
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes
Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org
Bureau de dépôt : Bruxelles 5
ISSN 0770-8181 - MENSUEL
N° SPECIAL
MAI 2007



**UNION PROFESSIONNELLE BELGE
DES MEDECINS SPECIALISTES EN GERIATRIE**

NEWSLETTER GERIATRIE

**BROCHURE D'INFORMATION DETAILLEE
SUR LES DEVELOPPEMENTS RECENTS EN GERIATRIE :
MERCI DE ME LIRE ATTENTIVEMENT
ET DE ME CONSERVER PRECIEUSEMENT !**

Sommaire

- | | |
|--|------------|
| ➤ Avant-propos du président | page 2 |
| ➤ Composition du Comité directeur | page 3 |
| ➤ Agenda des réunions | page 3 |
| ➤ Statuts de l'Union professionnelle | page 4-6 |
| ➤ Allocution du président, le Dr Michel VANDENBROUCKE | page 7 |
| ➤ Compte rendu de la réunion inaugurale du Comité directeur | page 8-9 |
| ➤ Ordre du jour de la réunion du Comité directeur du 14-6-2007 | page 10 |
| ➤ Double agrément au sein de la Gériatrie | page 10 |
| ➤ Que pouvez-vous attendre du GBS ? | page 11-12 |
| ➤ A.M. Agrément Gériatrie | page 13-14 |
| ➤ A.M. Commission d'agrément de Gériatrie | page 15 |
| ➤ A.R. Programme de soins pour le patient gériatrique | page 16-20 |
| ➤ Nomenclature | page 21-23 |
| ➤ Appel final | page 24 |

Avant-propos du président

Ces dernières années, vous aurez certainement constaté du mouvement dans le monde de la Gériatrie. Une ride à la surface d'un lac tranquille, une tempête qui tourbillonne, un tsunami de nouveautés : pour chacun d'entre vous, l'expérience aura été différente à l'image de la surprenante multiplicité des tâches remplies par les gériatres et qui ont généralement un développement historique.

Au cours de ces 40 dernières années, la gériatrie a déjà parcouru un chemin formidable. Elle a évolué de la réadaptation et des soins pour les personnes âgées dans des services R et V, à sa reconnaissance comme une sous-discipline de la médecine interne pour arriver aux services G actuels, les pierres angulaires incontournables de l'hôpital moderne.

Plusieurs chapitres sont venus s'ajouter récemment à ce récit riche.

Du fait de sa reconnaissance comme une spécialité de base distincte, la Gériatrie a été élevée au niveau de la Chirurgie, de la Médecine interne ou de l'Imagerie médicale (A.M. du 19-8-2005). Une commission d'agrégation spécifique a été créée (A.M. du 19-5-2006). Le Programme de soins pour le patient gériatrique a été lancé dans la pratique après plusieurs années de préparation et de concertation (A.R. du 29-1-2007). Engagez-vous également pour ces réalisations pour en faire des succès.

Vous puiserez des forces dans le chapitre que nous sommes en train d'écrire : la revalorisation de la nomenclature. Les hauts dirigeants de l'INAMI, les collaborateurs de cabinet et les syndicalistes y travaillent intensément et en bonne intelligence. Dans un premier temps, des bases solides ont été jetées avec la revalorisation des honoraires de surveillance en 2006 et en 2007 (CTM du 24-4-2007). Ensuite, plusieurs spécificités de la Gériatrie ont déjà été identifiées et prévues dans la nomenclature. Pour 2009 ou 2010, nous attendons une refonte en profondeur de l'article 20, lequel réserve d'ores et déjà une place claire aux gériatres.

Le dernier chapitre ajouté à ce jour concerne le relèvement du nombre de lits G de 5 à 6 pour 1000 habitants dans la région. Nous espérons pouvoir approfondir cette question dans le cadre d'une de nos prochaines newsletters.

Dans le prolongement de ce qui précède, nous souhaitons vous demander quelque chose ou plutôt vous confier une mission. Apportez votre soutien au trajet de la gériatrie et rejoignez notre union professionnelle. Nous ne pourrions exercer une influence sur la politique et réaliser des améliorations et des additions qu'en unissant nos forces et nos idées.

Je compte sur vous au nom du comité directeur !

Michel Vandembroucke

Numéro de compte : 737-0206127-45

Cotisation : 200 euros par an

(165 € pour le GBS, 35 € pour notre union professionnelle)

Le Comité directeur vous remercie pour votre soutien !

Composition du Comité directeur

Président/Voorzitter	Michel VANDENBROUCKE AZ Sint-Maarten, Mechelen-Duffel, michel.vandenbroucke@emmaus.be
Vice-président/Ondervoorzitter	Roland PIETERS AZ Sint-Blasius, Dendermonde; roland.pieters@skynet.be
Secrétaire/Secretaris	Jean-Pierre BAEYENS AZ Damiaan, Oostende; jpbaeyens@skynet.be
Trésorier/Penningmeester	Dirk VAN GYSEGEM AZ Nicolaas, Sint-Niklaas; Dirk.Van.Gysegem@skynet.be
Membres/Leden	Véronique LESAGE CH Jolimont, Haine-St.Paul, verobex@skynet.be; vlesage@skynet.be Hugo DANIELS Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, hugo.daniels@skynet.be Theo HARTOKO ZNA campus Hoge Beuken, Hoboken, Theo.Hartoko@zna.be Johan CAENEN Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, johan.caenen@skynet.be

Agenda des réunions

- Le Comité directeur se réunira 4 fois par an, dont 1 fois durant la Wintermeeting et 1 fois durant la Journée d'Automne.
- Le Comité directeur pourra organiser des réunions supplémentaires en fonction des besoins.
- Dates concrètes :
 - 14 juin 2007, 20 h, Sint-Niklaas, Nicolaasziekenhuis
 - 19 octobre 2007, 18 h, Liège, Palais des Congrès
 - 29 novembre 2007, 20 h, Termonde, St-Blasiusziekenhuis
 - 22 février 2008, heure encore à fixer, Ostende, Casino Kursaal
- Une assemblée générale a lieu une fois par an :
 - 22 février 2008, heure encore à fixer, Ostende, Casino Kursaal
- Veuillez communiquer au président et au secrétaire les points que vous souhaitez voir inscrits à l'ordre du jour d'une de ces réunions.
- Pour des raisons d'ordre pratique, nous pouvons uniquement accepter des propositions par e-mail !

**Le GBS publie une liste détaillée des membres
en juin 2007.**

**Ne ratez pas cette excellente opportunité :
Renvoyez votre formulaire d'adhésion (en annexe)
sans tarder au secrétariat, avenue de la Couronne 20,
1050 Bruxelles (fax 02/649.26.90) !**

Statuts de l'Union professionnelle

Entre

Dr. Jean Pierre Baeyens demeurant à 8400 Oostende, Generaal Jungbluthlaan 11

Dr. Véronique Lesage demeurant à 1400 Nivelles, Faubourg de Namur 11

Dr. Dirk Van Gysegem demeurant à 9100 Sint-Niklaas, Koningin Astridlaan 31

Dr. Michel Vandebroucke demeurant à 2800 Mechelen, Schuttersvest 13

Dr Hugo Daniels demeurant à 3500 Hasselt, Kolonel Dusartplein 8

Dr Theo Hartoko demeurant à 2610 Antwerpen, Hulstraat 50

Dr. Johan Caenen demeurant à 3530 Houthalen, Populierenstraat 58

Dr. Roland Pieters demeurant à 9200 Dendermonde, Hertsgaard 12

tous de nationalité belge et porteur du diplôme légal de médecin et de l'agrément de médecin spécialiste en gériatrie ou de médecin spécialiste en médecine interne porteur de la compétence particulière en gériatrie, il est convenu ce qui suit :

I. Dénomination - Siège – Objet

Article 1. Il est constitué une "Union Professionnelle Belge des Médecins Spécialistes en Gériatrie " – "Belgische Beroepsvereniging van Geneesheren-Specialisten in de Geriatrie ". Elle est régie par la loi du 31.03.1898. Son siège est établi avenue de la Couronne 20, à 1050 Bruxelles. Son activité s'étend sur tout le territoire national.

Article 2. L'Union a pour objet l'étude, la défense, la promotion et la représentation des intérêts professionnels de ses membres, notamment en maintenant la solidarité et la dignité professionnelle dans les rapports entre les membres, avec les autres médecins, avec les malades, avec les acteurs des soins de santé, avec les organisations de médecins et avec les pouvoirs publics. Elle participe à l'organisation de la formation et de la formation permanente dans la spécialité de la gériatrie.

L'Union étudie et anticipe toute question qui concerne les aspects professionnels de la gériatrie. Elle contribue à la solution des problèmes soumis par ses membres et liés aux conditions d'exercice de la profession.

L'Union peut ester en justice, soit en défendant, soit en demandant, pour la défense des droits individuels des membres affiliés à l'Union, sans préjudice aux droits de ceux-ci d'agir directement, d'engager une action ou d'intervenir à l'instance ou de se joindre à l'action.

L'Union représente ses membres auprès de toutes les instances concernées par la formation, la défense du titre professionnel, les conditions de pratique ainsi qu'auprès des institutions où la spécialité est exercée.

II. Composition - Admission - Démission - Exclusion

Article 3. L'Union se compose de membres effectifs et de membres honoraires.

L'Union compte au moins 7 membres effectifs. Le nombre de membres honoraires est limité à un quart du nombre de membres effectifs.

Les membres honoraires sont nommés par l'Assemblée Générale sur proposition du Comité de Direction. Ils peuvent assister aux assemblées mais ne disposent que d'une voix consultative. Les membres honoraires sont exemptés du paiement de toute contribution.

Les membres effectifs se composent de médecins spécialistes exerçant la gériatrie, à savoir de médecins spécialistes en gériatrie et de médecins spécialistes en médecine interne porteur de la compétence particulière en gériatrie.

Article 4.

Les membres effectifs doivent remplir les conditions suivantes :

1. être porteur du diplôme légal de médecin, être inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins et être autorisé à exercer la médecine;
2. être agréé ou dans le cadre d'un plan de stage légalement reconnu être en formation comme médecin spécialiste en gériatrie ou comme médecin spécialiste en médecine interne porteur de la compétence particulière en gériatrie;
3. exercer effectivement la gériatrie comme activité professionnelle.

Article 5. Toute candidature est adressée par écrit au Comité de Direction qui jugera de la recevabilité de la candidature. La première Assemblée Générale qui suit se prononce sur leur admission.

Article 6. L'affiliation ne devient effective qu'après paiement de la cotisation pour l'exercice en cours.

Article 7. Un membre peut se retirer à tout moment de l'Union, en adressant une lettre à cet effet au Comité de Direction.

Article 8. La perte de la condition requise pour devenir membre entraîne de plein droit la perte de la qualité de membre. Le non-paiement de deux cotisations successives entraîne l'exclusion de plein droit. Celle-ci prend effet un mois après l'envoi, par le Comité de Direction, d'une lettre non suivie d'effet.

Article 9. L'Assemblée Générale peut décider d'exclure un membre.

Les membres peuvent être exclus de l'Union :

1. en cas de non-respect des statuts ou règlements;
2. en cas d'inconduite notoire;
3. lorsqu'ils nuisent aux intérêts de l'Union ou du GBS par leur comportement ou par leur affiliation à une organisation dont les principes et/ou objectifs sont incompatibles avec ceux de l'association ou le GBS.

III. Assemblée Générale

Article 10. L'Assemblée Générale se compose de tous les membres effectifs de l'Union. Les membres honoraires peuvent y assister sans droit de vote.

L'Assemblée Générale se réunit sur convocation du Comité de Direction. La convocation communique l'endroit, le jour et l'heure de la réunion.

Le Comité de Direction peut convoquer une Assemblée Générale lorsqu'il le juge opportun. Le Comité de Direction est en outre tenu de le faire à la demande écrite de 1/5 au moins des membres effectifs. L'Assemblée Générale se réunit statutairement durant la première moitié du mois de février. La convocation est adressée par lettre ordinaire ou par voie électronique au moins 15 jours avant la réunion. L'Assemblée ne pourra pas valablement statuer sur des points qui ne sont pas inscrits à l'ordre du jour.

Tous les membres effectifs ont un droit de vote égal. Chacun dispose d'une voix. Un membre effectif peut se faire représenter par un mandataire, membre effectif. Un membre effectif ne peut pas être porteur de plus d'une procuration.

Les décisions sont prises à la majorité absolue des voix, sauf les exceptions explicitement prévues par les présents statuts ou par la loi du 31.03.1898.

L'exclusion d'un membre nécessite une majorité des 2/3.

L'Assemblée Générale est compétente pour procéder à l'élection des membres du Comité de Direction, à l'approbation des règlements particuliers ou à la modification des statuts, à la dissolution de l'Union, à l'examen et à l'approbation des comptes. Elle est en général compétente pour procéder à l'examen de tous les sujets se rapportant à l'Union et qui lui ont été soumis régulièrement.

Une décision de l'Assemblée Générale engage tous les membres.

Article 11. L'Assemblée Générale Statutaire qui a lieu durant la première moitié de février est consacrée entre autres à l'examen et à l'approbation des comptes clôturés le 31 décembre de l'année précédente. Le Comité de Direction fait rapport à cette Assemblée de toutes les activités de l'exercice écoulé et soumet pour approbation les comptes annuels des recettes et des dépenses ainsi que les comptes relatifs aux opérations effectuées par l'union conformément aux numéros 1 à 5 de l'article 2 de la loi du 31 mars 1898.

Ces comptes sont établis conformément au modèle établi par le gouvernement. Ils doivent, par les soins du trésorier, être tenus à la disposition pour examen des membres au siège de l'union durant les quinze jours qui précèdent l'assemblée générale. Les comptes ne sont rendus publics qu'avec l'accord de l'Assemblée Générale.

Les comptes ainsi approuvés sont envoyés, avec les autres documents visés à l'article 8 de la loi du 31 mars 1898, par les soins du Comité de Direction, au Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, avant le 1^{er} mars de chaque année.

Article 12. Elle élit, s'il y a lieu, les membres du Comité de Direction et fixe la cotisation de l'exercice suivant. L'exercice commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre de chaque année calendrier.

IV. Le Comité de Direction

Article 13. La direction de l'Union est confiée à un Comité de Direction. Celui-ci est élu à la majorité absolue par l'Assemblée Générale et composé d'au moins 6 membres effectifs.

Les membres honoraires ne sont pas éligibles.

Le Comité de Direction élit en son sein un président, au moins un vice-président, un secrétaire et un trésorier.

Les mandats ont une durée de quatre ans. Les membres sortants sont toujours rééligibles.

Le Comité de Direction est rééligible par moitié tous les deux ans. La première série des membres à réélire est désignée par tirage au sort. Le mandat des membres ainsi désignés n'aura donc exceptionnellement qu'une durée de deux ans.

Article 14. Le Comité de Direction communique aux membres au moins 30 jours avant la date de l'Assemblée Générale les mandats vacants et venant à terme. En même temps, il lance un appel aux candidatures.

Les candidatures aux mandats vacants ou venant à terme doivent être introduites par écrit auprès du secrétariat de l'Union au moins 15 jours avant l'Assemblée Générale Statutaire.

Article 15. En cas de vacance d'un mandat par décès, démission ou exclusion d'un membre du Comité de Direction, il est pourvu à son remplacement à la prochaine Assemblée Générale Statutaire. Le remplaçant achevant le mandat de celui qu'il remplace.

Article 16. Le Comité de Direction se réunit aussi souvent qu'il le juge utile. Cela a lieu sur convocation du président ou, à défaut, du vice-président ou du secrétaire. Il doit être convoqué lorsque deux membres au moins du Comité de Direction le demandent par écrit. Pour pouvoir délibérer valablement, quatre membres au moins du Comité de Direction doivent être présents ou représentés. Un membre du Comité de Direction ne peut représenter qu'un seul autre membre tout au plus.

Toutefois, après une nouvelle convocation avec le même ordre du jour, le Comité de Direction peut délibérer valablement, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés. Le Comité de Direction statue à la majorité absolue des voix. En cas d'égalité des voix, la voix de celui qui préside l'assemblée est prépondérante.

Pour éclairer un problème particulier, d'autres membres ou des non-membres de l'Union peuvent être invités à la réunion pour avis.

Le Comité de Direction est investi des pouvoirs les plus étendus pour la conduite de la politique et la gestion de l'Union et peut exercer tous les droits et les pouvoirs que la loi ou les statuts ne réservent pas expressément à l'Assemblée Générale.

Lorsqu'un membre du Comité de Direction n'assiste pas à trois réunions successives sans se faire excuser, le Comité de Direction peut soumettre à l'Assemblée Générale la question de son remplacement.

Article 17. Le président surveille et assure l'exécution des statuts et du règlement général. Il dirige les réunions, il prend toutes mesures nécessaires pour l'exécution des décisions du Comité de Direction. Il signe, conjointement avec le secrétaire, tous les actes, arrêtés ou rapports et représente l'Union dans tous ses rapports avec les autorités publiques et les tiers.

Sauf les cas pour lesquels l'Assemblée Générale a désigné une autre personne, il exécute toute décision d'agir en justice, soit en demandant, soit en défendant, prise par le Comité de Direction.

Le vice-président seconde le président dans sa mission. Il remplace, au besoin, le président, qui peut lui déléguer temporairement ses pouvoirs. Le secrétaire est chargé des écrits de l'Union. Il rédige les procès-verbaux du Comité de Direction et de l'Assemblée Générale. Il tient la liste des membres de l'Union, conformément à la loi du 31.03.1898, et présente au Comité de Direction les demandes d'adhésion. Il garde les archives de l'Union.

A l'égard des tiers, l'Union n'est engagée que par la signature conjointe du président et du secrétaire. Ceux-ci peuvent toutefois toujours déléguer expressément leur pouvoir, chacun à un autre membre du Comité de Direction.

Le trésorier est dépositaire des biens de l'Union, dont il dresse et conserve l'inventaire. Il est responsable de l'encaisse de l'Union et des titres qui lui sont confiés.

Il inscrit dans la comptabilité la réception des cotisations et autres sommes dues à l'Union ou à recouvrer par elle, et il en délivre quittance.

Les membres du Comité de Direction remplissent leur mandat gratuitement.

V. Gestion des biens - Justification des comptes

Article 18. Les avoirs de l'Union sont constitués de tous les biens meubles et immeubles acquis à titre onéreux ou à titre gracieux et que la loi autorise l'Union à posséder. Le capital social est constitué par les cotisations, les dons et legs de particuliers, les subsides attribués par les autorités et tous autres avantages dont l'Union peut bénéficier légalement.

Article 19. L'Assemblée Générale décide de l'emploi des avoirs et des ressources de l'Union, dans les limites imposées par la loi du 31.03.1898. Les fonds de l'Union non employés sont déposés sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Union représentée par le trésorier qui a le pouvoir de signature.

VI. Modifications aux statuts - Dissolution

Article 20. Les modifications aux statuts ou la dissolution de l'Union ne peuvent être valablement décidées qu'à la majorité des 4/5 des voix des membres présents ou représentés, dans une Assemblée Générale spécialement convoquée à cette fin et à laquelle au moins 2/3 des membres effectifs sont présents ou représentés.

Lorsqu'à une Assemblée Générale convoquée pour prononcer la dissolution de l'Union ou pour modifier les statuts, il n'y a pas au moins 2/3 des membres effectifs présents ou représentés, une nouvelle Assemblée convoquée avec le même ordre du jour peut décider valablement quel que soit le nombre de membres effectifs présents ou représentés.

Les actes portant modification des statuts ou liquidation volontaire de l'Union ne produisent leurs effets qu'après avoir été déposés, ratifiés et publiés comme prévu à l'article 1 de l'Arrêté du Régent du 23.08.1948 établissant la concordance de la loi du 31.03.1898 sur les Unions professionnelles, avec la loi du 23.12.1946 instituant le Conseil d'Etat.

L'Assemblée appelée à prononcer la dissolution de l'Union désigne, conformément à la loi, les liquidateurs et fixe leur mission.

L'actif de l'Union sera attribué à une initiative similaire ou connexe, désignée par l'Assemblée Générale. Cette attribution ne produira ses effets que lorsque la destination de l'actif aura été jugée conforme à la loi par le Conseil d'Etat.

VII. Divers

Article 21. La langue française et la langue néerlandaise sont employées par l'Union à valeur égale, tant à l'Assemblée Générale qu'au Comité de Direction.

Article 22. L'Union prend l'engagement de rechercher de commun accord avec la partie adverse, les moyens d'aplanir, soit par la conciliation, soit par l'arbitrage, tout différend intéressant l'Union et portant sur les conditions de travail de ses membres.

Les litiges pouvant naître au sein de l'Union concernant l'application des statuts et des règlements seront tranchés par voie d'arbitrage par des membres effectifs désignés par les parties concernées. En cas de partage des voix, les différends sont tranchés par un tiers désigné par les premiers arbitres ou, s'ils refusent, par le président de l'Union. La décision arbitrale vaut décision rendue en dernière instance.

Article 23. L'Union adhère à la Fédération, telle que visée par l'article 18 de la loi du 31.03.1898, dénommée "Groupement des Unions Professionnelles Belges de médecins spécialistes" (G.B.S.-statuts - M.B. 15.07.1954 - modif. 27.04.1958, 03.07.1965, 23.03.1979 et 22.12.1984).

En vue de réaliser son objet, l'Union établit des contacts avec d'autres unions professionnelles et des sociétés scientifiques. Le Comité de Direction ou toute personne mandatée à cet effet est chargé de l'établissement, de l'organisation et du suivi de ces contacts. Le Comité de Direction en fait rapport à l'Assemblée Générale.

Article 24. Le Comité de Direction peut élaborer un règlement d'ordre intérieur. Celui-ci n'est applicable qu'après ratification par l'Assemblée Générale. Il fera l'objet d'une discussion étendue au préalable. La décision est prise à la majorité absolue.

La même procédure est suivie pour d'éventuelles modifications du règlement.

Pour extrait conforme,
Fait à Bruxelles, le 7 mars 2006

Allocution du président, le Dr Michel VANDENBROUCKE

Nous reproduisons ci-après l'allocution prononcée par le président le 3 février 2007 dans le cadre de l'assemblée générale du GBS. L'union professionnelle a ensuite été acceptée à l'unanimité des voix comme candidate-membre du GBS. L'acceptation comme membre ne peut intervenir qu'après approbation des statuts par le Conseil d'Etat.

Chères Consœurs, Chers Confrères,

En 2005, la Société belge de Gériatrie et de Gérologie a marqué son accord concernant une définition de ce que la Gériatrie signifie : je cite : (traduction) "Le gériatre est un médecin spécialiste en gériatrie. C'est une spécialisation de la médecine interne axée sur la prévention, l'évolution critique, le traitement, la réadaptation et les aspects sociaux de la maladie et de la santé des personnes âgées. Cette population requiert une compétence spécifique du fait de sa plus grande vulnérabilité à la polyopathie. Les symptômes sont de ce fait moins prononcés, le diagnostic est plus difficile et la réponse au traitement est plus lente. Un soutien social complémentaire est souvent nécessaire. Le principal objectif de la gériatrie est de garantir, par une collaboration pluridisciplinaire, l'optimisation de l'état fonctionnel de la personne âgée ainsi que de la qualité de vie et de l'autonomie".

Il est clair que les règles de l'INAMI et les dispositions de la nomenclature ne prévoyaient pas grand-chose pour une rémunération correcte de ce travail. Vous connaissiez tous le gériatre comme un interniste ayant en charge un grand nombre de patients dans une pratique qui s'occupe pratiquement exclusivement de patients hospitalisés et qui y consacre un nombre incalculable d'heures. Assez paradoxalement, nombre d'entre vous connaissiez également le gériatre comme le collègue avec le plus petit apport financier dans l'association ou la société.

Un des obstacles dans la recherche d'une solution à ce problème résidait dans le manque de visibilité des gériatres parmi les autres internistes. C'est la raison d'être de l'adoption en août 2005 d'un arrêté ministériel reconnaissant la gériatrie comme une discipline de base de la médecine interne au même titre que la gastro-entérologie, la cardiologie et la pneumologie.

Ce problème une fois résolu, il a été possible, grâce à l'appui sans réserve et unanime des deux grands syndicats, d'obtenir en 2006 et en 2007 qu'une partie du budget de l'INAMI soit réservée au soutien de l'activité gériatrique, ce qui conduira à une amélioration sensible de la position de la plupart des gériatres. Nous tenons à souligner que ce budget a pu être trouvé SANS aucune répercussion significative sur les autres disciplines ou sur le budget de la médecine interne.

En même temps que les efforts consentis au niveau de la nomenclature, les autorités ont pris plusieurs initiatives visant à améliorer le travail gériatrique dans les hôpitaux : le programme de soins gériatrique, le projet pilote avec les hôpitaux de jour gériatriques, la gériatrie de liaison. En effet, nous ne pouvons pas ignorer l'augmentation du travail gériatrique avec le "double" vieillissement de la population hospitalière. Dans un certain nombre de cas, un renforcement "dans le sens de la largeur" avec recrutement de confrères supplémentaire sera nécessaire.

Pour couronner tout le travail qui a débouché sur les modifications significatives que je viens de citer, les gériatres ont demandé à pouvoir constituer une section distincte au sein du GBS. Les premières démarches ont déjà été accomplies : les statuts ont été rédigés et soumis au Conseil d'Etat, un comité directeur provisoire a été désigné avec Jean-Pierre Baeyens comme vice-président, Dirk Van Gysegem comme trésorier et moi-même comme président. Nous avons déjà eu l'occasion de faire connaissance de manière approfondie avec le comité directeur du GBS. C'est un honneur pour moi de pouvoir, en ce jour, m'adresser aujourd'hui à l'assemblée générale au complet.

L'objectif de notre union est triple : continuer à suivre les besoins sur le terrain, veiller au réalisme des mesures imposées par les autorités et sauvegarder le caractère attractif de la discipline en tant que telle. Il va sans dire que nous espérons y parvenir en concertation avec les autres unions professionnelles de spécialistes et plus particulièrement avec celles des autres sous-disciplines internes. Nous sommes fermement convaincus qu'une défense professionnelle bien organisée est essentielle pour garantir les conditions de travail des gériatres. Une gériatrie de qualité ne peut être maintenue que si les moyens nécessaires pour y parvenir sont disponibles. Pour le futur, c'est aussi essentiel si nous voulons pouvoir conserver un afflux suffisant de jeunes confrères enthousiastes.

J'espère dès lors pouvoir compter sur votre soutien. Je vous remercie pour votre attention.

Compte rendu de la réunion inaugurale du Comité directeur

Malines, le 14 mars 2007 à 20 h

Ce compte rendu n'a pas encore été validé !

Présents : Michel Vandembroucke (MV, président), Roland Pieters (RP, vice-président), J.-P. Baeyens (JPB, secrétaire), Dirk Van Gysegem (DVG, trésorier), Theo Hartoko (ThH), F. Vandamme (FV, au nom de l'administration du GBS)

Excusé : Hugo Daniels

1. Le président ouvre la réunion, souhaite la bienvenue aux personnes présentes et parcourt l'ordre du jour.
2. Etat de la situation en ce qui concerne la constitution de l'union :
 - a. FV fait savoir que le Conseil d'Etat a engagé du personnel supplémentaire pour régler plus rapidement les dossiers en suspens. Les différents dossiers de constitution du GBS, parmi lesquels celui de la Gériatrie, figurent parmi ceux qui seront traités en priorité.
 - b. Un compte a été ouvert avec DVG, JPB et MV comme titulaires de procuration. Les cotisations seront perçues sur ce compte (737-0206127-45).
 - c. L'administration des membres, y compris le suivi du paiement des cotisations, est confiée (sans frais) au personnel du GBS qui a beaucoup d'expérience dans le domaine. DVG demandera à la banque de fournir une copie des extraits au GBS. La gestion du compte et la réalisation des paiements sont assurées par DVG.
3. Etat de la situation en ce qui concerne la nomenclature :
 - a. Une note de MV concernant les endroits de la nomenclature où la Gériatrie doit être ajoutée, a été transmise aux responsables politiques de l'INAMI, des mutuelles et des syndicats. Il y a eu peu de réactions à ce jour. A suivre (MV, JPB).
 - b. MV explique l'évolution attendue de l'article 20 et donne un feed-back du Workshop 'Techniciteiten binnen de Geriatrie' de la wintermeeting à Ostende le 03-03-2007.
 - c. Il est décidé d'associer au maximum les (futurs) membres à la discussion en leur transmettant toutes les informations (pour autant qu'elles soient disponibles). Voir infra dans ce même numéro.
 - d. Un appel à idées concernant le contenu de la nomenclature de la Gériatrie sera également répété en direction de tous les membres.
 - e. Propositions provisoires sur le contenu de l'article 20, sous h) :
 - i. Concertation de soins avec la première ligne (par analogie avec les consultations oncologiques pluridisciplinaires (COP))
 - ii. Réalisation des tests BGMST (complets, partiels)
4. Etat de la situation en ce qui concerne la reconnaissance de la Gériatrie :
 - a. Le dossier de la reconnaissance est complet.
 - b. La commission d'agrégation est installée sous la présidence du Professeur Maurits Vandewoude (A.M. intégral avec composition plus loin dans ce même numéro)
 - c. Le Professeur Vandewoude lance un appel à tous les internistes gériatres et les invitent à se faire agréer comme gériatre.
 - d. La transposition pratique dans les numéros INAMI (.../581) reste momentanément inchangée jusqu'à ce que tous les problèmes relatifs à la nomenclature soient résolus (cf. point 3 de ce compte rendu).
5. Collaboration avec la SBGG :
 - a. MV propose de poursuivre la collaboration intensive avec la SBGG. Un temps de parole sera notamment demandé lors des congrès scientifiques et on demandera à pouvoir créer un espace dans le programme scientifique pour d'éventuelles sessions satellites et des réunions de notre union professionnelle.

- b. Les arguments pour sont clairs :
 - i. Nous nous adressons au même (petit) groupe cible de gériatres
 - ii. Les protagonistes des deux organisations sont les mêmes
 - iii. Une organisation commune permet de réduire les coûts
 - iv. Un grand nombre de points sensibles concernent les deux organisations (dossier de la reconnaissance, reconnaissance par les autorités, ...)
 - c. MV propose de dissoudre le groupe de travail honoraires et défense professionnelle au sein de la SBGG (dont il est lui-même le président et JPB est le secrétaire).
 - d. Les propositions sont acceptées à l'unanimité. On en tiendra déjà compte dans le calendrier de planning de la réunion. JPB demandera une autorisation formelle lors de la prochaine réunion du comité directeur de la SBGG.
6. Action de recrutement de membres :
- a. Un premier appel a été lancé verbalement à l'occasion de la Wintermeeting de la SBGG le 3 mars 2007.
 - b. La cotisation est fixée à 200 €, dont 165 € pour le GBS-général et 35 € pour la section Gériatrie
 - c. Une brochure d'information détaillée sera réalisée et envoyée à tous les candidats membres.
 - d. Le coût de cette brochure sera intégralement supporté par l'administration centrale du GBS. La traduction des textes dans les deux langues nationales sera également assurée gratuitement.
 - e. L'objectif est de faire parvenir la brochure aux candidats membres dans le courant du mois d'avril 2007.
 - f. Les Gériatres qui sont déjà membres de l'Union professionnelle des médecins belges spécialistes en médecine interne au sein du GBS seront invités à faire connaître leur préférence :
 - i. Rejoindre notre union professionnelle GBS-Gériatrie
 - ii. Rester membre de l'Union professionnelle de médecine interne
 - iii. Etre membre des deux unions professionnelles (moyennant un complément de cotisation de 35 € probablement : sera fixé en début mai par l'AG de la section Médecine interne)
7. Planning des réunions :
- a. Réunions du Comité directeur :
 - i. 14 juin 2007, 20 h, Sint-Niklaas, Nicolaasziekenhuis
 - ii. 19 octobre 2007, 18 h, Liège, Palais des Congrès
 - iii. 29 novembre 2007, 20 h, Termonde, St-Blasiusziekenhuis
 - iv. 22 février 2008, heure encore à fixer, Ostende, Casino Kursaal
 - b. Assemblée générale :
 - i. 22 février 2008, heure encore à fixer, Ostende, Casino Kursaal
8. Divers :
- a. Il est signalé que le relèvement du nombre de lits G de 5 à 6 pour 1000 habitants dans la région aurait été approuvé. La date de publication et les autres détails ne sont pas encore connus.
 - b. Dans la mesure où il s'agit de la réunion inaugurale, celle-ci est clôturée par un dîner. Son coût de 400 euros sera provisoirement supporté par l'administration centrale en attendant de disposer de fonds propres.

La réunion est clôturée à 23.00 h.

M. Vandenbroucke, rapporteur

Ordre du jour de la réunion du Comité directeur

14-6-2007, 20 h, Nicolaasziekenhuis, Sint-Niklaas

1. Approbation du compte rendu de la réunion inaugurale du 14 mars 2007
 2. Etat de la situation recrutement de membres et discussion feed-back brochure de recrutement
 3. Etat de la situation commission d'agrération
 4. Etat de la situation nomenclature
 5. Programme de soins du patient gériatrique : réflexion et avis aux membres
 6. Liste de membres GBS : communication, corrections, validation
 7. Répartition des tâches au sein du Comité directeur
 8. Détermination de l'activité minimale dans le cadre de l'accréditation (demande de M. MOENS (Groupe de Direction de l'Accréditation) et L. Maroy (INAMI).
 9. Divers
-

Double agrément au sein de la Gériatrie

Un certain nombre d'internistes gériatres possèdent actuellement l'agrément pour une deuxième compétence particulière. Citons par exemple l'endocrino-diabétologie (le plus grand groupe), la réadaptation, la néphrologie, les soins d'urgence, les soins intensifs. Notre section entend tout mettre en oeuvre pour que nos confrères concernés ne perdent pas ce droit acquis.

Le cadre légal actuel permet au médecin de ne posséder qu'une et une seule discipline de base (par exemple la Médecine interne, la Chirurgie, la Gériatrie), à laquelle il peut coupler une ou plusieurs compétences particulières. Pas de problème jusqu'ici.

Toutefois, pour certaines compétences particulières, la loi prévoit explicitement avec quelles disciplines de base ces compétences peuvent être combinées. Dans la mesure où la discipline de base de la Gériatrie n'existait pas au moment de la publication des différents A.M. relatifs à ces compétences particulières, cette possibilité n'a pas été prévue explicitement.

Le président de la commission d'agrération de gériatrie a par conséquent adressé une lettre argumentée au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes pour lui demander si certaines compétences particulières de la médecine interne pourraient également être autorisées en combinaison avec la Gériatrie. Nous n'avons pas encore reçu de réponse à ce jour.

A suivre très certainement.

En vous affiliant, vous envoyez au Comité directeur un signal clair pour l'encourager à poursuivre la "lutte".

**Témoignez-nous votre soutien
en renvoyant aujourd'hui encore votre inscription
et en versant votre cotisation annuelle de 200 euros
sur le compte bancaire : 737-0206127-45**

Que pouvez-vous attendre du GBS ?

Outre la défense professionnelle, le GBS vous propose un certain nombre d'autres services. En voici un aperçu.

L'Union professionnelle de votre spécialité et le GBS

1. Service d'information

Les membres peuvent s'adresser au secrétariat du GBS pour toute information concernant la législation et la réglementation en vigueur en matière de pratique médicale en général ou spécialisée en particulier. Le service d'information suit quotidiennement une réglementation débordante en complexité et est conçu dans une optique visant à aider le médecin à résoudre ses problèmes.

Les candidats-spécialistes affiliés peuvent y avoir recours, non seulement pour les éventuelles questions relatives à leur formation ou leur agrément, mais également pour tout ce qui se rapporte à leur entrée dans la vie professionnelle. Notre équipe technique est donc à votre disposition pour vous conseiller et vous guider dans les premières confrontations juridiques et autres avec votre véritable environnement professionnel, la dure réalité (contrats avec institutions de soins, conventions d'équipe, vos rapports avec les administrations, les risques du métier...).

Domaines d'information incontournables:

- **Art de guérir, art médical et professions auxiliaires:** toute la réglementation relative à l'exercice médical et la délégation d'actes ou parties d'actes; toute la réglementation en matière de spécialisations, qualifications particulières, etc...
- **Assurance-maladie :** toute la législation et la réglementation en matière de soins de santé; droits et obligations administratives ou autres, nomenclature des prestations médicales, tiers-payant, contrôle médical, responsabilités, notamment en matière de prestations indues, règles d'interprétation, tarifs, etc...
- **Accréditation :** outre la réglementation relative à l'accréditation, toutes informations concernant les activités de formation continue en vue de l'accréditation.
- **Hôpitaux :** toute la législation sur les hôpitaux, normes d'agrément des services et fonctions, financement et prix de journée, frais à charge des honoraires, statut du médecin hospitalier, le conseil médical, droits du médecin individuel, règlements et contrats, fusions d'hôpitaux et associations de services, toutes questions de politique hospitalière, etc...
- **Déontologie médicale :** réglementation en matière d'Ordre des médecins, code de déontologie et règles d'éthique édictées par les Conseils.
- **Santé publique en général :** tout concernant les structures et organes dans le domaine de la santé publique, réglementations connexes et annexes.
- **Organismes assureurs :** loi sur les mutuelles et conséquences pour l'exercice médical.
- **Protection de la vie privée :** conséquences des règles en matière de protection de la vie privée.
- **Responsabilité médicale :** toutes questions générales ou précises en matière de responsabilité professionnelle.
- **Contrats, conventions, associations, sociétés,** etc...

2. Suivi des organes officiels :

Conseil Supérieur des médecins-spécialistes et médecins-généralistes, Commissions d'agrément, Conseil National des Etablissements hospitaliers, Commission de planification, Commission paritaire Médecins-hôpitaux, etc...

Commission Nationale Médico-mutualiste, Conseil technique médical, Comité de l'Assurance, Conseil de direction de l'Accréditation, etc...

Suivi des projets élaborés au sein des Cabinets ministériels.

3. Publications

- « **Le Médecin-spécialiste** » : informe les membres concernant les positions adoptées, les projets de nouvelles dispositions, l'évolution de la réglementation.

Editions monodisciplinaires, éventuellement à l'initiative de l'Union Professionnelle ou section monodisciplinaire.

- **Le Web-site « <http://www.gbs-vbs.org> »**: contient les informations récentes et tout document pouvant intéresser les médecins-spécialistes.

Informations réservées aux membres:

-accréditation: toutes les activités de formation continue sont répertoriées

-en préparation: toute la nomenclature des prestations médicales avec règles interprétatives avec codes en « hypertexte »

A la disposition des Unions professionnelles affiliées : sous-site monospécialisé.

Chaque spécialité est invitée à faire insérer ses informations, avec possibilité de réservation d'accès aux membres.

- **Annuaire des médecins-spécialistes affiliés** : avec le « who is who » des organes tels que les Commissions d'agrégation, les Comités Paritaires d'accréditation, les sections européennes de l'UEMS, le Board européen, etc.. ainsi que des données démographiques récentes relatives à la spécialité. (+ Annuaire administratif du médecin-spécialiste et calendrier des Congrès).

4. Service d'assistance

Avis et assistance personnalisée dans tout problème d'ordre professionnel :

-contrats et règlements hospitaliers

-conseils médicaux

-problèmes déontologiques

-associations

-contrôles INAMI

-interprétations de la nomenclature

-accompagnement et/ou arbitrage de conflits

-accompagnement de dossiers judiciaires, etc...

Avis et assistance des Unions professionnelles affiliées dans tous types de problèmes professionnels d'une spécialité, et accompagnement de dossiers judiciaires (Conseil d'Etat, Cours d'Arbitrage, etc...)

5. Services annexes

-**assurance défense en justice** : police d'assurance spécifiquement mise au point pour les problèmes professionnels, à un coût particulièrement avantageux. Le but de ce contrat d'assurance est de permettre au médecin de défendre ses intérêts sans devoir craindre le seuil financier du recours à l'avocat. La centralisation des éléments de jurisprudence et le fait du suivi assuré par une équipe de techniciens connaissant les matières, constitue un atout supplémentaire.

-**individuelle accidents** : une police exceptionnelle à un coût exceptionnellement bas; contrat spécialement étudié pour la situation professionnelle du médecin spécialiste.

-**revenu garanti** : rente d'invalidité entièrement personnalisable à un coût intéressant, en cas d'accident ou maladie; combinable avec le statut social INAMI.

-**assurance tous risques ordinateurs et installations médicales**

-**assurance responsabilité civile du Conseil médical.**

-**assurance soins de santé en cas d'hospitalisation.**

AGISSEZ AUJOURD'HUI ENCORE !

**Versez votre cotisation annuelle (déductible)
de 200 € sur le compte n° 737-0206127-45**

A.M. Agrément Gériatrie

29 JUILLET 2005. - Arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage en gériatrie (M.B. 19/08/2005)

Le Ministre de la Santé publique,

Vu l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, notamment l'article 35sexies, inséré par la loi du 19 décembre 1990;

Vu l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, notamment l'article 3;

Vu l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, et notamment l'article 1^{er}, modifié par les arrêtés royaux des 22 juin 1993, 8 novembre 1995, 11 avril 1999, 15 octobre 2001 et 17 février 2002;

Vu l'arrêté ministériel du 10 mars 1998 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en gériatrie ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en gériatrie;

Vu l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, modifié par l'arrêté ministériel du 12 mars 2003;

Vu l'avis du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes donné le 18 décembre 2003;

Vu l'avis 37.558/3 du Conseil d'Etat donné le 21 septembre 2004,

Arrête :

CHAPITRE I^{er}. - Critères spéciaux d'agrément des médecins porteurs du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en gériatrie

Article 1^{er}. § 1^{er}. Pour être agréé comme titulaire du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en gériatrie, le candidat doit :

1° avoir suivi une formation à temps plein d'au moins six ans comprenant :

trois années au moins de formation en médecine interne générale dans un service de stage de médecine interne agréé;

trois années au moins de formation spécifique en gériatrie dans un service de stage de gériatrie agréé;

2° avoir au moins une fois au cours de sa formation, fait une communication lors d'une réunion scientifique faisant autorité ou avoir publié un article sur un sujet gériatrique dans une revue scientifique faisant autorité;

3° avoir assumé, durant sa formation, une responsabilité croissante dans les services tels que définis à l'article 3, conformément à l'article 2, § 7, de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage.

§ 2. Des stages de rotation de courte durée dans des établissements spéciaux, qui ne répondent pas à la condition fixée à l'article 5, 2°, peuvent être acceptés.

Art. 2. La formation visée à l'article 1^{er} doit permettre au candidat d'avoir une compétence dans tous les domaines de la gérontologie et de la gériatrie.

Art. 3. Pour demeurer agréé, le médecin spécialiste en gériatrie doit exercer sa profession exclusivement dans un service gériatrique.

CHAPITRE II. - Critères spéciaux d'agrément des maîtres de stage

Art. 4. Art. 4. Pour être agréé comme maître de stage en gériatrie, le candidat doit :

1° travailler à temps plein (au moins huit dixièmes de l'activité professionnelle normale) dans le service de gériatrie visé à l'article 5, 1°, et y consacrer la plus grande partie de son temps à des activités cliniques, polycliniques et techniques dans sa compétence;

- 2° permettre au candidat qu'il forme de prendre part aux activités d'autres services dans le même établissement, en ce qui concerne les patients gériatriques;
- 3° assumer la formation de candidats à raison d'un candidat pour vingt-quatre lits;
- 4° a) disposer de collaborateurs à plein temps (au moins huit dixièmes de l'activité professionnelle normale), à savoir un collaborateur jusqu'à 48 lits, ou davantage en fonction de l'importance des activités du service de gériatrie. Les collaborateurs, répondant au nombre minimum requis, doivent faire preuve d'un intérêt scientifique soutenu et avoir obtenu depuis 5 ans au moins l'agrément en gériatrie;
- b) disposer dans le même établissement d'une polyclinique à laquelle les candidats gériatres doivent collaborer. Il les intégrera dans les activités de la garde du service en question;
- 5° veiller à ce que les candidats se familiarisent avec les possibilités d'aide sociale et familiale existantes.

CHAPITRE III. - Critères spéciaux d'agrément des services de stage

Art. 5. Pour être agréé comme service de stage en gériatrie, le service doit :

- 1° être un service G au sens de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre;
- 2° comprendre tous les domaines de la gériatrie, sans sélection préalable des cas;
- 3° disposer d'au moins 48 lits dans le cadre d'un établissement ou d'un groupement ou d'une fusion d'établissements ou dans le cadre d'une association de services;
- 4° posséder une infrastructure adéquate ainsi que le nombre de collaborateurs prévus au chapitre 2.

CHAPITRE IV. - Dispositions transitoires

Art. 6. Les médecins spécialistes qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, sont agréés en médecine interne et ont une qualification professionnelle particulière en gériatrie peuvent soit conserver leur titre professionnel particulier en médecine interne et leur qualification professionnelle particulière en gériatrie soit, par dérogation à l'article 1^{er}, être agréés comme médecins spécialistes en gériatrie.

Art. 7. § 1^{er}. Par dérogation à l'article 5, 2°, de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, un médecin qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, est agréé comme médecin spécialiste en médecine interne avec une compétence particulière en gériatrie peut être agréé comme maître de stage en gériatrie à condition de justifier d'une expérience professionnelle de huit ans au moins en gériatrie.

§ 2. Les agréments accordés aux maîtres de stage et aux services de stage sur base de l'arrêté ministériel du 10 mars 1998 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en gériatrie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en gériatrie restent valables jusqu'à l'expiration de leur terme initialement fixé.

Art. 8. Les médecins spécialistes en médecine interne qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, ont entamé une formation en vue d'obtenir une qualification professionnelle particulière en gériatrie, peuvent poursuivre leur formation selon les conditions prévues dans leur plan de stage. A l'issue de cette formation, ils peuvent demander soit la qualification professionnelle particulière en gériatrie, soit le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en gériatrie.

CHAPITRE V. - Disposition finale

Art. 9. L'arrêté ministériel du 10 mars 1998 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en gériatrie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en gériatrie est abrogé.

A.M. Commission d'agréation de Gériatrie

19 MAI 2006. - Arrêt ministériel portant nomination des membres de la commission d'agréation des médecins, porteurs du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en gériatrie (MB 29/05/2006)

Article 1^{er}. Sont nommés pour un terme de six ans en qualité de membres de la Chambre d'expression française de la commission d'agrément des médecins spécialistes en gériatrie :

1^o sur la proposition des Facultés de médecine, les médecins suivants :

CORNETTE Pascale, Wezembeek-Oppem;
SWINE Christian, Bruxelles;
VAN ACHTER Odette, Charleroi;
PEPERSACK Thierry, Uccle;
COENEN Anne, Seraing;
PETERMANS Jean, Fexhe-le-Haut-Clocher.

2^o sur la proposition de leur association professionnelle, les médecins suivants :

LESAGE Véronique, Nivelles;
VAN NES Marie-Claire, Kessel-Lo;
BEYER Ingo, Bruxelles;
LEMAIRE Pierre, Namur;
CLAEYS Christian, Braine-l'Alleud;
BERG Nikolai, Liège.

Art. 2. Sont nommés pour un terme de six ans en qualité de membres de la Chambre d'expression néerlandaise de la commission d'agrément des médecins spécialistes en gériatrie:

1^o sur la proposition des facultés de médecine, les médecins suivants :

MOEREMANS Marie-Helene, Edegem;
VANDEWOUDE Maurits, Berchem;
PELEMANS Walter, Kessel-Lo;
JOOSTEN Etienne, Herent;
VAN DEN NOORTGATE Nele, Gent;
MICHIELSEN Walter, Destelbergen;
LAMBERT Margareta, Grimbergen :
METS Tony, Meise.

2^o sur la proposition de leur association professionnelle, les médecins suivants :

VANDENBROUCKE Michel, Mechelen;
SCHILDERMANS Ferdinand, Keerbergen;
DANIELS Hugo, Genk;
JOOSEN Henk, Sint-Truiden;
GABRIEL Geert, Ichtegem;
DEMEYER Danny, Ieper;
VAN HEUVERSWYN Antoine, Wetteren;
BAEYENS Jean-Pierre, Oostende.

Art. 3. Le présent arrêt produit ses effets à partir du 31 mai 2006.

Bruxelles, le 19 mai 2006.
R. DEMOTTE

A.R. Programme de soins pour le patient gériatrique

Introduction :

- Le texte intégral a été publié au Moniteur du 7-3-2007
- Le Programme entre en vigueur le 1-9-2007.
- Il a toutefois été décidé que la mise en œuvre se ferait par phases.
- Sont reportés à une date ultérieure restant à fixer :
 - o L'obligation de créer un Hôpital de jour pour le patient gériatrique
 - o Le contenu concret des effectifs

Nous reproduisons ci-après le texte intégral à titre d'information.

29 JANVIER 2007. - Arrêté royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers (MB 07/03/2007)

CHAPITRE I^{er}. - Dispositions générales

Article 1^{er}. Pour être agréé, le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre aux normes fixées dans le présent arrêté.

Art. 2. § 1^{er}. A l'exception des services de gériatrie isolés, tout hôpital général disposant d'un service de gériatrie agréé, doit disposer d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

A l'exception des hôpitaux qui disposent uniquement de services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), combinés ou non à des services d'hospitalisation simple (indice H), ou à des services neuro-psychiatriques pour le traitement de maladies adultes (indice T), tout hôpital général ne disposant pas d'un service de gériatrie agréé, doit disposer d'un accord de collaboration fonctionnelle avec l'hôpital général le plus proche disposant d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

Tout service de gériatrie isolé, combiné ou non avec des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), doit disposer soit d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique soit d'un accord de collaboration fonctionnelle avec l'hôpital général le plus proche disposant d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

§ 2. Si l'hôpital, en application du § 1^{er}, dispose d'un accord de collaboration fonctionnelle, cet accord de collaboration doit comprendre les règles requises concernant la manière dont la liaison interne, la liaison externe et la consultation gériatrique sont garanties pour les patients de cet hôpital.

Ces règles sont également mentionnées explicitement dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire tel que visé à l'article 23.

CHAPITRE II. - Groupe cible

Art. 3. Le programme de soins pour le patient gériatrique s'adresse à la population de patients gériatriques ayant une moyenne d'âge de plus de 75 ans et qui requiert une approche spécifique pour plusieurs des raisons suivantes :

1° fragilité et homéostasie réduite;

2° polyopathie active;

3° tableau clinique atypique;

4° pharmacocinétique perturbée;

5° risque de déclin fonctionnel;

6° risque de malnutrition;

7° tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne;

8° problèmes psychosociaux.

Art. 4. Tout patient de plus de 75 ans admis à l'hôpital, fait l'objet d'un dépistage permettant de déterminer s'il répond à un des critères visés à l'article 3 et s'il doit être inclus ou non dans le programme de soins.

CHAPITRE III. - Nature et contenu de soins

Art. 5. Le programme de soins pour le patient gériatrique est axé sur le processus pluridisciplinaire diagnostique, thérapeutique ainsi que sur la réadaptation fonctionnelle et le suivi du patient gériatrique. Le programme de soins garantit également le dépistage des patients gériatriques et la continuité des soins, en concertation avec le médecin généraliste et les autres prestataires de soins. L'objectif principal du programme de soins est d'obtenir, à travers une approche pluridisciplinaire, la récupération optimale des performances fonctionnelles et de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée.

Art. 6. Le programme de soins pour le patient gériatrique se compose :

- 1° d'un service de gériatrie agréé (indice G) tel que visé à l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre;
- 2° d'une consultation de gériatrie telle que visée à l'article 14;
- 3° d'un hôpital de jour pour le patient gériatrique tel que visé à l'article 15;
- 4° d'une liaison interne telle que visée à l'article 16;
- 5° d'une liaison externe telle que visée à l'article 20.

Art. 7. L'ensemble des composantes reprises dans l'article 6 est, au minimum sur un des sites, offert comme programme global.

CHAPITRE IV. - L'expertise et les effectifs médicaux et non-médicaux requis

Section I^{re}. - La coordination du programme de soins

Art. 8. La coordination et l'organisation du programme de soins incombent au médecin chef de service du programme de soins et à l'infirmier en chef du programme de soins, désignés par le directeur sur proposition du médecin chef et du chef du département infirmier.

Art. 9. Le médecin chef de service du programme de soin est un médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie, attaché à temps plein à l'hôpital.

Il organise les aspects médicaux du programme de soins.

Il consacre plus de la moitié de son temps de travail aux activités du programme de soins et à la formation permanente du personnel du programme de soins. Il peut également exercer la fonction de médecin chef du service de gériatrie, tel que visé à l'article 6.

Art. 10. L'infirmier en chef du programme de soins pour le patient gériatrique est également infirmier en chef d'une des composantes du programme de soins telles que visées dans l'article 6. Il doit être porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie. La fonction d'infirmier en chef du programme de soins pour le patient gériatrique peut également être assurée par un cadre intermédiaire, tel que visé au point 2° de la rubrique

« III. Normes d'organisation » de la partie « Normes générales applicables à tous les établissements », figurant en annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Il organise les aspects infirmiers, paramédicaux et soignants du programme de soins.

Art. 11. Le médecin chef de service et l'infirmier en chef du programme de soins, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, veillent :

- 1° à la rédaction et à l'actualisation du manuel gériatrique pluridisciplinaire;
- 2° à la rédaction et à la réalisation de la politique en matière de qualité, telle que définie dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire;
- 3° au respect des normes fixées dans le présent arrêté;
- 4° à l'enregistrement des données gériatriques;
- 5° à la continuité des soins, notamment par la circulation de données sur les patients;
- 6° à l'organisation pratique de la concertation pluridisciplinaire et au compte rendu de celle-ci.

Section II. - Expertise médicale, infirmière, paramédicale et soignante requise

Art. 12. Le programme de soins dispose d'une équipe gériatrique pluridisciplinaire. Cette équipe est composée, au moins, des personnes ayant les qualifications suivantes :

- 1° au moins, un équivalent temps plein médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie, attaché au programme de soins;
- 2° infirmier;
- 3° assistant social ou un infirmier gradué/bachelier social;
- 4° gradué/bachelier en kinésithérapie ou licence/master en kinésithérapie;
- 5° gradué/bachelier en ergothérapie;
- 6° gradué/bachelier en logopédie ou licence/master en logopédie;
- 7° gradué/bachelier en diététique;
- 8° licence/master en psychologie.

CHAPITRE V. - Composantes du programme de soins pour le patient gériatrique

Section I^{re}. - Un service de gériatrie agréé

Art. 13. Le programme de soins comprend un service de gériatrie (indice G), tel que visé à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Section II. - La consultation gériatrique

Art. 14. La consultation gériatrique permet, de préférence à la demande du médecin généraliste traitant, de donner un avis gériatrique.

Section III. - L'hôpital de jour pour le patient gériatrique

Art. 15. L'admission en hôpital de jour pour le patient gériatrique se fait à la demande du médecin généraliste, d'un médecin spécialiste ou après une consultation gériatrique. L'objectif est d'organiser, de manière pluridisciplinaire, l'évaluation diagnostique, la mise au point thérapeutique et la réadaptation fonctionnelle.

Section IV. - La liaison interne

Art. 16. La liaison interne permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin spécialiste traitant et des équipes, pour les patients gériatriques, hospitalisés dans l'ensemble de l'hôpital.

Art. 17. La liaison interne est constituée d'une équipe gériatrique pluridisciplinaire. Cette liaison est organisée de telle sorte qu'il soit possible, pour les patients gériatriques séjournant dans des services autres que le service de gériatrie de l'hôpital, d'avoir recours à l'expertise de chacune des qualifications de cette équipe. Cette équipe vient en soutien et sur appel de l'équipe d'un de ces services.

Art. 18. L'équipe gériatrique pluridisciplinaire de la liaison interne est composée des personnes ayant des qualifications mentionnées à l'article 12, points 2, 5, 6, 7 et 8, étant entendu que cette équipe doit être constituée d'au moins 4 équivalents temps pleins et que son nombre dépend du nombre de patients gériatriques théoriques admis annuellement à l'hôpital.

Art. 19. § 1^{er}. A l'exception du service de pédiatrie (indice E), du service de néonatalogie intensive (indice NIC), du service de neuropsychiatrie pour l'observation et le traitement d'enfants (indice K) et du service maternité (indice M), chaque unité de soins ainsi que les fonctions de première prise en charge des urgences, de soins urgents spécialisés, de soins intensifs et d'hospitalisation chirurgicale de jour, disposent, d'au moins, un infirmier relais pour les soins gériatriques, désigné parmi le personnel de l'unité par le chef du département infirmier.

L'infirmier relais dispose d'une formation et/ou d'une expérience spécifique dans les soins gériatriques.

§ 2. Au sein de son équipe, cet infirmier relais, en collaboration avec l'équipe gériatrique pluridisciplinaire de la liaison interne, favorise le développement de l'approche gériatrique et facilite le dépistage, sur base d'outils validés, des patients gériatriques. L'infirmier relais pour les soins gériatriques peut, soit de sa propre initiative soit en collaboration avec le médecin spécialiste responsable, faire appel à la liaison interne du programme de soins à l'intérieur de laquelle le médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou le médecin spécialiste agréé en gériatrie est appelé en consultation.

Section V. - La liaison externe

Art. 20. La liaison externe permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin généraliste, du médecin coordinateur et conseiller et des prestataires de soins pour le groupe cible.

Elle vise à optimiser la continuité des soins, à éviter des admissions inutiles et à développer des synergies et des réseaux de collaboration fonctionnels.

Art. 21. La liaison externe dispose d'au moins un mi-temps infirmier gradué/bachelier social ou assistant social assurant la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins. Il doit justifier d'une formation relative à la continuité des soins. En collaboration avec l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins, le référent hospitalier pour la continuité des soins est chargé des missions de continuité des soins visées aux articles 27 et 28.

Art. 22. Chaque programme de soins instaure dans le cadre de la liaison externe du programme de soins une collaboration formelle avec :

1° un ou des services intégrés de soins à domicile;

2° des cercles de médecins généralistes;

3° des maisons de repos et de soins;

4° des centres de soins de jour.

CHAPITRE VI. - Les normes de qualité et les normes afférentes au suivi de la qualité

Section I^{re}. - Normes de qualité

Sous-section I^{re}. - Le manuel gériatrique pluridisciplinaire

Art. 23. § 1^{er}. Le programme de soins conclut une série d'accords de collaboration entre les acteurs internes et externes, qui sont mentionnés dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire. Ce manuel comprend les données suivantes :

1° les modalités de collaboration reprises dans l'accord de collaboration fonctionnelle tel que visé à l'article 2. Ces modalités concernent, notamment, la référence des patients au programme de soins;

2° les modalités selon lesquelles l'expertise pluridisciplinaire du programme de soins peut être mise à disposition, sous la forme d'une consultation gériatrique pluridisciplinaire ou d'une admission en hôpital de jour pour le patient gériatrique, pour le patient gériatrique séjournant à domicile ou dans une institution de soins;

3° les modalités de formulation d'avis, par l'équipe du programme de soins, afin d'optimiser la qualité des soins à l'intérieur des institutions de soins pour lesquelles une collaboration existe;

4° la composition de l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins ainsi que leur répartition dans les différentes composantes du programme;

5° la définition du projet pluridisciplinaire et de la politique de qualité que le programme de soins poursuit (valeurs, objectifs, missions);

6° une description de l'organisation de la liaison interne pour l'ensemble des services et fonctions visés à l'article 19, y compris les directives pour le dépistage des patients gériatriques admis à l'hôpital;

7° une description de l'organisation de la liaison externe;

8° les modalités spécifiques d'organisation du programme de soins.

Plusieurs trajets de soins cliniques sont insérés progressivement dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire, ce qui permet d'accroître la qualité et l'efficacité des soins gériatriques pluridisciplinaires.

§ 2. Le manuel gériatrique pluridisciplinaire est mis à disposition de tous les collaborateurs du programme de soins. Il peut être consulté à l'hôpital par l'ensemble des prestataires de soins de l'hôpital et par des autres prestataires associés au programme de soins en raison de la collaboration, ainsi que par le patient ou son représentant.

Sous-section II. - Le plan de soins et la concertation pluridisciplinaires

Art. 24. Pour chaque patient gériatrique, admis au service de gériatrie, à l'hôpital de jour pour le patient gériatrique ou dans un autre service, l'équipe concernée établit un plan de soins pluridisciplinaire, le cas échéant en collaboration avec l'équipe de liaison interne lorsqu'elle a été conviée à intervenir, concernant le diagnostic, le traitement et la réadaptation fonctionnelle éventuelle. Ce plan de soins fait intégralement partie du dossier du patient.

Art. 25. § 1^{er}. L'équipe gériatrique pluridisciplinaire organise, au moins chaque semaine, une concertation pluridisciplinaire concernant les patients gériatriques.

Peuvent également participer à cette concertation, pour les patients qui les concernent, le médecin généraliste traitant et d'autres médecins ou prestataires de soins associés au traitement du patient. S'il s'agit d'un patient gériatrique hospitalisé dans un autre service que le service de gériatrie, l'infirmier relais et le médecin du service concerné peuvent également participer à la concertation.

§ 2. Si, dans le cadre de la mission de liaison externe, l'équipe gériatrique pluridisciplinaire a réalisé une évaluation, le médecin généraliste et d'autres médecins ou prestataires ayant dispensé les soins au patient, peuvent prendre part à la concertation organisée au sein de l'hôpital.

Sous-section III. - La continuité des soins

Art. 26. De manière à favoriser la continuité des soins, la préparation de la sortie du patient débute dès son admission à l'hôpital. Une feuille de liaison, mentionnant l'ensemble des éléments requis à la continuité des soins, est établie pour chaque sortie d'un patient gériatrique de l'hôpital. Cette feuille de liaison est remise au médecin généraliste désigné par le patient et, le cas échéant, à d'autres prestataires de soins importants pour la continuité des soins.

Art. 27. § 1^{er}. Le référent hospitalier pour la continuité des soins, tel que visé à l'article 21, en collaboration avec l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins, prend toutes les mesures nécessaires à la préparation du retour à domicile de qualité, et ce dès l'admission à l'hôpital. De manière générale, il assure la promotion de la continuité des soins. A cet effet, il élabore des processus de collaboration pluridisciplinaire au sein de l'hôpital et entre l'hôpital et les structures de première ligne.

§ 2. A cet égard, l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins et le référent hospitalier pour la continuité des soins sont responsables :

- 1° de la détection des patients à haut risque pour lesquels un retour à domicile peut être envisagé;
- 2° de l'évaluation des patients détectés, ainsi que de leur accompagnant principal;
- 3° de l'information au patient et à son accompagnant principal en ce qui concerne les soins et services à domicile;
- 4° de la proposition et de la coordination des plans de soins individualisés, en collaboration avec les structures de première ligne;
- 5° de l'organisation de réunions pluridisciplinaires visant la continuité des soins.

Art. 28. § 1^{er}. Au niveau organisationnel, la mission des liaisons interne et externe consiste à :

- 1° contribuer à la culture de la continuité des soins;
- 2° proposer et d'élaborer des actions relatives à la politique menée par l'hôpital en matière de continuité des soins;
- 3° participer à la formation continue pour le personnel sur les principes de la continuité des soins;
- 4° élaborer des synergies de collaboration pluridisciplinaires dans l'ensemble des unités de l'hôpital;
- 5° proposer des initiatives en matière de continuité des soins.

§ 2. En outre, la liaison externe est responsable de :

- 1° l'élaboration des accords de coopération avec les services intégrés de soins à domicile, et les structures d'aides et de soins à domicile, notamment par la mise en place et la participation à des comités pluridisciplinaires pour la continuité des soins;
- 2° l'élaboration de synergies de collaboration avec les autres institutions de soins.

Section II. - Suivi de la qualité

Art. 29. Le programme de soins pour le patient gériatrique collabore à l'évaluation interne et externe de l'activité médicale, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux.

A cet effet, il est créé un Collège pour le patient gériatrique chargé d'évaluer le processus de soins décrit à l'article 5 du présent arrêté. Pour cela, le Collège collaborera avec l'ensemble des disciplines visées à l'article 12. Outre les missions indiquées à l'article 8 de l'arrêté précité du 15 février 1999, sont également dévolues au Collège les missions suivantes :

- 1° soutenir les hôpitaux dans la réalisation et l'adaptation d'un manuel gériatrique pluridisciplinaire;
- 2° proposer des directives pour établir et évaluer le plan de soins cité à l'article 24 du présent arrêté et la feuille de liaison citée à l'article 26 du présent arrêté;
- 3° élaborer un modèle d'enregistrement interne visé à l'article 3 de l'arrêté royal précité du 15 février 1999 prenant en compte les spécificités et les risques du patient gériatrique. L'enregistrement doit permettre, sur base d'indicateurs mesurables, d'évaluer le plan de soins pluridisciplinaire et les objectifs de soins et de continuité, précisés respectivement à l'article 24 et 26 du présent arrêté.

CHAPITRE VII. - Normes architecturales

Art. 30. L'hôpital de jour pour le patient gériatrique constitue une entité reconnaissable et distincte. Il comporte au moins les locaux suivants :

- 1° un local d'examen;
- 2° un local de soins;
- 3° un local de repos avec des fauteuils adaptés;
- 4° une salle à manger;
- 5° une salle pour les activités thérapeutiques individuelles ou de groupe;
- 6° un nombre suffisant d'installations sanitaires pour les patients.

Les locaux visés aux 3° et 4° peuvent être aménagés dans la même pièce.

L'infrastructure nécessaire pour une réadaptation fonctionnelle doit être accessible aux patients admis dans l'hôpital de jour.

Art. 31. L'hôpital de jour pour le patient gériatrique dispose d'un nombre suffisant de chambres adaptées aux patients gériatriques admis en hospitalisation de jour. Elles sont spécifiquement réservées aux patients admis en hospitalisation de jour.

Art. 32. Les locaux de l'hôpital de jour pour le patient gériatrique sont facilement accessibles, notamment aux fauteuils roulants, et adaptés au confort et à la sécurité du patient gériatrique.

Dans les couloirs et dégagements de l'hôpital de jour, toutes les inégalités du sol telles que marches, escaliers et autres entraves, sont évitées. En outre on prévient tout risque de glissement.

Les déplacements des patients dans l'hôpital de jour seront facilités par l'installation de mains courantes et de poignées. Les installations sanitaires seront également dotées de poignées. Des aires de repos suffisantes seront prévues dans les couloirs.

Art. 33. Un système d'appel efficace est prévu dans tous les locaux.

CHAPITRE VIII. - Dispositions modificatives

Art. 34. A la rubrique « Normes spéciales pour le service de gériatrie » de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 12 avril 1984 et 25 juin 1985, les modifications suivantes sont apportées :

1° Le point 1 est remplacé par la disposition suivante :

« 1. L'agrément comme service de gériatrie peut être accordé au service d'un hôpital général qui se consacre à l'établissement d'un diagnostic de gériatrie, au traitement, à la réadaptation fonctionnelle, aux soins et à l'hospitalisation, dans les meilleures conditions, de patients gériatriques.

Un service de gériatrie isolé, associé ou non à un service spécialisé pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), doit disposer d'une liaison fonctionnelle avec le service de gériatrie de l'hôpital le plus proche. Cette liaison fonctionnelle doit faire l'objet d'une convention écrite qui précisera les modalités :

- de collaboration entre les services de gériatrie, notamment en ce qui concerne la politique d'admission et de transfert des patients gériatriques;

- de recours aux services médico-techniques;

- de collaboration médicale, infirmière et paramédicale, notamment dans une politique de concertation et de formation permanente.

La liaison fonctionnelle sus-mentionnée doit faire l'objet d'une convention écrite si les deux services de gériatrie concernés n'appartiennent pas au même pouvoir organisateur. »;

2° Au point 4, troisième alinéa, les mots « ne peut être supérieure à trois mois » sont remplacés par les mots « ne peut être supérieure à 45 jours ».

Art. 35. A la sous-rubrique « II. Normes fonctionnelles » de la rubrique « Normes spéciales pour le service de gériatrie » de l'annexe du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées au point 4 :

1° Le second alinéa est remplacé comme suit :

« Le médecin dressera, en concertation avec les personnes concernées par le traitement, un programme de traitement mentionnant aussi bien les traitements spéciaux médicaux, infirmiers, paramédicaux et psychologiques que les possibilités de réadaptation fonctionnelle. »;

2° Dans l'avant-dernier alinéa, les mots « le psychologue, » sont insérés entre les mots « l'ergothérapeute » et « l'assistant social ».

Art. 36. A la sous-rubrique « III. Normes d'organisation » de la rubrique « Normes spéciales pour le service de Gériatrie » de l'annexe du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° L'alinéa 1^{er} du point 1 est remplacé comme suit :

« La direction médicale du service de gériatrie est confiée à un médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie. »;

2° Le point 3 est remplacé comme suit :

« 3. Le service dispose d'au moins 14,13 équivalents temps plein membres de personnel infirmier, paramédical et/ou soignant pour 24 lits agréés dont au moins :

1° un infirmier en chef par unité, porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie;

2° 5 équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier pour 24 lits G agréés;

3° 4 équivalents temps plein infirmiers porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie, pour 24 lits G;

4° dans chaque unité de soins, au moins un(e) infirmier(ère) doit être présent(e) en permanence;

5° 1,33 équivalents temps plein membres de personnel ayant comme qualification gradué/bachelier en ergothérapie, gradué/bachelier en logopédie, licence/master en logopédie ou licence/master en psychologie. »;

3° Au point 4, les mots « ergothérapeutes, logopèdes, » sont supprimés.

CHAPITRE IX. - Dispositions finales et transitoires

Art. 37. Les infirmiers qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, ont exercé au moins pendant 5 ans équivalent temps plein dans un service de gériatrie (indice G), dans un hôpital de jour pour le patient gériatrique ou dans un service Sp affections psychogériatriques entrent en ligne de compte pour les fonctions visées au point 3° du point 3° de la sous-rubrique « III. Normes d'organisation » de la rubrique « Normes spéciales pour le service de Gériatrie » de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Art. 38. Les infirmiers qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, exerçaient déjà la fonction d'infirmier en chef peuvent continuer à exercer leur fonction dans un service de gériatrie (index G).

Art. 39. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge, à l'exception des articles 2, 6, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 23, § 1^{er}, 1°, 30, 31, 32 et 33 qui entrent en vigueur à une date à fixer par Nous.

Art. 40. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Nomenclature :

1. Réalisé à l'article 25 (budget 2.5 mio € en 2006) :
 - a. 102233 : consultation pluridisciplinaire à la demande du généraliste
 - b. 599045 C40 : liaison interne, ne peut être portée en compte que deux fois maximum durant la même période d'hospitalisation
 - c. Petite revalorisation lettre-clé C pour les surveillances Gériatrie 599126, 598286, 599141 et 599163
 - d. Harmonisation immunité en cas de réhospitalisation portée à 3 jours par analogie avec les autres spécialités hospitalières "aiguës". Auparavant, c'était 30 jours.
2. A réaliser en 2007 (budget 5 mio € à partir de 2007)
 - a. Revalorisation linéaire lettre-clé C + 19 % pour toutes surveillances Gériatrie
 - b. Impact budgétaire attendu : augmentation de 4.890.000 € par an

Estimation impact financier augmentation valeur lettre-clé de 19%

	Voorkeur	Niet voorkeur	Totaal
598286	6.916.277	5.192.014	12.108.290
599126	1.487.275	1.119.552	2.606.828
599141	7.986.117	4.423.291	12.409.408
599163	1.746.496	968.111	2.714.607
Totaal	18.136.165	11.702.968	29.839.133
Financiële impact			4.892.675

Avec une revalorisation de 19 %, on reste dans les limites du budget disponible de 5 millions d'euros.

3. Modification de l'article 20
 - a. Entrée en vigueur attendue le 1-1-2009 ou le 1-1-2010
 - b. Au point h), ajout de 'en Gériatrie'
 - c. Un grand nombre de technicités restent accessibles en connexe pour le Gériatre :
 - i. Toutes les prestations qui sont également disponibles pour l'interniste général
 - ii. de la rubrique pneumologie la spirométrie de base et un certain nombre d'endoscopies diagnostiques, non interventionnelles 471251-471262, 471273-471284, 471295-471306, 471391-471402, 471715-471726, 471774-471885
 - iii. de la rubrique gastro-entérologie la plupart des endoscopies diagnostiques, non interventionnelles 472356-360, 472393-472404, 472415-472426, 472452-472563, 473056-473060, 473130-473141, 473174-474185, 473255-473266, 473432-473443, 473491-473502, 473594-473605
 - iv. de la rubrique cardiologie les codes 475812-472823, 476114-473125, 476210-476221, 476254-476265
 - d. Dans le futur, toutes les technicités non mentionnées explicitement en connexité ne seront plus disponibles que pour les sous-disciplines.
 - e. Eventuels points de contestation :
 - i. Dans la rubrique pneumologie totalité de l'examen de la fonction pulmonaire:
 - a) Détermination du volume résiduel 471310 / 471321
 - b) Détermination de l'inégalité de la ventilation 471332 / 471343
 - c) Mesure de la capacité de diffusion 471354 / 471365
 - d) Etude de la mécanique ventilatoire 471376 / 471380
 - ii. Dans la rubrique pneumologie la bronchoscopie avec prélèvement biopsique 471730 / 471741

- iii. Dans la rubrique gastro-entérologie la polypectomie à l'occasion d'une colonoscopie gauche ou totale 473211 / 473222
- iv. Dans la rubrique cardiologie le Tilt-test

4. Autres articles :

a. Article 3, § 1. : = réalisé

A. Sont considérées comme prestations courantes qui peuvent être portées en compte par le médecin généraliste agréé ou le médecin généraliste avec droits acquis ou le médecin spécialiste. Cet article est en effet également applicable par le gériatre agréé (médecin spécialiste), moyennant ajout de spécialiste en gériatrie à la liste B.

b. Aucune modification n'est attendue pour les articles 4, 5, 11, 13

5. Une note détaillée où "en Gériatrie" doit être ajouté, a été rédigée et soumise aux responsables :

a. Service de garde et continuité :

- i. L'article 8 de la loi sur les hôpitaux stipule que chaque médecin doit veiller à la continuité des soins via un médecin de la même spécialité. La plupart des hôpitaux disposent d'un service de garde en médecine interne auquel toutes les sous-disciplines participent. La gériatrie entend à cet égard suivre les mêmes règles que celles en usage pour la cardiologie, la gastro-entérologie et la pneumologie.
- ii. En matière d'organisation de service, la gériatrie doit être considérée comme une discipline annexe de la médecine interne (avec évidemment une reconnaissance distincte comme la cardiologie, la pneumologie et la gastro-entérologie).

b. Nomenclature des prestations de santé :

i. Article 2A :

- 1. 102034/102550 Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en
- 2. médecine interne ou en gériatrie, y compris un rapport écrit éventuel

ii. Article 10, § 1 :

Les prestations reprises au présent chapitre et au chapitre VII, section Ire, sont prises en charge par l'assurance lorsqu'elles sont effectuées par tout médecin généraliste agréé ou médecin généraliste avec droits acquis ou médecin spécialiste. Le gériatre agréé doit encore être ajouté à cet endroit :
FP : spécialiste en gériatrie

iii. Article 13, § 1 :

Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en médecine interne, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, gériatrie, rhumatologie, pédiatrie, anesthésiologie, chirurgie générale, neurochirurgie, orthopédie, chirurgie plastique, urologie ou neurologie

iv. Article 25, § 1 :

Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en gastro-entérologie, en pneumologie, en gériatrie, en rhumatologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie d'un malade hospitalisé dans un service D :

598706	les cinq premiers jours, par jour	C 20
598205	par un médecin spécialiste accrédité, les cinq premiers jours, par jour	C 20 + Q 30
598721	du sixième au douzième jour inclus, par jour	C 7
598743	le treizième jour et les jours suivants, par jour	C 3,5

- v. 597785 Honoraire pour l'examen d'entrée avec examen médical, tenue d'un dossier médical central et rédaction d'un plan de réadaptation fonctionnelle adapté pour le patient admis dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologique, Spocomoteur ou

Sp-chronique, effectué par un médecin spécialiste dans une des disciplines de la médecine interne, cardiologie, pneumologie, gériatrie, rhumatologie, neurologie, neuropsychiatrie, chirurgie orthopédique ou en médecine physique et réadaptation fonctionnelle ou en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des personnes handicapées.

- vi. Article 25, § 2. a) 2°, troisième phrase :
Toutefois, cette période d'immunisation ne s'applique pas aux interventions chirurgicales d'une valeur supérieure à K 180, N 300, I 300 si la surveillance est exercée par un médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en gériatrie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en pédiatrie, en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, n'ayant pas pratiqué l'acte chirurgical et appartenant à une autre spécialité médicale que le médecin qui a réalisé l'intervention chirurgicale.
- vii. Article 25, § 3 :
Au moins un des médecins de permanence intramuros est soit porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence, soit porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, soit spécialiste agréé en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en gériatrie, en rhumatologie, en neurologie, en pédiatrie, en anesthésie-réanimation, en chirurgie, en neurochirurgie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en urologie.
- viii. Article 25, § 3 :
Les prestations 590181, 590203 et 590225 ne peuvent être portées en compte que si:
1. les médecins qui assurent la permanence médicale, remplissent les qualifications visées dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée ou dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée; le médecin spécialiste en gériatrie, une spécialité qui n'était pas encore reconnue en 1998, peut également remplir les qualifications visées dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée ou dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée;
2. le médecin, chef de service de la fonction "soins urgents spécialisés" ou de la fonction de soins intensifs satisfait respectivement aux dispositions visées à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée ou aux dispositions visées à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée; le médecin spécialiste en gériatrie, une spécialité qui n'était pas encore reconnue en 1998, peut également satisfaire respectivement aux dispositions visées à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée ou aux dispositions visées à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée
- c. Concernant les prescriptions de médication et les prestations spéciales, les termes "en Gériatrie" doivent également être ajoutés à différents endroits. Le Professeur Mimi Casteels, responsable en la matière en qualité de présidente, a été informée du problème par JPB. A suivre.
-

Appel final

Par cet appel final, le comité directeur vous invite à :

- vous affilier à notre union
- participer au mieux à la réflexion sur l'amélioration des conditions de travail des géiatres, en particulier en ce qui concerne le contenu de la nomenclature INAMI
- soumettre des suggestions pour la promotion de l'attractivité de la profession pour nos jeunes confrères
- signaler tous les problèmes sur le terrain (compétences, nomenclature, accords, ...)

Le Comité directeur s'engage à défendre au mieux vos intérêts dans la mesure où la loi l'y autorise.

Au nom du Comité directeur,

Dr M. Vandebroucke,
Président

NOUS COMPTONS SUR VOTRE SOUTIEN !
La cotisation annuelle (déductible) de 200 euros
est à verser sur le
numéro de compte 737-0206127-45