT-scan utilisant des rayons X. Contrairement aux IRM, il n'y a pas de programmation pour l'installation d'un CT scanner.

« Par cette décision d'augmenter la programmation des appareils d'IRM, nous misons ensemble sur une modalité diagnostique mieux adaptée en termes de radioprotection pour le patient. La SBR continuera à suivre cette voie à l'avenir. Elle s'inscrit dans notre plan d'action visant à réduire le nombre de demandes inadéquates de CT-scans », ajoute Geert Villeirs.

Par ce nouveau texte, les pouvoirs publics assurent également une répartition géographique équilibrée des appareils d'IRM dans le pays. En effet, les nouveaux appareils seront affectés en priorité aux hôpitaux qui ne disposent pas encore de ce type de matériel.

Cette mesure doit permettre une substitution optimale d'examens CT aux examens IRM. Elle aura en outre pour effet d'organiser l'extension du parc d'IRM d'une manière neutre au niveau du budget : la marge budgétaire que les radiologues créent par le biais de leurs honoraires par la non-exécution d'examens par CT sera en effet affectée au financement des examens par IRM.

Il est à souligner que les radiologues financeront par conséquent eux-mêmes ces appareils d'IRM supplémentaires, au bénéfice d'une accessibilité accrue à cette technique. Ils témoignent ainsi de leur engagement pour une plus grande radioprotection des patients.

**NOMENCLATURE : ARTICLE 17, § 12 – droit de substitution
(radiologie)**

(en vigueur le 01.04.2014)

9 JANVIER 2014 - Arrêté royal modifiant l'article 17, § 12, 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 (MB 06.02.2014 - p. 10711)

Article 1. A l'article 17, § 12, alinéa 1er, 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, modifié en dernier lieu par l'arrête royal du 19 décembre 2012, le 3° est complétée par ce qui suit :

"Sur base de la demande de diagnostic et sur base du contexte clinique, un médecin spécialiste en radiodiagnostic effectue l'examen le plus indiqué.

Le médecin spécialiste en radiodiagnostic peut remplacer un ou plusieurs examens proposés par le prescripteur par un autre examen des articles 17 ou 17bis.

Toute substitution est expliquée dans le protocole.

Lors de la détermination de l'examen le plus indiqué, il est tenu compte des examens pertinents déjà effectués dont on a connaissance;"

**LES NUCLEARISTES SE REJOUISSENT DE L'AUGMENTATION
DU NOMBRE D'APPAREILS PET ET RMN**

La ministre Onkelinx a élaboré un plan qui autorise l'augmentation du nombre de centres PET, passant de 13 à 24 centres. Grâce à l'augmentation du nombre de caméras et à une bonne répartition des centres dans le pays, il sera possible d'offrir de meilleurs soins à tous les patients belges, surtout en ce qui concerne le diagnostic du cancer et le suivi des différents types de traitements du cancer.

L'Union professionnelle belge des Médecins Spécialistes en Médecine Nucléaire et la Société scientifique de Médecine Nucléaire sont satisfaits du protocole d'accord permettant l'augmentation de la capacité d'appareils PET et RMN.

Nous avons longtemps été confrontés à des listes d'attentes particulièrement longues pour les patients qui doivent subir un examen PET. Il s'agit principalement de personnes atteintes d'une tumeur, pour qui cet examen est nécessaire afin de déterminer la meilleure manière de traiter leur tumeur. Certains traitements souvent très urgents ne pouvaient pas être entamés à cause du manque d'appareils de PET dans notre pays. En effet, les examens PET sont au cœur du diagnostic des tumeurs du poumon, des tumeurs de l'intestin et du cancer des ganglions et sont indispensables pour beaucoup d'autres tumeurs. L'avancée scientifique a également démontré qu'un examen PET est souvent nécessaire pour déterminer la durée et le type de chimiothérapie qui doivent être prescrits ainsi que la façon dont la radiothérapie doit être utilisée pour être optimale.

Grâce aux efforts de la ministre Onkelinx et après une longue concertation entre les intéressés (les autorités fédérales, les régions et les communautés, l'INAMI, l'Agence Fédérale de Contrôle

Nucléaire, les gestionnaires d'hôpitaux et les médecins), il existe à présent un accord global permettant l'augmentation du nombre de centres et d'appareils PET et RMN.

Le nombre d'appareils PET agréés passe ainsi de treize à vingt-quatre, ce qui permet d'offrir des examens médicaux adaptés à 86 000 personnes.

Il n'est en effet pas seulement question d'une augmentation du nombre d'appareils mais également d'une augmentation du nombre d'hôpitaux qui sont autorisés à installer une telle caméra. De cette manière, nous arriverons à garantir et à optimiser, via une bonne répartition géographique, l'accès à cette technique pour tous les patients de notre pays. Les universités pourront également réaliser plus de recherches scientifiques et reprendre ainsi le rôle principal qu'ils ont tenu pendant des années sur le plan international dans le domaine du PET.

Cette solution a demandé des efforts de la part de toutes les personnes intéressées, également sur le plan financier, mais la ministre Onkelinx a réussi à réaliser cela sans creuser à long et moyen terme dans le financement de notre système de soins. En ces temps de crise budgétaire, il est nécessaire que chacun soit convaincu de la nécessité de l'augmentation du nombre d'appareils PET.

Le protocole d'accord donne également une impulsion pour renforcer la collaboration entre les radiologues et les médecins nucléaristes, via laquelle on peut éviter les examens superflus ou moins appropriés et offrir les meilleurs soins à nos patients.

TRAITEMENT DES CANCERS RARES CREATION DE GROUPES DE TRAVAIL NON-UNIVERSITAIRES

Le 10 février 2014, le KCE a publié le rapport concernant l'organisation des soins pour adultes avec un cancer rare ou complexe.

Tous les spécialistes se préoccupent que les soins oncologiques soient prodigués à un niveau de qualité élevé où l'expertise disponible, la connaissance scientifique et le travail multidisciplinaire sont utilisés au mieux.

Le GBS s'inquiète également de la manière dont les recommandations du KCE seront implémentées en pratique.

L'étude est en quelque sorte écrite sur mesure pour les centres universitaires, qui monopoliseront le traitement de tous les cancers rares. Aussi en dehors des hôpitaux universitaires de nombreuses disciplines spécialisées sont concernées par la gestion de ces tumeurs. Les spécialistes suivants sont quasi tous les jours confrontés à cette problématique:

- les oncologues médicaux, les endocrinologues, les hématologues, les neurologues, les gastro-entérologues (oncologues), les pneumologues (oncologues), les cardiologues
- les chirurgiens généraux, les chirurgiens abdominaux, les neurochirurgiens, les chirurgiens hépatobiliaires, les médecins ORL, les gynécologues
- les radiologues, les radiothérapeutes, les nucléaristes
- les anatomopathologistes, les biologistes cliniques

Les médecins qui exercent au sein d'un hôpital non-universitaire veulent, par une initiative innovatrice tournée vers l'avenir, formuler une réponse constructive au KCE et au futur ministre des Affaires sociales et de la Santé publique qui doit permettre aux hôpitaux non-universitaires de remplir leur rôle légitime dans les soins oncologiques.

Concrètement, le GBS et l'ABSyM souhaitent créer, pour chacun des cancers "rares" ou "complexes", des groupes de travail oncologiques (limités et très personnalisés). Vu que les collègues universitaires ont déjà pu s'exprimer largement dans le rapport n° 219 du KCE, le GBS et l'ABSyM lancent un appel à leurs membres pour que des experts non-universitaires directement

impliqués mettent en commun leur expérience de terrain afin d'analyser les recommandations formulées par le KCE, de les amender, de les corriger et de proposer des alternatives.

Il est essentiel qu'une dynamique soit très rapidement lancée. Si vous souhaitez collaborer activement à ce projet, veuillez prendre contact avec Mme Fanny Vandamme (fanny@gbs-vbs.org). Le secrétariat s'occupera de réunir les collègues par domaine.

L'intention est de pouvoir proposer, dans un délai maximum de trois à quatre mois, une alternative par discipline ou par cancer "rare", que nous pourrions transmettre au nouveau ministre compétent dès le début de son mandat. Le relevé des différents groupes de travail pour les cancers rares peut également être obtenu auprès du secrétariat.

Si les spécialistes non-universitaires restent les bras croisés, de nombreux services hospitaliers, et même des hôpitaux, devront bientôt fermer leurs portes.

MODIFICATION DE L'ARTICLE 168 DU CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Art.168 : « Lorsqu'un médecin utilise, en dehors des modalités prévues par la loi, les services d'un établissement de soins, les conditions doivent en être fixées dans une convention entre ce praticien et l'établissement de soins, en tenant compte des frais réels. »

LA SURGICAL SAFETY CHECKLIST DE L'OMS PREVIENT LES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

D'après les estimations, environ 15% des patients qui subissent une opération chirurgicale risquent une complication. Cela fait de la chirurgie l'une des plus importantes causes des dommages liés aux soins de santé. Ce qui compte c'est qu'une importante partie d'entre eux pourraient être évités. Le groupe de recherche Sécurité des Patients & Economie de la Santé de l'Université d'Hasselt étudie les effets de l'utilisation de la *surgical safety checklist* en bloc opératoire.

La chirurgie, un sujet complexe

Dans un contexte particulièrement complexe comme la chirurgie, il existe une chance réelle que quelque chose tourne mal. Les complications qui apparaissent pendant ou après une intervention chirurgicale ne sont la plupart du temps pas dues à l'intervention chirurgicale en elle-même mais à d'autres aspects de la procédure. (Anderson et al., 2013; Weerakkody et al., 2013) Ce ne sont donc pas des lacunes dans les connaissances ou compétences de l'équipe chirurgicale qui sont responsables de l'apparition des complications mais bien des lacunes dans le processus de soins. Il est nécessaire de convenir clairement de qui fait quoi et de qui est responsable de quoi afin d'éviter qu'un des prestataires de l'équipe pense par erreur qu'un de ses collègues a déjà réalisé un des actes médicaux à effectuer (Lingard et al., 2004). Il s'agit par exemple du contrôle de l'identité du patient, de l'identification du côté de l'intervention, du décompte des compresses utilisées, etc. Les conséquences de tels incidents aboutissent souvent à des dommages évitables couplés à des frais de santé croissants (Short, Aloia, & Ho, 2013). La sécurité des patients en chirurgie est loin d'être un problème local. On signale des problèmes de ce type partout dans le monde et dans les centres les plus renommés. Le problème est à ce point important qu'en 2007, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé un programme intitulé "safe surgery". La surgical safety checklist en fait partie et se compose de 22 items simples qui doivent être contrôlés par l'équipe chirurgicale "avant l'anesthésie", "avant l'incision" et "à la fin de l'intervention".

La checklist prévient les complications

La nécessité d'utiliser une surgical safety checklist fait encore trop souvent débat dans le secteur. Cela vient du fait que les études réalisées sur les effets de l'utilisation de la surgical safety checklist de l'OMS se sont souvent limitées à des centres ou des interventions spécifiques. C'est pourquoi les

chercheurs de l'Université d'Hasselt (Dr Jochen Bergs, Prof. Dr Dominique Vandijck, Prof. Dr Johan Hellings en Prof. Dr Irina Cleemput) en collaboration avec le Collegium Chirurgicum (Dr Donald Claeys) et les unions professionnelles des anesthésistes (Dr Jean-Luc Demeere) et des infirmiers instrumentistes (Monique Van Hiel) ont étudié les effets de cette procédure d'amélioration de la sécurité des patients sur le nombre de complications et de décès.

Pour cela, ils ont analysé les résultats de toutes les études publiées jusqu'en février 2013. La stratégie de recherche systématique a abouti à 723 études potentiellement utilisables. Après vérification manuelle, 7 études correspondaient aux critères d'inclusion. Le cumul des résultats montre qu'avant l'utilisation de la checklist de l'OMS, des complications se présentaient en moyenne chez 17 patients sur 100. Après l'exécution de la checklist, ce nombre a diminué de moitié, passant ainsi à 8 patients sur 100. L'effet de la surgical safety checklist de l'OMS sur les 6 paramètres de résultats cliniques retenus a été brièvement décrit. Une méta-analyse a pu être réalisée pour trois résultats (à savoir les complications post-opératoires, le taux de mortalité et l'infection des plaies). Celle-ci montre une diminution significative des trois complications susmentionnées.

L'utilisation correcte de la checklist est essentielle

Il existe une forte corrélation entre l'obtention d'une diminution des complications post-opératoires et la compliance aux items de la check-list. Lorsque cette checklist est correctement appliquée, les preuves scientifiques sont évidentes. L'inverse est aussi vrai : plus faible est la compliance aux items, plus réduite est la chance d'arriver à une diminution significative des risques. Si l'exécution de cette liste somme toute simple semble évidente, elle ne l'est apparemment pas dans la pratique (Sparks, Wehbe-Janek, Johnson, Smythe, & Papaconstantinou, 2013). Il est nécessaire d'étudier la manière par laquelle cette checklist "sauveuse de vie" peut être réellement mise en œuvre. Il existe des idées sur la mise en œuvre d'innovations (techniques) et de pratiques « evidence based ». Puisque la surgical safety checklist est principalement orientée vers la promotion de la communication et le travail d'équipe, nous devons la considérer comme une intervention sociale complexe. A ce jour, il n'existe aucune théorie consistante qui décrit les obstacles et les facteurs facilitants dans l'exécution de pareilles interventions dans la pratique. Le groupe de recherche Sécurité des Patients et Economie de la Santé de l'Université d'Hasselt joue ici aussi un rôle pionnier. Un sondage est actuellement réalisé dans les hôpitaux flamands afin de déterminer comment ces facteurs gênants pourraient être surmontés. Le soutien des unions professionnelles concernées est ici aussi bien présent.

Plus d'infos :

Drs Jochen Bergs : 011/26.87.05 et Prof. Dr Dominique Vandijck : 011/26.87.14.

Cette étude entre notamment dans le cadre des initiatives de l'ICURO (couple d'hôpitaux flamands avec des partenaires publics) et du VIP2 ("Projet d'Indicateurs flamands pour les Patients et les Professionnels") qui ont pour objectif de soutenir les hôpitaux à travailler de manière structurée et continue à l'amélioration de la qualité. La liste des références est disponible sur simple demande via info@gbs-vbs.org

DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

AR du 21.02 2014 : modification de l'art. 7 – kinésithérapie (MB 13.03.2014).

Arrêtés royaux du 29 janvier 2014 modifiant les articles 17bis, § 1^{er}, 2., 17quater, § 1^{er}, 2., et 20, § 1^{er}, e) et les articles 17, § 1^{er}, 5^o, et 17ter, A, 5^o, (MB 21.02.2014) par lesquels, dans le cadre des mesures d'économie, la lettre-clé de certaines prestations a été revue. Les nouveaux tarifs, en vigueur à partir du 01.04.2014, sont disponibles sur le site internet du GBS.

Les textes complets peuvent être obtenus sur simple demande au secrétariat (tél. 02/649.21.47, fax 02/649.26.90, e-mail : info@gbs-vbs.org).

NOUVELLES REGLES INTERPRETATIVES

ARTICLE 20, § 2, C (médecine interne)

REGLE INTERPRETATIVE 01 (en vigueur le 01.12.2011) (MB 17.02.2014 – p. 13032)

QUESTION : L'article 20, § 2, C, 5, définit les prestations connexes de l'article 20 pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence. Ces prestations peuvent-elles être aussi attestées par le médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence ?

REPONSE : Oui, ces prestations peuvent aussi être attestées par le médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence.

ARTICLE 29§1 – Orthopédistes

REGLE INTERPRATIVE 34 (en vigueur le 01.02.1993) (MB 24.01.2014 – p. 6670)

QUESTION : Qu'entend-on par « traitement » dans le libellé de la prestation 697071 - 697082 à quelles spécifications doit par conséquent répondre l'orthèse ?

REPONSE : Par cette prestation, on vise l'orthèse où l'articulation de cheville physiologique peut, en fonction du traitement, être libérée, de façon progressive vers une position en flexion, extension ou neutre.

En cas de l'indication 'fracture', l'orthèse doit permettre une décharge partielle pour l'avant-pied, le métatarse ou l'arrière-pied grâce à des adaptations de la semelle intérieure ou l'utilisation d'une gaine pneumatique. Cette décharge doit pouvoir évoluer progressivement vers une charge normale. En outre, l'articulation de la cheville doit pouvoir être immobilisée et elle doit, en fonction de l'évolution du traitement, pouvoir être libérée de manière progressive ou pas mais contrôlée pour pouvoir revenir à une fonction normale de l'articulation dans le délai approprié. Ces adaptations progressives doivent être effectuées au niveau de l'articulation de cheville réglable ou ajustable.

En cas de l'indication 'rupture du tendon d'Achille', l'orthèse doit permettre d'immobiliser le pied par rapport à la jambe dans l'articulation de cheville. L'équinisme doit ensuite pouvoir progressivement être adapté à 90°, sur l'indication du prescripteur, en fonction du processus de guérison du tendon d'Achille. L'adaptation de l'équinisme à 90° est effectuée au niveau de l'articulation de cheville réglable ou ajustable et/ou par l'application d'éléments cunéiformes internes ou externes, qui font partie du concept de base de l'orthèse.

Les orthèses qui ne correspondent pas aux indications et aux spécifications susmentionnées ne peuvent pas être tarifées sous la prestation 697071 - 697082.

REUNION DE CONSENSUS SUR 'L'USAGE RATIONNEL DES HYPOLIPIDIANTS'

Le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments organise une réunion de consensus portant sur « L'usage rationnel des hypolipidémiants » le jeudi 22 mai 2014 à l'Auditorium Lippens de la Bibliothèque Royale, Boulevard de l'Empereur 2, 1000 Bruxelles.

Vous pouvez vous inscrire avant le 1^{er} mai 2014 par e-mail : consensus@inami.fgov.be, ou par lettre : INAMI - Service des soins de santé - Direction Politique pharmaceutique, à l'attention de M. Herman Beyers, avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles.

Vous trouverez le programme sur www.inami.fgov.be > Médicaments et autres fournitures pharmaceutiques > Statistiques et informations scientifiques > Réunions de consensus. La participation est gratuite.

L'accréditation (rubrique "éthique et économie") a été demandée.

**3RD BELUX SYMPOSIUM ON FABRY DISEASE
BELGIAN EXPERIENCE WITH SCREENINGS FOR FABRY DISEASE**

28.03.2014 - Institut de Pathologie et de Génétique (IPG) - avenue Georges Lemaître 25 – 6041 Charleroi (Gosselies).

Topics: Cardiological aspects of Fabry Disease, From Science to Medicine, Reimbursement procedures, Neurological aspects of Fabry disease.

Program: <http://www.ipg.be/fr/Prog2014-03-28.pdf>

Registration : rina.davella@ipg.be / 071/34.78.61 (fax)

Accreditation points have been asked in Ethics and Economy.

LE NOUVEAU SITE WEB DU GBS

Le nouveau site internet du GBS est en ligne depuis le 4 mars 2014. Sa mise en ligne a exigé plus de temps que prévu initialement. Un an pour être plus précis. La société Geolens qui était en charge du maintien de notre ancien website a cependant accepté d'assurer ses services durant cette période supplémentaire. Le GBS veut par ce biais lui remercier pour les services qu'il a fournis.

Le nouveau site utilise une architecture CMS (content management system), ce qui signifie que désormais, le secrétariat du GBS peut mettre à jour des informations sans passer par le support technique, assuré dorénavant par la société Trynisis. Comme certains d'entre vous ont pu le constater, les services internes du GBS envoient maintenant eux-mêmes les messages électroniques destinés aux membres, des e-spécialistes, des versions électroniques du médecin spécialiste, ou de communications spécifiques à l'une de nos unions professionnelles.

Avec le nouveau site le GBS espère pouvoir fournir à ses membres des services en ligne utiles, à jour, et répondant aux standards d'utilisation actuels.

Chaque union professionnelle dispose dorénavant de sa propre page dans l'arborescence du site web du GBS. L'union professionnelle qui le souhaite peut utiliser son mini-site pour mettre en ligne davantage d'informations. Pour l'instant, nous avons repris pour chaque union des informations relatives à la composition statutaire des unions, et aux critères d'agrément des spécialités. Nous pouvons désormais publier en ligne d'autres informations relatives à chaque union professionnelle.

En collaboration avec Trynisis, l'équipe du GBS a repensé la structure de l'information de l'ancien site internet, qui suit désormais une structure arborescente. Le nouveau site internet répond aux standards du responsive web design (HTML 5) ; cela signifie qu'il a été conçu pour optimiser automatiquement l'affichage de l'information quel que soit l'appareil utilisé, ou le type d'écran (ordinateurs de bureau, pc portables, tablettes, ou smartphone). Le contenu du site est entièrement bilingue, cela signifie que vous pouvez passer de la version française à la version néerlandaise par un simple clic, au lieu de revenir à la page d'accueil.

L'adresse du site internet n'a pas changé, c'est toujours www.gbs-vbs.org, la manière de présenter l'information a évolué, et se veut plus structurée. Nous terminons pour l'instant la mise à jour des données.

Nous nous tenons à votre disposition pour vous aider dans l'utilisation de notre site internet ou pour répondre à toutes vos suggestions.

Dans un souci d'amélioration de nos services en ligne, nous lancerons le lundi 24 mars 2014 une enquête de satisfaction relative à notre site. Si vous ne recevez pas encore nos publications électroniques, nous vous invitons à visiter notre site, et à nous donner votre avis.

ANNONCES

- 14027 **BRUXELLES** : Polyclinique Verhaegen, 1060 Bruxelles (Saint-Gilles) cherche plusieurs médecins spécialistes :
- 1) **PEDIATRE** : pas de garde, ni visite, 2 à 3/11^{èmes}.
 - 2) **RADIOLOGUE** : cabinet équipé radio, écho-doppler, mammo. 1 ou 2 ½ jour(s) / semaine.
 - 3) **CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE** : 1 ou 2 ½ jour(s) / semaine.
 - 4) **GASTRO-ENTEROLOGUE (+ endoscopies)** : 1 demi-journée / semaine.
 - 5) **DERMATOLOGUE** : 1 ou 2 ½ jour(s) / semaine.
- pour développer de nouvelles activités :
- 1) **OPHTALMOLOGUE** : cabinet équipé. 1 ou 2 ½ jour(s) / semaine.
 - 2) **RHUMATOLOGUE (EMG)** – 1 ou 2 ½ jour(s) / semaine.
 - 3) **NEUROLOGUE (EEG/PE)**
 - 4) **PNEUMOLOGUE** – expérience en troubles du sommeil - le cabinet sera équipé pour les épreuves fonctionnelles + ergospirométrie. Minimum 2 / 11^{èmes}.
- Contact : 0495/51.18.17.
- 14024 **VERVIERS** : CH PELTZER-LA-TOURELLE recrute un médecin **PSYCHIATRE** pour activité de psychiatrie de liaison et de consultations. Pour tout renseignement, prendre contact avec le Dr Valérie Lannutti, médecin chef de service de psychiatrie au 087 21 28 79 ou 0476 600160.
- 14023 **CHIMAY** : Hôpital de Chimay (CSF) recherche un **MEDECIN NUCLEARISTE** T.P. (examens usuels de la spécialité, consultations en thyroïdologie, avec si possible des compétences en Pet (CT, Scan). Infos : Dr Patrice Driesschaert, médecin.chef@csf.be
- 14022 **Site de JOLIMONT** : l'asbl Centres Hospitaliers de Jolimont recrute des médecins : **ANATOMOPATHOLOGISTE, DERMATOLOGUE, GERIATRE, URGENTISTE, CHIRURGIEN PLASTICIEN, GASTRO-ENTEROLOGUE, REVALIDATEUR**. Contact : Dr Ch. RAVOET, directeur médical (Christophe.RAVOET@entitejolimontoise.be) ou Dr G. DERUE, directrice médicale adjointe (Genevieve.DERUE@entitejolimontoise.be).
- 14021 **CHARLEROI** : La Polyclinique Neutre de Charleroi recherche un(e) dermatologue, neurologue, psychiatre. Contact du lundi au vendredi de 8h à 16h au n° de tél. 071/205 300 ou par e-mail : ffontinoy@mut216.be
- 14020 **BRUXELLES** : C.H.U. Brugmann lance un appel interne/externe pour le recrutement d'un **MEDECIN RESIDENT AU SERVICE D'UROLOGIE (H/F)** – 11/11^e. Introduction des candidatures : Délai : 14/03/2014 - Coordonnées : lettre de motivation et cv à envoyer à gestionmedecins@chu-brugmann.be à l'att. de M. Daniel Désir, Directeur Général Médical (ou CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles). Pour de plus amples informations : <http://www.chu-brugmann.be>
- 14019 **Nord de la France (59)** : cabinet libéral de radiologie situé dans centre médical, accès scanner. A céder pour départ à la retraite prochain. Accompagnement possible. Contact : 32(0)477831602 - benoit.hardy@nextep.be
- 14009 **A VENDRE** : Centre de chirurgie plastique et esthétique et très grosse patientèle (base de données de plus de 15000 patients) situé au carrefour de Bruxelles, du Brabant flamand et du Brabant wallon. La patientèle est donnée à l'acheteur des bâtiments. Pour plus d'informations, envoyer un mail avec vos coordonnées sur plasticsurgeryclinicforsale@gmail.com.
- 14007 **A VENDRE** : Chirurgien retraité vend instruments et livres de chirurgie vasculaire. Tél. 0477/50.27.37.
- 14002 **SECRETAIRE MEDICALE** pensionnée cherche emploi temps plein ou mi-temps dans la région namuroise (ou éventuellement Brabant wallon). Tél. : 0472/91.31.49 ou 081/31.22.81.
- 13110 **A LOUER A UCCLE-CAVELL**, pour toute spécialité à orientation pédiatrique et gynéco-obstétrique, 2 bureaux meublés RDC dans espace de consultations remis à neuf. Location à partir de ½ journée par semaine. 0498/48.35.25 ou sdtempels@gmail.com
- 13108 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : VIVALIA-IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un **MEDECIN SPECIALISTE EN PNEUMOLOGIE** temps plein. Info : simons.robert@ifac.be
- 13107 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : VIVALIA-IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un **MEDECIN SPECIALISTE EN SOINS INTENSIFS-REANIMATION** temps plein. Info : philippe.deleuse@vivalia.be

Table des matières

• ‘Dans l’œil du cyclone’ – discours du président, assemblée générale GBS 2014.....	1
• Les radiologues se réjouissent de l’arrivée d’appareils d’IRM supplémentaires	4
• Nomenclature : art. 17, § 12 – droit de substitution (radiologie).....	5
• Les nucléaristes se réjouissent de l’augmentation du nombre d’appareils PET et RMN.....	5
• Traitement des cancers rares : création de groupes de travail non-universitaires	6
• Modification de l’article 168 du code de déontologie médicale	7
• La Surgical Safety Checklist de l’OMS prévient les complications post-opératoires	7
• Diverses modifications de la nomenclature.....	8
• Réunion de consensus sur ‘l’usage rationnel des hypolipémiants’	9
• 3 rd Belux Symposium on Fabry Disease.....	10
• Le nouveau site web du GBS.....	10
• Annonces	11