Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
des Médecins Spécialistes

Éditeur 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° 1 / JANVIER 2017
Bureau de dépôt : Bruxelles

Le GBS vous souhaite une excellente année 2017 !

À la loupe : note conceptuelle De Block sur les professions de soins de santé

Le 28 septembre 2016, dans un auditoire du Passage 44 archicomble et en présence de représentants du GBS, la Ministre Maggie De Block et ses collaborateurs ont exposé les grandes lignes de la réforme des professions de soins de santé. L'AR 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé bien connu des prestataires de soins, appartiendra bientôt au passé (voir aussi www.ar78.be). De prime abord, un changement aussi radical du système des soins de santé peut susciter quelques craintes. Au cours des dernières décennies, la médecine a connu des évolutions considérables et l'ancien système de soins paternaliste, régulé de manière strictement hiérarchique a atteint ses limites. Il faut aujourd'hui s'adapter aux besoins et aux attentes d'une société connectée. La nécessité d'une réforme est devenue une évidence pour tout le monde. Toutefois, la prudence reste de mise pour éviter de passer d'un extrême à l'autre.

Dans le cadre d'une large consultation publique, chacun a l'opportunité de formuler des remarques. Le GBS saisit cette occasion pour relayer les préoccupations des unions professionnelles de médecins spécialistes à propos de la note conceptuelle. Le GBS formulera des remarques plus circonstanciées dès que les projets de textes concrétisant cette note conceptuelle seront disponibles. Le GBS espère ainsi contribuer en tant que partenaire à part entière à la finalisation des nouveaux concepts.

Le nouveau système des soins de santé reposera sur 3 grands piliers:

1. Le rôle central du patient comme (co)pilote de ses propres soins de santé,
2. … lesquels sont organisés d'une manière multidisciplinaire et intégrée,
3. … par des prestataires de soins compétents qui doivent fournir les garanties de qualité requises.

1. Le rôle central du patient comme (co)pilote de ses propres soins de santé

Le rôle central du patient, introduit dans la loi relative aux droits du patient qui fait de lui le (co)pilote de ses propres soins de santé, est indubitablement un principe de base louable et incontournable dans notre société moderne. Cependant, ce principe n'implique pas seulement des droits pour le patient mais également des devoirs. Pourtant, la note conceptuelle parle peu des devoirs du patient. Cet aspect de la note conceptuelle diffère à peine de la réglementation actuelle. La participation

active du patient au déroulement de son parcours de soins implique cependant qu'il dispose des connaissances nécessaires. Mais dans les faits, on constate souvent que le copilote du patient est le Dr Google. Sans être soumis à aucune règle EBM ni à aucune obligation budgétaire, le Dr Google exauce tous les vœux et souhaits parfois déraisonnables des patients qui consultent ce bon génie.

Dans le texte, les soins s'articulent autour du concept "pilote/copilote" : « le patient dirige, les prestataires de soins sont copilotes et définissent le cap à suivre, tandis que le médecin généraliste de référence veille à la cohérence et à la continuité de l'ensemble ». C'est le pilote (patient) qui dirige (décide). A qui la responsabilité en cas de crash ? Pourquoi les prestataires de soins doivent-ils encore se soucier de règles, directives et bonne pratiques EBM puisque la décision finale revient au patient-pilote qui n'est pas lié par ces règles ?

Faut-il déduire de ce qui précède que l'on évolue vers l'obligation d'une inscription chez un médecin généraliste de référence ? Pourquoi ne pourrait-on pas désigner un médecin-spécialiste comme médecin de référence ?

Il est utopique d'imaginer que tous les patients seront capables de gérer leur santé rationnellement et de prendre les décisions adéquates dans les limites d'une bonne pratique médicale. Le risque que le patient prenne une voie erronée médicalement parlant et de mauvaises décisions est bien réel. Quels seront les recours des prestataires de soins pour s'opposer à des demandes injustifiées des patients? Il faut s'attendre à ce que les prestataires de soins soient de nouveau coincés entre d'une part, les exigences des patients qui auront défini leurs règles « evidence-based » et d'autre part, les véritables règles d'« evidence-based medecine» que tout prestataire de soins se doit d'observer et qui n'auront pas été être intégrées aux pseudo-conseils non filtrés du Dr Google.

Il est utopique d'imaginer que tous les patients seront capables de gérer leur santé rationnellement et de prendre les décisions adéquates dans les limites d'une bonne pratique médicale

La note conceptuelle se base sur un modèle d'un patient sain d'esprit confronté à une maladie. Mais qu'en est-il des patients qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas assumer la cogestion de leurs soins, et plus particulièrement les jeunes patients et les patients âgés ? Et quid des patients en psychiatrie qui constituent une partie non négligeable des patients ? Le gros problème avec ce dernier groupe de patients est justement de leur faire comprendre et accepter qu'ils ont besoin d'aide. Quel rôle de (co)pilote convient-il de donner à un patient atteint de démence?

Les soins de santé doivent être organisés de manière telle que l'autonomie du patient soit garantie. Il faut encourager le patient à continuer à fonctionner de manière indépendante le plus longtemps possible, en promouvant les soins ambulants et à domicile. A cet égard, on oublie que cela n'est possible que si l'encadrement professionnel requis est prévu. On ne peut supposer que cet encadrement puisse être assuré par le cercle familial restreint. Très souvent, la famille ne dispose pas des compétences nécessaires ou cela n'est pas réalisable d'un point de vue organisationnel ou financier. La population est d'ailleurs encouragée à travailler plus et plus longtemps, ce qui rend difficilement conciliable la prise en charge d'une fonction d'aidant proche.

Par rapport au praticien professionnel, le patient a droit à un dossier **électronique** soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr. Grâce à un identifiant, le patient pourra directement consulter son dossier et en assurer lui-même la gestion.

Le droit du patient de consulter directement son dossier médical est un concept facile et simple à comprendre. Mais qu'entend-on par « gestion » ? Que se passe-t-il s'il efface des données importantes ou s'il introduit des données de source douteuse ? Et quelles en seront les conséquences si un mauvais plan de traitement est établi ? La gestion du dossier par le patient-même ne peut

entraîner un alourdissement de la responsabilité du prestataire de soins. Qu'en est-il des patients au profil psychiatrique ? L'accès direct à leur dossier médical pourrait avoir des effets préjudiciables pour ce type de patients.

Malgré ce droit de consultation directe du dossier médical, les règles en matière d'exception thérapeutique restent d'application empêchant le patient de consulter directement ces données médicales. Cette ambiguïté laisse la porte ouverte aux évaluations a posteriori et induit un flou juridique pour le prestataire de soins.

La note conceptuelle indique que le dossier du patient doit notamment contenir un aperçu chronologique des soins administrés. Cette disposition est trop restrictive et ambiguë : l'approche holistique et multidisciplinaire exige que tous les antécédents et les traitements en cours (liste des médicaments!) soient repris dans le dossier. Des problèmes se produisent trop souvent dans les cas de comorbidité ou d'arrêt de la prise de médicaments (ou d'interaction entre médicaments) non enregistrés.

Comme le patient peut directement accéder à son dossier médical, il est recommandé de laisser de côté toute considération subjective. Dans le cadre des soins et du suivi du patient, il est cependant essentiel que le médecin puisse noter des informations émanant de tiers ou d'impressions personnelles que lui seul peut consulter. Faut-il faire marche arrière et qu'en plus du dossier médical officiel du patient, un dossier parallèle (version papier) soit établi par le médecin ?

Le choix du patient dans le cadre de sa relation avec les prestataires de soins est à juste titre respecté. « Une relation thérapeutique avec l'ensemble des praticiens des soins de santé d'une institution de soins n'apparaît que lorsque le patient en a été expressément informé et qu'il a explicitement marqué son accord ». On peut se demander dans quelle mesure le patient est à même de mesurer la portée de son accord. De plus, une responsabilité pèse injustement sur les prestataires de soins qui en fait n'entretiennent aucun contact ni relation thérapeutique avec le patient.

2. …soins organisés d'une manière multidisciplinaire et intégrée

Dans le prolongement d'une participation plus active comme (co)pilote de ses soins de santé, le patient pourra à l'avenir s'adresser directement au prestataire de soins pour les traitements relevant des compétences de base de ce praticien ; en d'autres termes, le patient ne devra plus nécessairement être référé par un médecin.

La gestion du dossier par le patient-même ne peut entraîner un alourdissement de la responsabilité du prestataire de soins

Le fait que le patient puisse s'adresser directement à un non-médecin pour certains soins est une décision politique. Dans ces circonstances le non-médecin doit prendre l'entière responsabilité des soins qu'il dispense. Un ancrage juridique est indispensable pour que, si le non-médecin outrepasse ses compétences ou si en cas de doute, celui-ci ne réfère pas en temps utile le patient, le médecin ne soit jugé co-responsable du dommage ou de la perte d'une chance. Le dommage ou la perte d'une chance doivent être concrètement évalués dans le chef du non-médecin. La possibilité d'accès direct du patient à un non-médecin augmente la responsabilité et l'engagement du non-médecin prestataire de soins. Avant que cette réalité ne se concrétise pleinement, il faudra que le cycle d'études de certaines professions des soins de santé soit adapté, pour minimiser les risques de complications médicolégales.

Par conséquent, les non-médecins prestataires de soins à qui les patients peuvent directement s'adresser, doivent également veiller à une couverture adéquate de leur responsabilité professionnelle. De même, on peut aussi se demander si, à l'instar du Fonds des Accidents Médicaux, un fonds analogue ne devrait pas être créé pour cette catégorie de prestataires de soins.

Il ne suffit pas au non-médecin à qui s'est adressé le patient, d'introduire un rapport de soins directement dans le dossier médical du patient pour faire porter la responsabilité au médecin. L'implication du patient et sa fonction de (co)pilote de ses propres soins génère dans le chef du patient une part de responsabilité.

Le non-médecin prestataire de soins consulté directement par un patient, doit introduire les rapports nécessaires dans le dossier médical électronique du patient. Cette obligation nécessite une association entre le non-médecin et l'établissement (hôpital ou pratique privée) du médecin traitant du patient. Cela présuppose aussi que le non-médecin soit correctement informé par le patient à ce sujet. Il faut rendre possible et encourager les associations multiples. Tant qu'un système performant de télécommunication informatique ne sera pas opérationnel, cette obligation restera lettre morte.

Le non-médecin à qui le patient s'adresse directement a la possibilité de demander des examens ou de renvoyer le patient vers un autre prestataire de soins sous la supervision d'un médecin afin d'éviter que des examens ou soins inutiles ne soient entrepris. Cela implique que le non-médecin, en première instance, télécharge la demande d'un examen dans le dossier du patient. Comme on suppose qu'il est suffisamment compétent pour prescrire un examen, on doit aussi considérer qu'il est compétent pour vérifier qu'un examen similaire n'ait déjà été effectué, ceci afin d'éviter les doubles emplois. Au médecin qui ne traite pas nécessairement le patient, on demande de prendre la responsabilité d'un traitement ou d'un examen sans qu'il n'y ait forcément eu un contact entre le patient et lui. Cette manière d'organiser les soins de santé ne peut conduire qu'à une mauvaise médecine. De plus, comment ce scénario peut-il coexister avec le principe selon lequel, en cas de doute, le non-médecin doit renvoyer le patient vers un médecin ?

L'accès direct à un non-médecin s'oppose diamétralement au principe selon lequel l'élaboration d'un diagnostic et d'un plan de soins reste la prérogative du médecin. À moins qu'un seul dossier médical ne soit constitué, il est impossible au médecin de vérifier dans les faits quels examens ont déjà été effectués et quels plans de soins sont suivis. L'accès direct à un prestataire de soins non-médecin, qui sera institué pour des raisons probables d'économies, a aussi son revers de médaille. La responsabilité et les éventuelles retombées financières de cette décision politique ne peuvent et ne doivent pas être assumées par le médecin.

L'accès direct à un non-médecin s'oppose diamétralement au principe selon lequel l'élaboration d'un diagnostic et d'un plan de soins reste la prérogative du médecin

Il faut souligner que le concept de multidisciplinarité n'est pas défini clairement. La note conceptuelle utilise tantôt le terme de multidisciplinarité, tantôt d'interdisciplinarité. De plus, la prise de décision et la concertation multidisciplinaire ont lieu la plupart du temps à distance du patient. Des ordres permanents dominent la prise en charge, et les collaborateurs se stimulent et se contrôlent justement à ce niveau plutôt que d'impliquer systématiquement le patient. Par ailleurs, il faut noter que réfléchir en général, et plus particulièrement dans un cadre multidisciplinaire, est actuellement peu valorisé. L'approche holistique et la place centrale du patient ont au moins autant d'importance. Il se peut aussi qu'une approche holistique concentre la notion multidisciplinaire dans un seul médecin.

La définition du concept et les conséquences médico-légales de la prescription de groupe sont encore trop vagues pour que l'on puisse en toute connaissance de cause formuler des considérations à ce sujet. Toutefois, il est signalé que la direction l'exécution du plan n'incombe pas nécessairement au médecin. L'autonomie individuelle des différents acteurs intervenants doit être respectée. Cependant, si la responsabilité finale revient au médecin, c'est aussi à lui que revient la position centrale.

3. … par des prestataires de soins compétents qui doivent fournir les garanties de qualité requises

A l'avenir, des **profils précis de profession et des compétences** seront définis par groupe professionnel, ce qui doit permettre d'avoir une vision dynamique de l'exercice de la profession. Cela permettra également de pratiquer une différenciation nette des fonctions au sein d'un même groupe de soins de santé. Il ne suffira plus que le prestataire de soins soit titulaire du bon diplôme, il devra aussi être en mesure de prouver qu'il dispose des compétences requises pour exercer sa profession. Le visa actuel change et devient une « autorisation à pratiquer » (« licence to practice »). Un mécanisme de contrôle sera également mis en place pour vérifier si les prestataires de soins restent suffisamment compétents pour garantir des soins de qualité.

La responsabilité du maintien d'un **portfolio préférentiellement électronique**, incombe à chaque prestataire de soins. L'organisation du portfolio peut être confiée à l'établissement ou une association au sein duquel il est actif. Dans quelle mesure ce portfolio diffère-t-il du dossier individuel que le médecin-chef[1] dans tous les hôpitaux constitue obligatoirement pour chaque médecin actif dans son établissement ?

Outre les éléments qui d'après la note conceptuelle doivent déjà au moins y figurer, le portfolio des médecins non belges doit également contenir les attestations de compétences linguistiques dans au moins une des langues nationales.

On ne sait pas encore au juste quelle plateforme électronique sera utilisée pour la gestion de ce portfolio et ni quelles instances/organes seront habilités ou pas à consulter ces données. Dans quelle mesure ce portfolio ou certaines parties de celui-ci seront ou pas consultables ? Reste aussi à déterminer quelle plateforme pourra consulter quoi dans le portfolio.

Comment prouver que le médecin entretient son niveau de connaissances ? A cet égard, relier le dossier d'accréditation INAMI du médecin au portfolio semble être logiquement indiqué pour éviter les lourdeurs administratives. Néanmoins, jusqu'à ce jour, les médecins ont toujours eu le choix d'intégrer ou pas le système d'accréditation de l'INAMI. Le système d'accréditation confère un label de qualité récompensé par une indemnité financière supplémentaire, principalement pour les prestations intellectuelles. Le taux d'accréditation moyen parmi les médecins-spécialistes est d'environ 65 %. Toutefois, ce n'est pas parce qu'un médecin n'adhère pas au système d'accréditation qu'il ne tient pas ses connaissances à niveau.

Le visa actuel change et devient une « autorisation à pratiquer » (« licence to practice »). Un mécanisme de contrôle sera également mis en place pour vérifier si les prestataires de soins restent suffisamment compétents pour garantir des soins de qualité

Pour qu'un praticien des soins de santé puisse dispenser des soins de qualité, il doit disposer d'un certain nombre de compétences. A ce sujet, il est référé au système canadien des CanMEDS. Il n'est pas aisé de mesurer toutes les compétences et connaissances. Une bonne partie de ces compétences sont subjectives et dépendent beaucoup de la personnalité de chaque prestataire de soins.

Le contrôle du portfolio sera confié à la Chambre de surveillance du Conseil pour la qualité des soins de santé et les médecins inspecteurs du SPF Santé publique. En se basant sur le principe d'égalité, il semble logique que les médecins inspecteurs fournissent aussi la preuve de leurs compétences dans un portfolio.

[1] Art.6 de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987 (M.B. 25.12.1987)

Par ailleurs, tous les praticiens de soins de santé deviennent co-régulateurs de la qualité des soins. Cela sous-entend que chaque praticien de soins de santé peut voir sa responsabilité engagée lorsqu'un autre prestataire de soins sort de son domaine de compétences. Cela est tout à fait inacceptable.

Le comité consultatif du Conseil pour la qualité des soins de santé a aussi pour compétence, en concertation avec le Conseil des professions des soins de santé, d'établir des normes de qualités spécifiques supplémentaires par profession de soins de santé. Sur ce point, il est primordial que les prestataires de soins sur le terrain aient voix au chapitre et contribuent réellement à l'élaboration de ces normes.

La note conceptuelle ne fait jamais référence au droit de la défense. Il est indispensable que les prestataires de soins aient la garantie d'être au moins entendus et qu'ils puissent, le cas échéant, être assistés par un conseiller

La note conceptuelle ne fait jamais référence au droit de la défense. Compte tenu de l'importance des conséquences du retrait du visa et/ou de l'autorisation à pratiquer, il est indispensable que les prestataires de soins aient la garantie d'être au moins entendus et qu'ils puissent, le cas échéant, être assistés par un conseiller. Il faut également mettre au point une procédure d'appel.

L'évaluation des compétences d'un prestataire de soins visant à justifier la poursuite de sa pratique professionnelle couvre un large champ d'action. Quel organe est chargé d'estimer si la qualité des soins dispensés par le praticien est encore suffisante ? À qui cette évaluation est-elle confiée ? À un fonctionnaire-inspecteur de santé ? Sera-t-il assisté dans son évaluation par des représentants du même groupe professionnel que le praticien à évaluer ? S'agit-il d'une tâche qui incombera aux commissions d'agrément/unions professionnelles des disciplines concernées ?

Le portfolio sera en outre utilisé pour l'exécution d'un certain nombre de contrôles, notamment pour vérifier si le médecin exerce sa profession dans les limites de ses compétences et s'il réoriente ses patients à temps. On peut seulement en conclure qu'un lien sera établi vers le profil du prestataire de soins à l'INAMI, mais probablement aussi vers le dossier médical du patient.

Conclusion :

Le GBS propose ses services et le savoir-faire de ses unions professionnelles de médecins spécialistes pour contribuer à la mise en œuvre de ces réformes structurelles fondamentales qui influenceront et encadreront la pratique médicale des futures générations. Il y aura lieu de remédier à un certain nombre de lacunes et de manquements comme par exemple le droit à la défense qui doit être garanti.

Au nom du Comité directeur,

Dr Jean -Luc DEMEERE
Président

Symposium GBS
eSanté : bénédiction ou malédiction ?
04.02.2017

8.30-8.45	Accueil	
8.45-8.55	Introduction	Dr J.-L. DEMEERE, Président GBS
8.55-9.25	eHealth en Belgique : du prestataire de soin au patient	Dr Tom FIERS UZ Gent
9.25-9.50	eHealth: aspects juridiques	Me Stefaan CALLENS Avocat
9.50-10.15	Technologie de la communication dans l'eSanté: évolution déontologique et éthique	Dr J. COLIN Ordre des Médecins
10.15-10.35	Pause-café	
10.35-11.00	De l'intérêt de l'eSanté en Belgique. Etat des lieux et perspectives pour le corps médical	M. T. DUVILLIER, Plate-forme eHealth
11.00-11.20	Comment se protéger contre les risques générés par la digitalisation ? L'apport actuel du secteur des assurances	M. A. VAN VARENBERG
11.20-11.45	La politique médicale actuelle	Dr M. MOENS, GBS et ABSyM
11.45-12.15	Questions et discussion	

<u>Lieu</u>
Bibliothèque Royale de Belgique
Auditorium Lippens
Mont des Arts
Bd. de l'Empereur 4
1000 Bruxelles

<u>Informations et inscriptions</u>
Secrétariat GBS
Loubna Hami
Av. de la Couronne, 20 – 1050 Bruxelles
Tél.: 02/649.21.47 Fax: 02/649.26.90
email: loubna@gbs-vbs.org

SIMULTAANVERTALING

✂ ---

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – ***CLIQUEZ ICI POUR VOUS INSCRIRE EN LIGNE***

N° INAMI : ....
Rue : ....
Nom : ....
Code postal : ....
Prénom : ....
Commune : ....
Spécialité : ....
E-mail: ....

○ Je participerai au symposium du 04.02.2017 et effectue un virement de:

	Avant le 16.01.2017	À partir du 16.01.2017
Membres GBS	55 €	70 €
Non-membres	90 €	105 €
Assistants	10 €	10 €

Sur place 130 €

sur le compte IBAN : BE 53 06 82 09 57 11 53 (BIC: GKCCBEBB) du GBS en mentionnant le nom du participant, le n° INAMI, ainsi que la mention « Symposium: 04.02.2017 »

Datum / Handtekening: ....

Les réformes de Maggie De Block sont-elles nécessaires ou s'agit-il d'une stratégie politique ?

Dr Marc Joris, trésorier de l'Union Professionnelle des Chirurgiens Belges

En matière de santé, les médecins et les institutions hospitalières sont interpellés sur plusieurs fronts. Les sujets les plus marquants sont la réforme du financement et la réorganisation des données médicales.

Concernant la réforme du financement :

Le chantier le plus marquant, car il y en a plusieurs, est la volonté des pouvoirs publics de forfaitiser le financement des séjours hospitaliers en utilisant les groupes de pathologies du RHM (Résumé Hospitalier Minimum) identifiées via les APR-DRG (All Patient Refined Diagnosis Related Groups). Cette pratique existe depuis plus de 30 ans aux Etats-Unis et les effets pervers nous sont bien connus. Il en existe deux principalement qui sont la falsification organisée des données et la sous-consommation des prestations. Actuellement l'enregistrement RHM n'intervient que dans le calcul du prix de journée, mais tous les hôpitaux se sont déjà organisés, en créant des staffs spécifiques, pour choisir les diagnostics les plus appropriés pour obtenir le meilleur remboursement. Concernant la prise en charge des patients, la forfaitisation pousse les hôpitaux à économiser les traitements au détriment de la qualité des soins.

Il est étonnant de vouloir progresser en faisant un bon de 30 ans en arrière !

Ce n'est pas tout, car lorsque la forfaitisation est appliquée, il n'est que difficilement possible de maintenir un enregistrement des prestations et cela signifie que l'on perd définitivement la description des traitements appliqués. En pratique, les promoteurs de la réforme envisagent de maintenir l'encodage des prestations pendant la mise en œuvre des forfaits pour éviter l'effet indésirable.

Cela signifie que la « simplification administrative » évoquée est un leurre !

Concernant l'implication des acteurs de terrain dans la réforme, on nage dans l'hypocrisie la plus sournoise. Les grandes lignes du projet ont été tracées conjointement par le cabinet de la Ministre, le SPF Santé publique, le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) et l'INAMI, sans concertation réelle avec les associations professionnelles et les universités. Deux études spécifiques ont été confiées à des groupes de recherche autonomes de la KUL, d'une part, et l'Ecole de Santé Publique de l'ULB, d'autre part, pour récolter des données spécifiques sur la stratégie de la forfaitisation. Parallèlement, des groupes d'experts ont été réunis, dans la précipitation, paritairement entre les universités et la profession, pour valider « cliniquement » les APG-DRG déjà classés dans 3 « clusters » différents qui sont les « Soins à basse variabilité », les « Soins à moyenne variabilité » et les « Soins à haute variabilité ». On demande aux experts de se prononcer uniquement sur les « Soins à basse variabilité » qui représentent environ 25% du financement des hôpitaux, en avouant qu'il n'y a encore aucune méthodologie précise pour les 75 autres % de ce financement. En fait, la « clustérisation » du financement ne repose sur aucune base scientifique, car dans l'idée d'un forfait déterminé empiriquement sur des montants historiques, les détails n'ont aucune importance car ils sont gommés par le nombre statistiquement important des séjours concernés. L'effet recherché est clairement de pouvoir faire état d'une participation des acteurs de terrain à la réforme du financement, sans leur avoir vraiment demandé leur avis sur l'ensemble du processus. Par ailleurs, l'approche du forfait va créer de multiples situations conflictuelles au sein des hôpitaux, à cause du partage de l'enveloppe financière entre le gestionnaire et les différentes spécialités et corps de métiers.

En fait, la « clustérisation » du financement ne repose sur aucune base scientifique

Cette situation est diabolique !

Si l'on ajoute encore aux conflits du partage, la nécessité d'alourdir le contrôle de l'encodage du RHM et de maintenir l'enregistrement détaillé des prestations, on aura une image réelle du stress qui sera généré au sein des institutions hospitalières.

Il y avait pourtant moyen de trouver d'autres approches pour maitriser l'enveloppe financière, tout en maintenant la qualité des soins qui est remarquable dans notre pays. Il y a notamment la réforme de la nomenclature, qui pourrait être plus pratique et plus explicite. Cela fait 15 ans qu'il existe à cet effet une commission à l'INAMI qui n'a jamais commencé ses travaux. Il y a la possibilité de créer un équivalent des séjours justifiés, pour des prestations justifiées, s'appuyant sur la « médecine factuelle ». Il y avait également la possibilité d'appliquer des « rattrapages » négatifs, sur l'enveloppe des prestations, comme on le fait sur le financement des séjours, si c'est vraiment nécessaire, mais toucher aux fondations de notre organisation hospitalière, en montrant les cliniciens du doigt, est une pratique totalement inappropriée.

Concernant la réorganisation des données médicales :

A ce niveau, on nage en plein délire !

Sous prétexte de permettre au patient d'accéder en ligne à son dossier médical avec son téléphone portable ou sa tablette (voir www.ar78.be), les pouvoirs publics ont mis en route un rouleau compresseur destiné à écraser toutes les règles du respect de la vie privée et de la subtilité du colloque singulier entre l'équipe soignante, au grand complet, et le patient. La volonté déclarée de mettre le patient au centre du problème se résume plus à en faire un numéro, je dirais même un « numéro encrypté ».

Depuis des années, des acteurs hospitaliers ont développé progressivement et volontairement des « réseaux de santé » (voir https://www.reseausantewallon.be notamment), entre les institutions hospitalières, qui permettent de partager les données au bénéfice des patients. Cette facilité s'est progressivement étendue aux médecins généralistes qui sont actuellement majoritairement « connectés ».

L'idée de la Ministre est de permettre au patient de se connecter, non pas via les réseaux existants, mais bien via un portail géré par ehealth (voir www.ehealth.fgov.be), organisation destinée, au départ, à fournir des services techniques de base. La plate-forme ehealth, qui ne peut actuellement pas stocker de données médicales, veut désormais devenir un passage obligé lorsque le patient se connecte. Ce portail s'interposerait comme un intermédiaire pour apporter des conseils au patient, sans l'intervention des praticiens. La plate-forme ehealth sera techniquement en mesure de dérouter les données vers d'autres serveurs, après avoir convaincu le patient d'appuyer sur le bon bouton, dans son intérêt bien sûr. Pour arriver à ce résultat, il faut nécessairement faire abstraction de tous les protocoles d'accord qui ont été négociés pendant ces 15 ans dernières années entre les différents intervenants.

La volonté déclarée de mettre le patient au centre du problème se résume plus à en faire un numéro, je dirais même un « numéro encrypté »

Par ailleurs, l'Etat est en voie d'organiser la concentration de données sensibles, au niveau de la plate-forme healthdata.be, à des fins de recherche. On y trouve entre autres les données relatives au statut HIV, à la toxicomanie, aux comportements ayant occasionnés des maladies sexuellement transmissibles, etc… Pour faire croire au peuple que les données médicales seront protégées, le pouvoir public a mis en place un processus de « pseudonymisation » du dossier en utilisant une clef d'encryptage. Dans le projet actuel, aucun organisme tiers indépendant n'est prévu pour la

corrélation entre la clef d'encryptage et l'identité du patient, de sorte qu'il n'existe aucune garantie du respect de la vie privée.

Maintenant que la stratégie adoptée pour obtenir l'accord des professionnels de la santé est bien rôdée, il suffit d'organiser les réunions de décisions, dans un agenda assez serré, en milieu de journée à Bruxelles, pour avancer dans les projets, sans réelle opposition. C'est assez surréaliste quand on pense que nous sommes à l'ère de la télématique et que ces réunions pourraient avoir lieu en téléconférence, sans devoir perdre une journée entière dans les embouteillages !

Cette stratégie de monopole est très périlleuse, car elle piétine complètement les initiatives des acteurs de terrain pour faire évoluer la médecine au chevet des patients.

Ce qui se passe au niveau des dossiers des médecins généralistes est très inquiétant, car la législation est en voie d'imposer l'utilisation d'un dossier informatisé, au risque de ne plus obtenir de remboursement des prestations, alors que la société Corilus récupère progressivement les licences de toutes les applications informatiques, au point de détenir actuellement 66% du marché. A côté de cela, le pouvoir public a déjà averti qu'il comptait récupérer les données médicales, chez le généraliste, directement via l'application et via un « cloud » qui sera implémenté par le fournisseur.

Vive l'indépendance !

Voici un aperçu de la politique qui se développe actuellement, dans laquelle la notion de profession libérale prend un goût amer et rappelle que pour certains de nos dirigeants, la « raison d'état » semble correspondre à une réalité !

Marc Joris

Réunion de consensus « L'usage rationnel des médicaments dans le traitement de fond de la BPCO et l'asthme » – composition du jury

On a demandé aux organisations de médecins de déléguer six médecins (trois spécialistes et trois généralistes) pour siéger au jury de la réunion de consensus, «L'usage rationnel des médicaments dans le traitement de fond de la BPCO et l'asthme de l'adulte », qui se tiendra le jeudi 11 mai 2017 à l'Auditorium Lippens (Bibliothèque royale) à Bruxelles.
Si vous souhaitez soumettre votre candidature ou obtenir davantage d'informations, merci de bien vouloir prendre contact avec le GBS dans les plus brefs délais (Avenue de la couronne 20, 1050 Bruxelles – info@gbs-vbs.org).

Appel à candidature IPhEB

Pendant des années, le Professeur Francis HELLER a représenté le GBS à l'IPhEB (Institut pharmaco-épidémiologique belge), asbl, cogérée par des représentants de médecins et de pharmaciens qui a pour objectif de contribuer à l'interprétation épidémiologique des données relatives aux médicaments. Aujourd'hui, le Prof Heller souhaite passer le flambeau à ses jeunes collègues. Le comité directeur du GBS remercie le Prof HELLER pour ses années d'engagement. Les personnes intéressées par sa succession peuvent envoyer leur candidature à info@gbs-vbs.org

Journée d'étude de l'APSAR – '*Anaesthesia: a new profession? Are we trained for the future tasks?*' – 28.01.2017

1ère partie
modérateurs : S. Carlier, L. Van Obbergh

08.30-08.45	Accueil	
08.45-09.00	Anaesthesia: a new profession? Are we trained for the future tasks?	**Dr J.-L. Demeere**
09.00-09.20	Een visie op de toekomst van de anesthesie	**Pr M. Van de Velde**
09.20-09.40	Les titres professionnels des médecins	**Dr P. Waterbley**
09.40-10.00	De criteria voor de opleiding anesthesie	**Dr D. Himpe**
10.00-10.15	Discussion	
10.15-10.30	Pause	

2ème partie
modérateurs : E. Deflandre, P. Wouters

10.30-10.45	La place de l'anesthésie en soins intensifs	**Pr P. Coriat**
10.45-11.00	De enquête over de anesthesie en intensieve zorgen	**Dr E. Slock - Dr J.P. Mulier**
11.00-11.20	The tasks and role of an anaesthetist in medical emergencies in the hospital	**Dr J.-C. Schewe**
11.20-11.40	De visie van de UEMS	**Dr R. Heylen**
11.40-12.00	Anesthésiste-intensiviste, un nouveau titre professionnel	**Dr J.-L. Demeere**
12.00-12.30	Table ronde sur le titre d'anesthésiste-intensiviste	
12.30	Assemblée générale	

LUNCH

3ème partie
modérateurs : J. Jaucot, E. Slock

14.00-14.30	Qualité en anesthésie	**Pr L. Van Obbergh**
14.30-15.00	The Blackbox	**Pr G.J. Scheffer**
15.00-15.30	De gerechtelijke gevolgen van kwaliteit en blackbox	**Me F. Dewallens**
15.30-16.00	Task force de la ministre De Block et financement par la qualité	**Dr P. Devos**
16.00-16.30	Le financement de l'anesthésie et les forfaits	**Dr G. Bejjani**
16.30-17.00	Débat	

Lieu
Diamant Brussels Conference & Business Centre
Boulevard August Reyers 80
1030 Bruxelles

Organisation
Dr Jean-Luc Demeere - APSAR-BSAR
Avenue de la Couronne 20
tél. : 02/6492147 – fax : 02/6492690
@ loubna@gbs-vbs.org

Accréditation demandée en Éthique et Économie

✂ ----------

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – *INSCRIPTION EN LIGNE : CLIQUEZ ICI*

(à renvoyer à : GBS, Symposium APSAR, Av. de la Couronne 20, 1050 Bxl – fax 02/649 26 90 – loubna@gbs-vbs.org)

Nom : ....
Rue : ..... ***N°*** .....
Code postal : ..... ***Lieu :*** .....
N° INAMI : ..... ***Courriel :*** .....
Membre A.P.S.A.R. : ○ oui ○ non
Médecin en formation : ○ oui ○ non

○ Je participerai au symposium du 28.01.2017 et effectue un virement de :

	Avant le 14.01.2017	Á partir du 14.01.2017
Membres APSAR	90 €	130 €
Non-membres	120 €	160 €
Assistants	15 €*	15 €*

* Comprend l'affiliation à l'APSAR 2017

Sur place : ○ 180 € (APSAR) ○ 210 € (non-membre)

à verser sur le compte bancaire de l'A.P.S.A.R n° BE88 4373 15 095141
avec en communication vos NOM, PRÉNOM et N° INAMI

Union professionnelle belge des Médecins Spécialistes en SOINS INTENSIFS
Assemblée générale et symposium 16.02.2017

19.30 h	**M. Vander Laenen** *Présidente UPBSI*	Introduction
19.40 h	**D. Neuberg** *Trésorier*	Assemblée Générale – aperçu financier
20.00 h	**C. Lemmens** *Antwerp Health Law and Ethics Chair* *Avocat Dewallens & partners*	Le consentement éclairé aux soins intensifs et chez les patients incapables d'exprimer leur volonté
20.30 h	**L. Cardon** *Fonds pour les Accidents Médicaux*	Quels sont les critères du consentement éclairé?
21.00 h	**L. Wostyn** *Conseil National de l'Ordre des Médecins*	Aspects déontologiques du consentement éclairé
21.30 h	Questions et discussion	
22.00 h	**J. Verbeke** *Union professionnelle SI*	Informations récentes pour l'intensiviste
22.15 h	Réception	

Gosset Hotel, A. Gossetlaan 52, 1702 Groot-Bijgaarden

Inscription gratuite - L'accréditation a été demandée

✂ ----------

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – ENREGISTREMENT EN LIGNE : CLIQUEZ ICI

(à renvoyer à : GBS, Symp. IZ-SI, Av. de la Couronne 20, 1050 Bxl – fax 02/649 26 90 – loubna@gbs-vbs.org)

Nom : ..... ***Prénom :*** .....
Rue : ..... ***N°*** .....
Code postal : ..... ***Lieu :*** .....
N° INAMI : ..... ***Courriel :*** .....

Je participerai au symposium du 16.02.2017

Union professionnelle belge des Médecins Spécialistes en MÉDECINE NUCLÉAIRE
Assemblée générale & symposium 21.02.2017

20.10 u	**B. Dehaes** *Conseiller*	Adaptations de la législation et de la nomenclature de la médecine nucléaire en 2016. Impact sur la bonne pratique médicale et la protection contre les rayonnements
20.35 u	**G. Moulin-Romsee** *Président*	Fonctionnement de la commission d'agrément et quota formation : limitation nécessaire pour lutter contre la pléthore ?
21.00 u	**B. Dehaes** *Conseiller*	Évolution des dépenses de la médecine nucléaire et propositions pour maîtriser le budget dans le cadre de la bonne pratique médicale e
21.25 u	**K. Spaepen** *Secrétaire*	Maîtrise budgétaire : campagne d'information nécessaire pour un bon usage de la nomenclature?
21.50 u	**D. François** *Trésorier*	Discussion et consultation des membres concernant l'évaluation du fonctionnement de l'union professionnelle, les problèmes en cours et les futures démarches relatives à la nomenclature

Fenikshof, Abdijstraat 20, 1850 Grimbergen

Inscription gratuite - L'accréditation a été demandée

✂ ----------

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – ENREGISTREMENT EN LIGNE : CLIQUEZ ICI

(à renvoyer à : GBS, Symp. MN-NG, Av. de la Couronne 20, 1050 Bxl – fax 02/649 26 90 – loubna@gbs-vbs.org)

Nom : ..... ***Prénom :*** .....
Rue : ..... ***N°*** .....
Code postal : ..... ***Lieu :*** .....
N° INAMI : ..... ***Courriel :*** .....

Je participerai au symposium du 21.02.2017

Table des matières

- À la loupe : note conceptuelle De Block sur les professions de soins de santé 1
- Symposium GBS: eSanté : bénédiction ou malédiction ? – 04.02.2017 7
- Les réformes de Maggie De Block sont-elles nécessaires ou s'agit-il d'une stratégie politique ? – M. Joris 8
- Réunion de consensus : l'usage rationnel des médicaments dans le traitement de fond de la BPCO et l'asthme 10
- Appel à candidature IPhEB 10
- Journée d'étude de l'APSAR – Anaesthesia: a new profession? Are we trained for the future tasks? – 28.01.2017 11