Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Neurologie
Belgische Beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de Neurologie

Erkende beroepsvereniging - Union professionnelle reconnue

VBS • Kroonlaan 20 • 1050 Brussel – GBS • avenue de la Couronne 20 • 1050 Bruxelles
@ info@vbs-gbs.org ☏ 02/649.21.47 🖷 02/649.26.90

VBS-GBS

Rapport annuel 2016

Le comité directeur de l'UPBN s'est réuni le 3 mars, le 30 juin et le 6 octobre 2016. L'assemblée générale suivie d'une réunion du comité directeur s'est tenue le 26 avril 2016.

1. Commission d'agrément neurologie : Malgré la pression des universitaires, la commission d'agrément maintient encore la norme juridique de minimum 1/3 de formation en centre non universitaire.

2. Nomenclature: L'accord médicomut 2015 (MB 27.01.2015) avait annoncé une augmentation des consultations en neurologie pour un total de 1,6 million d'euros. Le texte juridique proposé augmente N20 et le porte à N21 et les consultations en neurologie pédiatrique passent à N25. Cependant, ce texte avait été bloqué par l'inspecteur des finances parce que l'économie d'1% sur les actes techniques des médecins non accrédités du même accord n'avait pas été réalisée. Grâce à nos efforts persévérants et à notre suivi à différents niveaux, le texte a finalement été débloqué et publié au Moniteur belge du 30 novembre 2016. Ainsi, en 8 ans, les honoraires de consultation sont passés de 35 à 56 euros.

3. Plan d'action « neurologie en détresse » **(annexe)**: À la suite d'un article sur le burn-out chez les neurologues paru dans le Journal du Médecin, le moment était venu d'envoyer le plan d'action « neurologie en détresse » à différents membres du cabinet De Block, aux mutualités, à Zorgnet-Icuro et à l'INAMI. Le plan a débouché sur de nombreux échanges d'e-mails et des entretiens avec Zornet-Icuro le 6 juillet, le directeur général de l'INAMI Jo De Cock le 30 août et enfin le Collège Intermutualiste National (CIN) le 9 septembre sous la houlette de Rob van den Oever. Ces entretiens ont été intenses, ils nous ont permis de nous exprimer clairement et d'aborder tous les points sensibles. Il va sans dire que les réponses ne sont pas immédiates. À la demande de Jo De Cock, une proposition d'étude au KCE a été introduite pour étudier

les modèles réalisables de soins neurologiques à l'étranger mais la proposition n'a pas été retenue.

4. Étude Pirson-Leclerq (groupe de recherche de l'ULB) : Le cabinet De Block a confié à l'ULB la mission de mener une étude médico-économique qui s'inscrit dans une tentative de révision de la nomenclature. L'UPBN a apporté sa contribution et a participé aux réunions consacrées à l'étalonnage et à la validation. Toutefois, il est seulement question des patients pris en charge, des prestations techniques et la révision aurait lieu dans le cadre d'un « budget fermé par discipline ». Nous avons fait remarquer que cela n'en vaut pas la peine étant donné que la neurologie concerne plus les patients ambulatoires que ceux qui sont pris en charge, qu'il y a bien plus d'actes intellectuels que techniques et qu'une grande partie du travail consiste en consultations des autres patients pris en charge, mais nos remarques ont été négligées. Contribuer à une révision de la nomenclature au sein d'un « budget fermé par discipline », en d'autres termes dans une réalité historiquement détournée, est tout aussi incorrect.

5. Soins de l'AVC: Via la commission d'agrément, on milite pour que la formation neurointerventionnelle soit aussi accessible aux neurologues. Le Conseil Technique Médical (CTM) exerce un lobby pour qu'il y ait non seulement une indemnisation pour le radiologue interventionnel mais aussi pour le neurologue en cas de trombo-extraction. Au cabinet De Block, on insiste pour publier au plus tôt la programmation prévue afin de mettre un terme à cette compétition malsaine.

L Vanopdenbosch, secrétaire. Février 2017.

Annexe: plan d'action « la neurologie en détresse »

Belgische Beroepsvereniging der Geneesheren-Specialisten in de Neurologie
Union Professionnelle Belge des Médecins-Spécialistes en Neurologie

Plan d'action « Neurologie en détresse » : la profession de neurologue est devenue une profession en pénurie

En novembre 2014 l'UPBN avait tiré la sonnette d'alarme dans le Journal du Médecin pour souligner que la neurologie en Belgique était en sous-effectif et qu'il était urgent de la rendre plus attractive. En mai 2015, outre les gériatres, les pédiatres et les médecins urgentistes, le VDAB (Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding) avait ajouté les neurologues à sa liste des professions en pénurie. Les causes de cette désaffection sont multiples : la centralisation démotivante de la pathologie, la charge administrative, l'alourdissement des services de gardes pour le traitement de l'accident vasculaire cérébral (AVC) aigu, l'augmentation de la charge de travail due à une complexité accrue de la pathologie et des traitement thérapeutiques de la sclérose en plaques et de la démence (entre autres), le vieillissement de la population, l'inégalité accrue entre les médecins spécialistes et le manque de contrôle de qualité de la formation. En outre, on constate une forte féminisation de la profession qui induit des activités à temps partiel plus fréquentes, et le départ à la pension de toute une génération de neurologues.

Nous proposons les points d'action suivants pour faire face à ces difficultés :

1. *Révision de la nomenclature, une nécessité dans les propositions de réorganisation du financement des soins de santé hospitaliers tels que décrits dans l'accord de gouvernement. L'écart entre les actes techniques et intellectuels qui s'est considérablement creusé au cours des vingt dernières années doit disparaître. Il est tout aussi inacceptable d'affirmer qu'un chirurgien doit être mieux rémunéré qu'un neurologue, que d'affirmer qu'un professeur de mathématiques doit être mieux rémunéré qu'un professeur d'histoire. Des accords de prix sont conclus entre les médecins et l'INAMI, qui utilise des fonds publics. Les grandes différences créées entre les disciplines peuvent être comparées à une entente partisane qui lèse une partie des médecins. La nomenclature doit donc être adaptée de manière à tenir compte du niveau de formation et des exigences de formation continue, de la charge morale et psychologique du médecin, du besoin de disponibilité en dehors des heures de service, de la lourdeur de la pathologie et des conséquences des décisions, plutôt que de continuer à s'appuyer sur une situation historiquement déséquilibrée.*

2. *Il est plus judicieux d'organiser des réseaux que de monopoliser la pathologie. Il existe une tendance à la centralisation, notamment dans le cas de la sclérose en plaques, du Parkinson, de la PIDC et des tumeurs du cerveau. Cela est extrêmement démotivant pour le neurologue qui s'est donné corps et âme pour soigner ces patients, qui s'entend dire que les soins devraient plutôt être dispensés par un autre médecin. L'organisation récente dans de grands réseaux du traitement de l'ACV avec un financement du réseau plutôt qu'un financement à l'acte ou par pathologie, nous semble représenter un bon incitant à une collaboration accrue entre prestataires. Dans cette optique, les critères de qualité sont essentiels. Ni les critères de quantité ni les critères de lieux, tels qu'ils sont proposés dans la politique de centralisation, ne sont fondés et nous semblent même plutôt nuisibles. Le traitement personnalisé, orienté vers le patient et la compliance thérapeutique ne s'améliorent pas par des économies d'échelle. Nous demandons une politique de santé qui soit centrée sur les soins au patient et non sur des appareils coûteux ou des traitements onéreux. Les arguments scientifiques et les avis consensuels des neurologues praticiens doivent constituer le socle de cette politique de santé. Tenter de maîtriser le budget en compliquant administrativement ou physiquement l'accès du patient à un traitement ou à des soins est inacceptable. Établir des normes qui définissent où un patient peut être soigné n'est pas synonyme de maîtrise des coûts ni d'économies, mais établir des normes visant à éviter des examens inutiles, des interventions superflues et de traitements présentant une trop faible chance d'efficacité le sont eux bel et bien. En outre, la stimulation d'une collaboration multidisciplinaire dans le cadre d'un réseau est tout à fait abordable financièrement.*

3. *La formation doit être analysée de manière critique. Il faut rédiger une liste des exigences en connaissances et savoir-faire essentiels, établir une feuille de route définissant des périodes successives d'acquisition de matières bien délimitées puis de contrôle de leur assimilation, prêter attention à la fois aux pathologies fréquentes et rares, à la science et à la réalité du terrain, au contrôle de la symptomatologie et des soins palliatifs, à l'éthique et aux aspects légaux, ainsi qu'à la connaissance des soins de santé et de la pratique. Le meilleur moyen de surveiller la qualité des soins est de bien surveiller la formation de neurologue en se basant sur des critères de qualité et sous la surveillance de la Santé publique. Il est infiniment plus efficace de former d'emblée correctement un médecin que de tenter de supprimer a posteriori des mauvaises habitudes par des règles administratives. Les universités et les maîtres de stages non universitaires ont une grande responsabilité en la matière; on y prête actuellement trop peu d'attention. Il convient de négocier des quotas pour le nombre de lieux de stage et le nombre de neurologues à former à travers des réseaux de collaboration entre services de neurologie. Ces quotas doivent correspondre aux besoins réels en neurologues et sous-spécialistes dans le cadre d'un ensemble de mesures visant à la création de réseaux et de l'insertion de personnel infirmier spécialisé. Le tutorat est actuellement négligé. Il existe cependant de manière informelle. Les jeunes sont fréquemment attirés par de bons contacts, le plus souvent créés au cours des stages. Les stages devraient de préférence se dérouler dans des services non universitaires.*

4. *La simplification administrative avec uniformisation, numérisation et « single entry » des documents administratifs, tels que les demandes d'allocation handicap, les incapacités de travail, les accidents du travail, les demandes de remboursement de médicaments, ou encore de remboursement de fauteuils roulants. Nous plaidons pour une suppression du Collège des médecins pour les médicaments orphelins au profit d'un renforcement honnête et bien ficelé de la procédure actuelle de demande de remboursement via les mutualités. Nous plaidons pour une interaction plus directe entre la Commission de remboursement des médicaments de l'INAMI et le médecin praticien, dans le but d'améliorer l'accessibilité au médicament adéquat pour le patient et de mettre en place une procédure administrative pratique de remboursement. Les études du burn-out ont montré à plusieurs reprises qu'une charge administrative trop élevée en constituait l'une des causes. Les enregistrements fastidieux, les liens interminables etc. soulèvent des questions quant à leur utilité et ont un effet déshumanisant. La neurologie affiche malheureusement de hauts scores dans les investigations sur le burn-out.*

5. *Analyse et initiatives visant à revaloriser le neurologue général dans les centres plus petits (relance) et les rendre suffisamment attrayants. La neurologie générale décentralisée reste essentielle dans un schéma de super spécialisation, de centralisation et de réseaux. Le facteur temps critique d'une thrombolyse bien implémentée chez le patient atteint d'un AVC demande la proximité d'un service d'urgences et un neurologue pouvant établir le diagnostic et l'indication de traitement. La thrombo-extraction via cathétérisation est en revanche l'exemple par excellence d'une technologie qui doit être centralisée/concentrée. Dans le cadre des discussions relatives au traitement des pathologies rares et de l'usage d'une technologie onéreuse, il faut toujours que quelqu'un établisse un diagnostic avant de référer et de centraliser. En outre, le neurologue permet d'économiser de l'argent étant donné qu'il prescrit des examens tels que l'imagerie en se basant sur ce qu'il peut localiser par une anamnèse et un examen clinique, anatomique et physiopathologique. Lorsque qu'un centre se retrouve sans neurologue, les patients subissent de nombreux scanners et l'on s'attend à retrouver un diagnostic dans les protocoles. Afin de continuer à attirer des neurologues généraux (non super spécialisés) dans des institutions décentralisées, outre les points décrits plus haut, il convient de rationaliser et de professionnaliser le système de gardes. La présence de 12 neurologues de garde chaque nuit en Flandre occidentale n'est pas réaliste. Trois devraient pouvoir suffire. Mais pour ce faire, le service de garde doit être dissocié du flux entrant des patients dans un hôpital. Cela ne doit pas être difficile : les garderies postscolaires ne proposent tout de même pas d'enseignement ? Le service de garde lourd est souvent cité comme argument déterminant pour expliquer que des hôpitaux les plus petits (avec un ou deux neurologues) risquent de se retrouver sans neurologue, non sans conséquences sur l'agrément de leur fonction d'urgences, leur fonction de soins intensifs, etc.*

Nous souhaiterions poursuivre les discussions sur ces cinq points d'action.