
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

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

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 3 / MAI 2008

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

LA QUALITE EN MEDECINE : UNE UTOPIE ?

**Exposé du Dr J.L. DEMEERE, président du GBS,
dans le cadre du symposium du 02.02.2008 du GBS
"La qualité de l'acte médical dans la médecine spécialisée"**

La médecine reste un art qui répond à des exigences de mieux en mieux définies par les patients, les professionnels de la santé et les shareholders ou les financiers du système.

Sous le vocable « qualité », tous s'attendent à une prestation ou un service qui dans leur esprit correspond à une réalité souvent mal définie. Dans le domaine de la qualité, la perception reste prépondérante. Afin de diminuer la subjectivité dans cette perception, des référentiels sont rédigés, des résultats sont mesurés, des systèmes sont évalués. Selon que l'on soit patient ou praticien ou responsable d'une mutuelle ou encore médecin-contrôleur du SECM, l'interprétation, la perception des résultats sera différente et sujette à des commentaires. Cependant, toutes ces différences devront s'intégrer dans l'objectif de soins qu'est la santé publique et dans le système de soins dans lequel nous sommes. La qualité devient relative à ce système, aux moyens dont on dispose, à l'objectif que la société se fixe.

La qualité :

Les définitions de la qualité sont multiples. La définition pour le patient ne correspond pas à celle du médecin, ni à celle du décideur politique, puisque la perception et l'objectif sont différents. On en arrive même à une perception différente par le décideur politique selon la nature de l'objectif : lorsqu'il fixe les règles de financement (loi sur l'AMI) versus lorsqu'il fixe les règles pour indemniser les patients (loi « no fault »).

Steward la définissait en ces mots : "Quality is the feeling that something is better than the others"¹. Pour l'institut de médecine (U.S.A.), la définition est : "The degree to which health services for individuals increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge"². Donobedian parlait de : "That kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts"³.

De ces définitions, retenons le terme « feeling », le terme « outcome », le terme « knowledge », le terme « process ». Une étude concernant la qualité des soins ne se base donc pas simplement sur la perception mais surtout sur l'analyse de la structure avec les professionnels de santé et leur compétences, l'analyse des processus, l'analyse du résultat.

Toutes ces données devront être récoltées, analysées, corrigées si nécessaire puis réimplantées dans le processus de soins. Deming synthétise la démarche « qualité » en ces mots, Plan, Do Check et Act (PDCA)¹.

¹ J.L. Demeere, QMDA, Acta Anaesth. Belg. 56, 291-296, 2005

² T. Archer, A Maccario, current opinion in Anaesthesiology, 19, 171-176, 2006

³ KCE reports; Clinical quality indicators, 7; 2006

Mettre en place un projet « qualité » (Plan) nécessite la mise en place et l'utilisation de guidelines, de recommandations, de procédures, de référentiels (Do). Ceux-ci doivent être évalués, mesurés par des indicateurs (Check). Ces indicateurs doivent être choisis, définis et validés. Des procédures ont été décrites par le KCE. En fonction de la littérature, des indicateurs explicites, pertinents seront définis et acceptés par un team de shareholders (patients, médecins, payeurs, mutualistes...). On testera la validité de l'indicateur qui sera utilisé en clinique⁴. En fonction des résultats des indicateurs, les améliorations « qualité » seront implémentées (Act).

STRUCTURE :

Structure et système de santé en Belgique :

Le système de santé dans lequel nous travaillons prédéfinit la structure. Nous avons des médecins généralistes (M.G.), des médecins spécialistes (M.SP.), des M.SP. intrahospitaliers ou extrahospitaliers. Certains scindent l'offre médicale en première ligne réservée à la médecine générale⁵ et en deuxième ligne réservée à la médecine spécialisée intrahospitalière. Cette division se base sur une conception de la médecine des années 1970 à 1995, où un médecin détenait un savoir médical universel, pouvait travailler comme généraliste dès la fin de sa formation et pouvait même assurer les gardes intrahospitalières ou extrahospitalières. Depuis les médecins généralistes sont devenus des spécialistes en médecine générale et moyennant une formation complémentaire (B.M.A.) peuvent encore assurer des gardes intrahospitalières. Pour les vraies urgences à domicile ou dans les lieux publics, les M.G. sont dépassés par la compétence des S.M.U.R. (services mobiles médicalisés pour les urgences).

Les études épidémiologiques de la santé montrent une croissance des maladies chroniques et dégénératives et une diminution de l'incidence des maladies infectieuses. Si le médecin de famille assurait dans l'après-guerre des accouchements, des interventions chirurgicales mineures (à domicile) et le traitement des infections avec les sulfamides, la pénicilline, la terramycine et la streptomycine, dès les années 60-70, la technicité médicale a déplacé le centre de gravité des traitements vers l'hôpital⁶. L'accouchement à domicile revient certes mais avec des sages-femmes. Les amygdalectomies se font à l'hôpital et le M.G. surveille les hypertendus, les diabétiques, les coronariens, les personnes âgées aux pathologies multiples, bref essentiellement les affections chroniques. Les postes de gardes de M.G. quittent le cabinet du médecin de ville et deviennent des entités autonomes⁷. Les cabinets deviennent des pratiques avec plusieurs médecins ou des pratiques de groupe. Le médecin devient un expert dans son domaine et n'est plus un docteur (homme très savant dans un genre déterminé)⁸.

Ceci nous amène à reconsidérer la structure de soins. L'hôpital est le temple de la technicité avec ses spécialistes devenus hyper-spécialistes dans un domaine particulier (par exemple l'orthopédiste spécialiste de la chirurgie de la main). Le médecin généraliste assure le suivi des affections chroniques, la médecine préventive et l'aspect social de la santé. L'O.M.S. a défini la santé comme un « Etat de complet bien-être physique, mental, social et ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité ».

Le M.Sp. extra-hospitalier est l'expert médical qui, à un moindre coût que le M.Sp. hospitalier, effectue son expertise dans un domaine particulier de la santé. L'hôpital avec ses structures logistiques et administratives connaît un coût marginal plus élevé qu'une pratique en cabinet privé.

Décrire la structure « qualité » pour la médecine de demain est donc organiser la première ligne comme l'unité de prévention et de surveillance des affections chroniques. Les réelles urgences sont reprises par l'hôpital et les S.M.U.R. Les mises au point diagnostiques et les traitements nécessitant une lourde technicité ou une expertise particulière sont réservés à l'hôpital. Ceux ne nécessitant pas la machinerie hospitalière peuvent être effectués à moindre coût au cabinet privé d'un M.Sp ou dans une polyclinique.

Dans cette structure et pour des raisons de maîtrise des coûts, les infirmières et paramédicaux auront un rôle de plus en plus important. Le médecin avec son expertise n'est plus le soignant à domicile, mais l'expert qui décide des traitements que les nurses ou nurse-practioners, comme dans certains pays, effectuent. Il est à noter que les M.G. ont perdu les accouchements à domicile au profit des sage-femmes.

⁴ K.C.E. : Clinical quality indicators, 2006

⁵ Art. 9 du Décret flamand du 03.03.2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins

⁶ P. Vandekerckhove : Meneer Dokter. Ed GLOBE, Roularta Books, Roeselaere, 2006.

⁷ Arrêté Demotte : postes de garde de médecine générale

⁸ Dictionnaire Larousse 1968.

Structure et formation

La formation médicale a évolué. D'une formation « doctrinaire », on oriente actuellement l'enseignement vers la pratique. L'ancienne connaissance médicale universelle n'est plus possible vu l'étendue du domaine des connaissances d'une part et sa complexité d'autre part.

La formation par problème est actuellement de plus en plus utilisée dans nos universités. Venant essentiellement du Canada, pays où est né le concept de l'evidence based medicine (E.B.M.), l'apprentissage se fait particulièrement par la solution de problèmes médicaux, lors de discussion (PBLD = problem based learning discussion) ou en travaux de groupe (team working). Assez particulier dans ce concept est le self-training où la vitesse d'assimilation des connaissances (et son contrôle) se fait au rythme de l'étudiant ou de l'assistant, avec un enseignement modulaire et le report des acquis (ou des échecs) d'année en année voire d'université à université.

Deux réflexions s'imposent. La première est que l'identité du docteur en médecine avec la connaissance d'une médecine holistique et qui traite, presque avec un pouvoir divin, son patient, est remplacée par celle d'un médecin expert qui solutionne des problèmes médicaux.

On ne parle plus de traiter son patient !

La deuxième réflexion est celle du choix de la solution au problème. Ce choix est motivé par la recherche de l'excellence, de la qualité et du moindre coût. On parle de probabilité de résultats. On parle d'efficacité, d'E.B.M. Le meilleur choix en lui-même est éthique s'il donne la meilleure chance au patient, pour une qualité de vie (QALY) au moindre coût. L'expert médical devient aussi un expert économique. Le médecin évolue en ingénieur de la machine humaine pour lui permettre de fonctionner dans notre société de production et de consommation.

Les choix « qualité » dépendent de techniques d'économies de la santé comme les arbres décisionnels, le modèle de Markov. Les décisions prises sont justifiables en termes de santé et d'économie de la santé. Les décisions prises deviennent multiples, pluridisciplinaires. On travaille non plus isolé mais en team.

Structure et compétences :

Le nouveau M.Sp. a un profil⁹ :

- Professionnel
- Communicateur
- Manager
- Team worker
- Promoteur de la santé
- Scientifique
- Expert médical

Ces diverses compétences (souvent peu acquises durant les études de médecine) doivent être acquises et développées par l'enseignement médical continu. A cet effet, le GBS organise avec la Haute-Ecole Université de Bruxelles, H.U.B¹⁰, un cours de management pour médecin.

Structure hospitalière :

L'hôpital sera demain le lieu de haute technicité. Les séjours hospitaliers seront encore moins nombreux, suite au développement de l'ambulatoire et à la maîtrise des durées de séjours. Actuellement, la Belgique compte 4,4 lits par 1000 habitants¹¹. Le Canada 2,9, la Suède 2,2, les Pays-Bas 3,1. Ces chiffres montrent que l'organisation hospitalière belge n'est pas des plus efficaces car la capacité d'hébergement (et son coût) dépassent celle de pays voisins ayant des résultats en termes de durée de vie des patients et de pathologies semblables aux nôtres.

Structures de soins à domicile et de soins extra-hospitaliers :

L'hospitalo-centrisme des dernières années n'a pas permis le développement d'un réseau de soins coordonnés extra-hospitaliers. La politique belge avec ses réseaux de soins, la communautarisation des problèmes, les compétences fédérales et régionales ou communautaires, créent un chaos « organisé ». Le journal « De Standaard » publiait le 22 octobre 2007 qu'en Belgique, 85% des patients âgés et déments sont encore soignés à domicile. Or il n'existe pas de réseau de soins coordonnés et multidisciplinaires¹². Cette

⁹ G. Hudon : Développement professionnel continu des médecins au Québec : toile de fond académique et juridique. MS7 – Montréal 2005

¹⁰ HUB était anciennement EHSAL, KUB, ONIM, VLEKO

¹¹ Rapport OECD June 12, 2007

¹² J. De Lepeleire : Samenwerking is geen wondermiddel. De Standaard p. 20; 22-10-2007

situation a comme conséquence en Flandre que pour obtenir de l'aide subsidiée, de la Région, de l'Etat fédéral, de l'I.N.A.M.I, il faut remplir de nombreux documents dont trois échelles différentes d'évaluation du patient. Peut-on encore parler d'une structure de qualité dans ce seul exemple ?

PROCESSUS :

Les clinical pathways; itinéraires cliniques

Les itinéraires sont définis sur le site web de la K.U.L.¹³ comme :

"Clinical management tools that organize, sequence, and time the major care activities and interventions of the entire multidisciplinary team for a particular diagnosis or procedure."

Les itinéraires cliniques sont donc des outils de management des soins aux patients en fonction de critères prédéfinis. Ils englobent la médecine de première ligne et la médecine hospitalière et permettent une approche globale des soins en fonction du diagnostic et de la procédure.

L'E.B.M.

Sackett a défini l'E.B.M. comme "The conscientious, explicit, and judicious use of the best evidence in making decisions about care of individual patients"¹⁴.

Le choix judicieux et explicite de l'E.B.M. est fonction de l'évidence scientifique, de l'expérience du médecin et du choix du patient¹⁵. Ceci est fort différent du concept de certains considérant que l'E.B.M. est un choix unique sans alternative qui, de ce fait, supprime la variabilité dans les traitements et approches diagnostiques¹⁶. L'E.B.M. est par définition le meilleur choix en fonction du praticien et des attentes du patient et du système de santé dans lequel on se trouve. C'est la recherche de l'excellence dans l'art du possible.

L'économie de la santé : cost-effectiveness ?

L'art du possible tel que défini ci-dessus a une dimension éthique et économique. L'accessibilité aux soins pour tous et le financement de ces soins sont un problème de toutes les sociétés¹⁷.

Même si la communauté participe dans son ensemble au financement des soins, par l'impôt ou un système de sécurité sociale sur le fruit du travail, il faut admettre que le patient est rarement le payeur de ce système. Ceci a trois conséquences. Il y a un manque de transparence du système, entre l'assureur, le producteur des soins et le consommateur. Deuxièmement, les soins étant solidarisés, ils devront être plafonnés et on ne peut pas tout payer. Troisièmement, la liberté d'accès aux soins payés par un tiers influence le comportement des consommateurs et demande une éducation de ces derniers¹⁷.

Manque de transparence :

Pour compenser le manque de transparence, les financiers cherchent à valider la performance et à pénaliser l'inefficience¹⁸. De ceci est née l'idée du Pay For Performance (P4P) et récemment du Pay for Quality (P4Q).

Plafonnement des remboursements :

L'impact des nouvelles technologies, le vieillissement de la population, l'évolution vers les pathologies de longue durée ne font que accroître les demandes de soins et augmenter leur coût¹⁷. La variation dans les traitements et techniques amène des variations dans les coûts¹⁹. On remarque cependant l'absence d'objectifs de santé²⁰ comme en médecine préventive et le manque de choix et de courage politiques.

¹³ www.uzleuven.be/ebm/kp

¹⁴ D. L. Sackett, W. M. Rosenberg, J. A. M. Gray, R. B. Haynes, W. S. Richardson. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. B.M.J. 1996; 312: 71-72

¹⁵ B. G. Fahy : E.B.M. in perioperative care. Does it help us improve care? A.S.A. San Francisco Refresher Course, 2007 : 213:1-6

¹⁶ C. Lucet : The perspective of Social Health insurance company to P4Q. Pfizer Health Forum; Limelette, dec 2007

¹⁷ P. Mordelet : gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé. ENSP 2006, Rennes, p. 113

¹⁸ R. Adams : Pay for performance : A decision Guide for Purchasers. Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ publication 06-0047, April 2006

¹⁹ D. Schaeffer , D.E. Mc Murty : Variation in medical care : time for action : Health Affairs, nov 2005.

²⁰ L. Annemans : Why pay for performance gains interest. A health economic view. Pfizer Health Forum, Limelette, dec 2007.

Education des patients :

Le shopping médical permet au patient d'avoir un second avis concernant son affection, ce qui est conforme aux droits des patients²¹. Le shopping médical permet surtout de zapper de médecin en médecin et de traitement en traitement jusqu'à l'obtention des attentes personnelles préétablies. L'absence de dossier médical unique, l'absence d'informatisation des données de santé ne permettent aucun contrôle direct. Seule la mutualité par le nombre de consultations différentes chez les praticiens de même discipline pourrait détecter cette surconsommation. Même en ce cas, intervenir est peu évident. Il faut donc conscientiser les patients et les décideurs politiques. Dans la pratique des spécialités, il faut aussi éduquer les patients pour orienter les attentes et les préjugés²². N'oublions pas que la qualité selon les patients est essentiellement une perception¹.

Mesures de la qualité :

La définition des indicateurs de qualité permet la mesure de la qualité et un benchmarking entre différentes institutions.

L'organisation mondiale de la santé finance en Europe un projet « PATH » (performance, assessment tool for quality improvement in hospitals) orienté sur 6 axes différents, deux transversaux (orienté patient et recherche de la sécurité) et quatre verticaux, l'efficacité clinique, l'efficacité de la production des soins, la gouvernance responsable et l'organisation du staff²³.

En Belgique, le SPF de la Santé (service public fédéral : anciennement le ministère) finance dans les hôpitaux des projets différents d'étude de la qualité²⁴. L'agence intermutualiste et le KCE ont rapporté les examens préopératoires dans les hôpitaux et établi des guidelines avec le C.N.P.Q²⁵ (centre national de promotion de la qualité, organe de l'I.N.A.M.I.).

L'analyse des paramètres hospitaliers permet un benchmarking entre les hôpitaux²⁶. L'étude Dexia concernant la santé financière des hôpitaux permet de les comparer²⁷. Les données des RCM (résumé clinique minimal) peuvent être obtenues au SPF de la Santé pour pouvoir comparer la performance des différents hôpitaux. Enfin des techniques d'évaluation comme le pilot feedback de 2006 avec 12 indicateurs, ou le balanced score card, ou les banques de données administratives comme les RCM, Finhosta, les balances sociales ou les statistiques annuelles permettent de comparer les activités et les coûts, mais rarement l'outcome.

P4P et P4Q :

L'utilisation des critères de qualité pour financer les soins de santé répond à un souci d'efficacité dans les soins et dans le service aux patients.

Trois objectifs motivent des assureurs pour utiliser le P4P, à savoir un incitant financier pour rencontrer des objectifs prédéfinis de qualité de soins et de service, une amélioration de la qualité en diminuant la variabilité dans les traitements et la réduction des coûts¹⁶.

Au Royaume-Uni, le financement des médecins généralistes du NHS est partiellement lié à des critères de qualité et de performance. Au moyen de 146 indicateurs différents et un système de points, chaque point a une valeur monétaire déterminée, les M.G. reçoivent un financement complémentaire de leur activité²⁸. Aux U.S.A. et en Australie, différentes initiatives sont prises pour lier le financement à des critères de qualité.

Pay for Result est une étape ultérieure où l'obligation de résultat pour des médicaments justifie le paiement²⁹.

²¹ A.R. du 22 août 2002

²² Klafka, Roizen: Anesth Analg 1996

²³ J. Veillard et al : A performance assessment framework for hospitals : the WHO regional office for Europe PATH project; Int jour. for Quality in Health Care vol 17 p 487-496; 2005

²⁴ M. Haelterman : Coordination of quality and patient safety. Pfizer Health Forum, Limelette, dec 2007

²⁵ Het Preoperatief onderzoek, KCE, 2004.

Feedback intégré et multidimensionnel des données administratives hospitalières. D.G. Organisation des établissements de soins. SPF Santé publique, chaîne alimentaire et environnement. Avril 2006.

²⁶ Feedback intégré et multidimensionnel des données administratives hospitalières. D.G. Organisation des établissements de soins. SPF Santé publique, chaîne alimentaire et environnement. Avril 2006.

²⁷ A. Dessoy : Analyse sectorielle des hôpitaux généraux. (2003-2006). Dexia, 4 octobre 2007

²⁸ T. Doran, The UK's Pay for performance programme for primary care. Pfizer Health Forum, Limelette, 2007

²⁹ A.M. Garber : Satisfaction guaranteed – « Payment by results » for biologic agents. N.E.J.M. 357; 16; 1575-2007

OUTCOME :

Différents pays comparent les outcomes (résultats) par pathologie ou classe de pathologies. On établit annuellement un classement des hôpitaux³⁰. L'U.S. News and World Report établit son classement pour les maladies coronaires et la chirurgie cardiaque selon trois critères différents : la mortalité intrahospitalière, la notoriété des cardiologues et l'infrastructure hospitalière. En comparant la mortalité à 30 jours, les meilleurs hôpitaux ont des meilleurs scores bien que certains hôpitaux non classés offrent d'excellents scores.

Ce ranking des hôpitaux américains pose la question de la pertinence du paramètre mesuré. La mortalité intrahospitalière donne des résultats partiellement différents de celle à 3 mois³¹.

CONCLUSIONS :

La qualité en médecine est-elle une utopie ? L'absence de définition du terme qualité permet d'utiliser ce concept en fonction de l'attente propre de chacun. Le patient veut une perception d'une médecine de qualité faite par des professionnels de la santé et donnant les meilleurs résultats. Le médecin recherche la conformité à des données scientifiques, des recommandations professionnelles, des guidelines de soins. Il oublie souvent le coût des soins et se soucie d'un traitement maximaliste pour le bien du patient. Cette vision n'est pas partagée par les payeurs, assureurs ou autorités de tutelle qui utilisent le concept qualité pour le terme performance. La qualité devient l'excuse pour l'uniformisation de la thérapie, selon des bases purement économiques. Certains évoluent vers une obligation de résultat. Cette évolution est purement dangereuse. Un groupe américain (Geisinger) prend en charge l'ensemble des complications à 90 jours en postopératoire de chirurgie cardiaque. L'équilibre financier de ce groupe ne peut être garanti que par une sélection très stricte des patients ou par l'exclusion des patients âgés ou à risques. Dans ce cas, le terme qualité devrait être remplacé par discrimination dans l'offre de soins. La qualité en médecine est utopie quand elle ne correspond plus qu'à un objectif financier. Cette qualité économique est purement et simplement la déshumanisation de la médecine. La seule solution est la définition des indicateurs par ou avec les médecins et la seule recherche de réels objectifs de santé publique.

Notre système de soins présente par ailleurs des antagonismes lorsque par exemple d'une part la loi sur l'indemnisation des dommages sans faute garantit l'indemnisation du patient pour des soins dont il n'a pas pu bénéficier alors qu'il aurait dû en bénéficier selon l'état actuel de la science, mais dont les règles de l'AMI ne permettent pas le remboursement. Que dire enfin d'un no-fault system, alors que l'accréditation refusée d'un hôpital constitue par essence une présomption de faute ?

La qualité ne peut servir d'excuse pour justifier un pur choix économique de politique de la santé. Dans ce cas elle est une utopie.

LE GBS SOUHAITE QUE Mdeon CORRIGE LE CAP DE TOUTE URGENCE

Durant de nombreuses années, nous avons organisé ou aidé à l'organisation de journées d'études, de symposiums, de cours et de congrès. Ces activités s'inscrivaient dans le cadre de la formation médicale continue pour l'accréditation, la Formation médicale continue (FMC) et le Développement Professionnel Continu (DPC). Aujourd'hui comme hier, il convient de donner à ces activités scientifiques un certain éclat, de les organiser dans des sites attrayants, intéressants ou plaisants afin d'attirer à la fois un grand nombre de participants (ce qui est positif pour la formation continue mais également pour la santé publique) mais également des orateurs renommés ainsi que des personnalités médicales de premier plan (qui préfèrent également se rendre et séjourner dans des sites attrayants!).

Dans ce cadre, il n'y a pratiquement jamais eu la moindre aide financière des autorités ou des instances académiques mais bien heureusement des fabricants de produits pharmaceutiques ou de matériel médical. Nous sommes bien forcés de dire que si ces entreprises n'avaient pas soutenu les initiatives du corps médical, le développement médical et par conséquent les soins de santé auraient enregistré un retard considérable. Mais il n'en est quasiment pas fait mention.

³⁰ M.Mitka : Health care varies widely across the States. JAMA, 18, 298,3, 276-77, 2007

³¹ O.Wang : « America's Best Hospitals » in the treatment of acute myocardial infarction. Arch Intern Med 167,13, 1345-51, 2007

Sous le couvert de faux prétextes ou d'excès inhérents à n'importe quelle initiative humaine, les politiques et les autorités se sont une nouvelle fois attribué le rôle de "redresseur de torts" et ils se sont fixé comme objectif – avec l'appui enthousiaste des médias – de sabrer à volonté dans ces "privilèges", dans cette "gâterie" faite aux médecins !

Sous le prétexte de l'autorégulation et de l'autocontrôle, ils nous ont soumis à une sorte d'inquisition en prétendant donner une bonne leçon aux médecins dans ce domaine également en affichant une mentalité de chicaneur et de persécuteur. Une totale obéissance, une humble soumission et une adhésion enthousiaste à cette surcharge bureaucratique et à cette limitation de nos possibilités sont autant d'exigences à remplir ! L'organisme est parvenu très rapidement à édicter une série de règles ridicules et puérides dans un parfait style Joseph II (l'empereur autrichien a même imposé des règles concernant la longueur des cierges pour le service religieux !) dont certaines – mais certainement pas encore suffisamment – ont déjà dû être assouplies.

Tandis que les plus hautes instances politiques mondiales peuvent se réunir tranquillement dans des sites sélects (par exemple à Davos pour le sommet annuel) et que nos parlementaires (et des secrétaires d'Etat éventuellement superflus) entreprennent des "voyages aux frais de la princesse" (soi-disant aux frais de l'Etat mais en fait à nos frais) dans les cinq continents, les activités médico-scientifiques doivent obligatoirement avoir lieu dans des lieux qui "ne doivent pas créer de confusion quant à leur caractère scientifique" !

Jusqu'à aujourd'hui, Mdeon s'est toujours comporté comme une organisation qui se gonfle comme une grenouille prétentieuse, pratique l'automotivation, entend étendre son rôle inutilement et se rendre important, manifestement en s'inspirant du dicton "*warum 's einfach machen wenn 's auch kompliziert geht*"!

A n'en pas douter, ces tracasseries administratives ne peuvent que menacer grandement notre formation médicale continue et avoir une influence négative en mettant un frein à l'initiative des organisateurs, à l'enthousiasme des participants ainsi qu'au volume et à la qualité des activités proposées.

Le GBS est d'avis qu'il est grand temps que Mdeon revoie ses objectifs, assouplisse ses réglementations et renonce à imposer des tracasseries au médecin. Conjointement avec l'ABSyM, le GBS a pris des initiatives pour obtenir un changement de cap de Mdeon. Les 670.000 € dont Mdeon dispose aujourd'hui pour remplir sa mission pourraient certainement trouver une utilisation plus profitable pour soutenir et promouvoir nos événements scientifiques et ainsi contribuer de façon positive à la santé publique !

Prof. Dr J. GRUWEZ

Appel à candidatures pour siéger dans les commissions des visas de MDEON

Les médecins spécialistes ne pourront influencer positivement sur la politique de Mdeon qu'en participant eux-mêmes activement aux activités de cette organisation et notamment en siégeant au sein des commissions des visas. A cette fin, le GBS lance un appel aux médecins pour qu'ils se portent candidats pour une fonction dans ces commissions. Vous pouvez adresser votre candidature directement à Mdeon, avenue du Roi Albert Ier 64 à 1780 Wemmel. Nous vous remercions d'avance de bien vouloir informer le GBS si vous vous portez candidat.

**SYMPOSIUM GBS – GRAS SAVOYE "LA RESPONSABILITE"
14.06.2008**

Accréditation demandée en éthique et économie

Programme

08.30-09.00	Accueil	
09.00-09.05	Mot de bienvenue	M. V. Safarian, Gras Savoye
09.05-09.20	Introduction	Dr J.L. Demeere, GBS
09.20-09.55	Derniers développements concernant la loi no fault relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé	Maître Th. Vansweevelt
09.55-10.15	Quels sont, pour les médecins, les points essentiels dans un contrat d'assurances responsabilité professionnelle?	Mme A. Jaumotte, Fortis Corporate Industry
10.15-10.40	Questions et discussion	
10.40-11.00	Pause-café	
11.00-11.25	Quelle est la responsabilité du médecin traitant d'un patient, conducteur d'un véhicule, qui est sous médication?	Maître E. Thiry
11.25-11.40	La valeur ajoutée pour le médecin d'une assurance assistance en justice en cas de litige avec l'INAMI, avec des patients et avec des hôpitaux. Etude de cas	Mme AC Sylvestre, DAS
11.40-12.00	La responsabilité de l'administrateur dans une société de médecins. Quelles peuvent être les implications pour le médecin à titre personnel?	M. C. Cools, AIG
12.00-12.25	Questions et discussion	

Lieu

Bibliothèque Solvay
Rue Belliard 137 – 1040 Bruxelles

Renseignements et inscriptions

Delphine Van den Nieuwenhof
GBS, avenue de la Couronne 20 – 1050 Bruxelles
Tél. : 02/649 21 47 Fax : 02/649 26 90

✂ -----

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

N° INAMI: **Adresse:**

Nom: **Code postal:**

Prénom: **Localité:**

Spécialité: **E-mail:**

Je participerai au symposium du 14.06.2008 et verse la somme de :

	Jusqu'au 31.05.2008	A partir du 01.06.2008
Membres	<input type="radio"/> 20 €	<input type="radio"/> 30 €
Non-membres	<input type="radio"/> 45 €	<input type="radio"/> 55 €
Candidats-spécialistes	<input type="radio"/> 5 €	<input type="radio"/> 10 €
	Sur place	<input type="radio"/> 70 €

**sur le compte 068-2095711-53 du GBS
avec mention du nom du participant et "Symposium : La responsabilité"**

Date / Signature :

FONCTION « HOSPITALISATION NON CHIRURGICALE DE JOUR »

10 FEVRIER 2008. - Arrêté royal fixant les normes auxquelles la fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » doit répondre pour être agréée (M.B. du 07.03.2008)

Article 1er. § 1er. Le présent arrêté s'applique à la fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » visée dans l'arrêté royal du 10 février 2008 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour ».

§ 2. Pour être agréée et le rester, la fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » doit répondre aux normes d'agrément définies dans le présent arrêté.

§ 3. La fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » :

1° fait partie, sur les plans organisationnel et fonctionnel, d'un hôpital général et se trouve sur le site de ce dernier;

2° est exploitée par le même pouvoir organisateur que celui de l'hôpital sur le site duquel elle se trouve;

3° effectue, en utilisant l'infrastructure de l'hôpital général et en employant du personnel médical, infirmier et/ou paramédical de l'hôpital, des actes diagnostiques et thérapeutiques non chirurgicaux planifiés, sans que cela donne lieu à un séjour à l'hôpital avec nuitée. Au cas où une nuitée s'indique, une procédure y afférente doit être prévue.

Art. 2. La fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » constitue une ou plusieurs entité(s) reconnaissable(s) et distincte(s).

Art. 3. La taille, le nombre et le type des équipements doivent être fonction du type et du nombre d'admissions.

La fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » doit disposer de chambres pour patients adaptées au type et au nombre de prestations.

Art. 4. Le règlement de procédure à respecter dans la fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » concerne :

1° la communication aux patients des informations nécessaires;

2° toutes les activités concernant la sélection préalable à l'admission ainsi que la préparation de l'admission, en ce compris les activités qui précèdent nécessairement cette admission; un des critères de sélection précités consiste en ce que la fonction n'admette que les patients qui chez eux, peuvent bénéficier d'une prise en charge adéquate, pendant au moins 24 heures après leur sortie;

3° les règles relatives aux soins optimaux et à la parfaite sécurité qu'il convient de mettre en oeuvre en faveur des patients pendant leur séjour;

4° la préparation de la sortie de la fonction et les modalités de garantie de la continuité des soins. Il convient, le cas échéant, d'arrêter un règlement de procédure écrite concernant le suivi du patient après sa sortie.

Le médecin traitant doit être averti que le patient quitte l'hôpital après son admission en hospitalisation de jour.

Au moment de la sortie, un rapport écrit doit être disponible pour le médecin traitant. Ce rapport doit être transmis sans délai au médecin traitant. Le rapport en question doit contenir tous les éléments nécessaires permettant au médecin traitant la coordination du suivi médical.

Art. 5. La fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » dispose de critères de sélection fixés par écrit, concernant à la fois les patients et les actes diagnostiques et thérapeutiques effectués dans le cadre de l'hospitalisation de jour.

Art. 6. La fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » doit élaborer, pour chaque type d'« hospitalisation non chirurgicale de jour », un programme de contrôle de la qualité portant au minimum sur le fonctionnement de la fonction, sur le résultat des soins et sur la communication avec les dispensateurs des soins primaires.

L'activité médicale et infirmière de la fonction doit faire l'objet d'une évaluation qualitative. Sur la base d'un enregistrement interne, il convient de rédiger un rapport annuel sur la qualité de l'activité médicale et infirmière.

Les rapports visés à l'alinéa précédent sont transmis chaque année, à leur demande, aux structures d'organisation visées respectivement à l'article 15, § 2, et à l'article 17quater, § 2, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Art. 7. La fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » est placée sous la direction d'un médecin spécialiste. Il est, en ce qui concerne son activité hospitalière, attaché exclusivement et à temps plein à

l'hôpital qui gère la fonction ou à un ou plusieurs autres hôpitaux faisant partie d'un même groupement d'hôpitaux, tel que visé à l'article 69, 3°, de la loi coordonnée sur les hôpitaux.

Il lui incombe, en concertation avec les chefs de service ou les médecins responsables des éventuelles entités de la fonction d'hospitalisation non chirurgicale de jour, des services concernés, des services médico-techniques, des fonctions ou programmes de soins, de prendre par écrit les arrangements en matière d'organisation en vue d'établir les critères et le règlement de procédure visés aux articles 4 et 5.

Art. 8. Dans la fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » et les entités éventuelles de celle-ci, une permanence doit être assurée par un ou plusieurs médecin(s) spécialiste(s) possédant les compétences nécessaires pour identifier les urgences et/ou complications éventuelles, les prendre en charge et les stabiliser, et ce jusqu'au moment où le dernier patient a quitté la fonction.

Art. 9. La décision relative à la sortie d'un patient de la fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » est prise par le médecin traitant ou, en l'absence de celui-ci, par le médecin présent dans l'hôpital qui est responsable des patients de la fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour ».

Art. 10. § 1er. La fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » dispose, pendant les heures d'ouverture, d'un effectif infirmier et soignant propre, à distinguer au sein de l'effectif de l'hôpital.

§ 2. La fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » doit, pendant les heures d'ouverture, disposer en permanence d'au moins un infirmier par entité distincte sur le plan architectural.

Art. 11. La fonction « hospitalisation non chirurgicale de jour » doit disposer d'un membre du personnel administratif durant les heures d'ouverture.

NORMES D'AGREMENT DES SERVICES NIC

10 MARS 2008. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (M.B. du 07.04.2008)

Article 1er. Le point 3 de la rubrique "I. Dispositions générales" des normes particulières au service pour la néonatalogie intensive, index NIC, joint en annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et les services doivent répondre, inséré par l'arrêté royal du 20 août 1996, est remplacé comme suit :

« 3. Le service NIC doit satisfaire à au moins trois des normes d'activité suivantes :

1° chaque année, au moins 50 nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 1.500 grammes sont admis;

2° chaque année, 20 % au moins des admissions concernent des transferts intra-utérins ou extra-utérins;

3° chaque année, le service traite les nouveau-nés qui nécessitent des soins intensifs provenant d'au moins 5.000 accouchements par le biais d'accords de collaboration avec des services M et des fonctions N*;

4° chaque année, 50 % au moins des patients ayant fait l'objet d'un transfert intra-utérin ou extra-utérin sont retransférés vers l'établissement référant. ».

Art. 2. A la rubrique « III Normes fonctionnelles" des normes particulières au service pour la néonatalogie intensive, index NIC, jointe en annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et les services doivent répondre, inséré par l'arrêté royal du 20 août 1996, il est inséré un point 10, rédigé comme suit :

« 10. Le service est responsable de l'organisation d'un suivi standardisé des nouveau-nés dits à haut risque, c'est-à-dire les nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 1.500 grammes ou dont la mère a accouché avant 32 semaines de grossesse. »

OXYGENOTHERAPIE HYPERBARE : PLUS QUE DU VENT ?

Communiqué de presse du KCE

La thérapie par oxygénation hyperbare est une technique utilisée déjà depuis des décennies. En Belgique, elle est employée dans une dizaine d'indications parmi lesquelles l'intoxication au monoxyde de carbone, des troubles aigus de l'audition et des problèmes de cicatrisation. Et pourtant, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en arrive au constat que pour la plupart des indications, il y a peu de preuves scientifiques de l'efficacité de cette technique. L'assurance maladie obligatoire rembourse actuellement un traitement limité à deux jours mais est sollicitée pour élargir son intervention.

La thérapie par oxygénation hyperbare ou HBOT (Hyperbaric Oxygenation Therapy) consiste à placer le patient dans un caisson à des pressions supérieures à la pression atmosphérique et à lui administrer de l'oxygène. Une application bien connue est celle du traitement des accidents de plongée. Lorsqu'un plongeur remonte trop vite à la surface, il peut se former des poches de gaz très douloureuses dans ses tissus. Dans les cas extrêmes cela peut se révéler mortel. C'est la maladie du caisson. Le traitement HBOT va rétablir le plus rapidement possible à l'intérieur du caisson, la pression que subissait le plongeur au fond de l'eau et puis va faire diminuer cette pression graduellement de façon à résorber les poches. Ce traitement était déjà appliqué au 19^{ième} siècle.

L'HBOT a été utilisé dans plus d'une centaine d'indications dont une dizaine sont encore d'application en Belgique. Parmi celles-ci, l'intoxication au monoxyde de carbone, des troubles aigus de l'audition, des problèmes de cicatrisation difficile chez les patients diabétiques et des lésions de tissus après radiothérapie. Douze centres sont équipés d'un caisson hyperbare en Belgique; 10 dans des hôpitaux généraux et 2 centres militaires. Comparativement aux pays voisins, notre capacité installée est relativement élevée.

On pourrait s'attendre à ce que l'efficacité de cette thérapie soit prouvée scientifiquement depuis longtemps, mais c'est là que le bât blesse. Pour certaines affections, il n'existe absolument aucune étude scientifique. Pour d'autres, comme le pied diabétique, les troubles aigus de l'audition et les lésions de tissus après radiothérapie, il en existe mais de qualité médiocre. L'HBOT en cas d'intoxication au monoxyde de carbone ne semble pas plus efficace que l'administration d'oxygène à pression normale pour réduire les séquelles neurologiques à long terme. Pour les effets à court terme, il n'y a aucune donnée. Pour les accidents de plongée, il y a des preuves historiques que le traitement en caisson est efficace mais on ne sait pas très bien si l'administration d'oxygène apporte vraiment un plus.

Et la sécurité ? Elle ne semble pas poser de problème. Les rares effets secondaires sont limités et réversibles. Pour les éviter, il faut soigneusement sélectionner les patients.

Il est prévu actuellement un remboursement de l'assurance maladie limité aux deux premiers jours, indépendamment du nombre total de séances. Les coûts pour la collectivité sont dès lors limités: 83.000 euros en 2006 pour environ 1.400 séances. En ce qui concerne les séances supplémentaires non remboursées par l'INAMI, il semble y avoir des différences d'attitude selon les centres. Certains ne comptent rien au patient, d'autres demandent 20 à 30 euros par séance supplémentaire ou un forfait de 200 euros pour plus de 5 séances. En 2006, les centres ont administré plus de 16.000 séances à environ 2.000 patients. Environ un tiers d'entre eux ont été traités dans le cadre d'une intoxication au monoxyde de carbone.

Certains centres ont récemment demandé à l'INAMI d'élargir les conditions de remboursement dans certaines indications, en allant de 3 séances pour l'intoxication au monoxyde de carbone jusqu'à 40 séances pour le pied diabétique. Le KCE estime qu'il y a trop peu de preuves scientifiques pour accéder à cette demande. Il conviendrait de lancer des essais randomisés contrôlés pour évaluer l'efficacité et le coût des traitements HBOT. Il est souvent difficile d'obtenir des fonds pour de telles recherches. Un financement sous condition pourrait encourager la recherche. Alors seulement, il serait possible de décider s'il est opportun de rembourser l'HBOT et dans quels cas.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 74B.

**RECOMMANDATION NATIONALE RELATIVE AU TRAITEMENT
DES CANCERS DE L'ŒSOPHAGE ET DE L'ESTOMAC (KCE – 21/03/2008)**

Le Collège d'Oncologie, le Service Public Fédéral Santé publique et le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ont collaboré à l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique nationale qui traite de la prise en charge du cancer de l'oesophage et du cancer de l'estomac.

Les cancers de l'oesophage et de l'estomac sont responsables de 1.500 décès annuels en Belgique. Seuls dix pour cent des patients atteints de cancer de l'oesophage seront encore en vie cinq ans après leur diagnostic, ce qui montre bien que le cancer de l'oesophage est un des cancers les plus agressifs. La seule chance de guérison et de survie prolongée réside dans la chirurgie. Une bonne partie des patients relèvent d'emblée des soins palliatifs.

Les recommandations de bonne pratique rassemblent et traitent une importante quantité d'informations relatives à la meilleure manière de traiter un patient dans une situation particulière. Il s'agit d'un instrument destiné à aider le médecin et le patient dans leur prise de décision sans chercher à influencer leur autonomie. Le Collège d'Oncologie a, pour ces dernières recommandations, fait à nouveau appel au soutien scientifique du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Un grand groupe d'experts a également collaboré en veillant particulièrement au contenu.

Cette recommandation concerne les étapes principales de la prise en charge complète des cancers de l'oesophage et de l'estomac, allant du diagnostic au suivi en passant par le traitement. Le diagnostic des cancers de l'oesophage et de l'estomac est établi par la combinaison de plusieurs examens, dont l'endoscopie (qui consiste à introduire un tuyau flexible muni d'une caméra dans le tube digestif) et les biopsies. Cet examen est indiqué en cas de vomissements incessants, de perte de poids ou de sang, de perte d'appétit ou de difficultés pour avaler. La chirurgie, lorsque elle est réalisable, constitue le traitement standard de ces cancers. Si cette solution n'est pas utilisable, les différentes possibilités de traitement palliatif sont décrites dans l'étude. Les patients seront suivis par une équipe spécialisée, laquelle apportera une attention spécifique au contrôle des symptômes (douleur, difficultés pour avaler), à l'alimentation et à la qualité de vie. Le médecin traitant assurera le rôle de coordinateur dans l'organisation des soins palliatifs à domicile. Il est important qu'une concertation multidisciplinaire rassemblant les oncologues, les chirurgiens, les gastro-entérologues, les radiothérapeutes, les médecins généralistes, les radiologues et les biologistes se réunisse à toutes les étapes de la maladie.

Enfin, cette recommandation ouvre la possibilité de développer des indicateurs de qualité, ce qui constituera une piste pour évaluer son application.

Il est possible de consulter ce document sur le site web du KCE (www.kce.fgov.be) ou sur le site du Collège d'oncologie (www.college-oncologie-directives.be).

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 75B.

**RAPPORT DE LA FONDATION ROI BAUDOUIN
'Les patients, partie prenante de la politique des soins de santé'**

Le rapport '*Les patients, partie prenante de la politique des soins de santé*' fait un tour d'horizon des débats actuels sur la participation des patients en Belgique et analyse les différentes perspectives exprimées par une série d'acteurs clés. La publication s'achève sur une vue d'ensemble des options et actions concrètes qui pourraient améliorer la participation des patients à la politique des soins de santé.

La publication existe en format digital sur le site www.kbs-frb.be. Vous pouvez aussi en commander un exemplaire imprimé auprès du centre de contact de la Fondation Roi Baudouin : publi@kbs-frb.be ou 070-233 728 (n° de commande : 1759).

**SPEECH GIVEN BY PROF. J.A. GRUWEZ
AT THE OCCASION OF THE UEMS 50TH ANNIVERSARY
(17th to 19th of April 2008 in Brussels)**

Mister President, Honorary Presidents and General-Secretaries, dear guests,

When I was told yesterday that I was invited to address such a distinguished audience at the occasion of this gala-dinner, I remembered my friend and colleague-surgeon Larry Goldsmith from Philadelphia (the Goldsmith operation for lymphoedema) who at a long ago congress in Tucson had to chair a session at 8 o'clock in the morning and started off by saying: "*Ladies and gentlemen, I forgot my slides and in fact I feel as if I had to give a speech in front of a girl-school and suddenly noticed I forgot to put on my pants!*".

Let's be serious, Bossuet said: "*La première vertu du bon orateur est la concision!*", so I come to my subject, which is probably to look at the UEMS through the glasses of – shall I say – a "mature" member of the Management Council and of one of the Sections.

The history of the UEMS is nicely and briefly outlined in the yearbook and I should not even recall – since you all know this – that in July of 1958 – '58 is also the 50th anniversary of the world-fair in Brussels with u.m. the building of the Atomium, that rapidly became the emblem of the city – 12 gentlemen from the Benelux, France, Italy and Germany gathered in the not far away Cercle Gaulois to found this remarkable guild of the European Specialists. The Dei ex machina were Jacques Courtois, a French gynaecologist, and Oscar Godin, a Belgian ENT-specialist (Courtois became President and Godin Secretary-General and thus inaugurated a long list of Belgian Secretaries-General with Hubert Delune, Guy Des Marez, Robert Peiffer and now Bernard Maillet, only interrupted by Cees Leibbrandt from the Netherlands). Similarly Belgians have always kept the pursestrings, except for Jean-Claude Schaack (Luxembourg) who interrupted another Belgian series of Paul Mundeleer, Hubert Delune, Joseph Van Espen, Guy Des Marez, Paul Roose and now Vincent Lamy. You will not blame me if I put a feather on the cap of our Secretary-General and our Treasurer for their hard and efficient work.

Very early Mr. Christian Paul, Director, joined the team and faithfully served and developed the administration of the UEMS.

I have personally known the presidents Manfredo Fanfani, physiotherapist from Florence, Alexandre Kuttner, Orthopaedic Surgeon from Berlin, who I was pleased to see among the guests, and naturally our outstanding and present here tonight honorary presidents Len (Leonard) Harvey ('93-'99), Cilian Twomey ('99-'03) and Hannu Halila. Underlining the merits and the value of such presidents is no flattery, but an objective observation!

We experienced many pleasant and jolly moments with many of you at the occasion of our meetings, tasting a lovely scotch in the room of Rab Hide (previous British delegate), singing at the contest in Killarney, enjoying the Norwegian atmosphere at the meeting organised by Hans Asbjorn Holm (Norwegian delegate), learning Irish jokes from Dr. Don Coleman (Irish delegate) etc., etc.

We also witnessed the growth and expansion of our organisation over a couple of decades (to my astonishment I found my name in the publication at the occasion of the 25th anniversary!). There is no doubt, when I hear my university colleagues here in Belgium mentioning and referring to the UEMS when discussing matters of training and CME-CPD, that over the 50 years our organisation has gained considerable momentum and influence. The number of nations now among us, 35, speaks for itself. There is a treasure of directorial and guiding information in the documents and publications that the UEMS has issued.

I think I have to mention very particularly, because I had the opportunity to witness his intense work in the Harmonisation Committee for several years – Cees Leibbrandt. He has been a most powerful leverage in the expansion of the UEMS by means of the Charters, the European

Accreditation Council for CME (EACCME) and the agreement with the American Medical Association.

Did I omit something? Yes of course ! What would all these husbands have done without the support of their wives? And did I attract your attention to the one and probably unique specimen of a lady vice-president Professor Gunilla Brenning?

As for the future I would say: *Perge quo coepisti!* Proceed further on the same avenue. I know that it is a piece of jugglery, in Europe, with its multiple facets and different aspects, with its numerous types of national healthcare systems, to find common denominators in not only matters of training or quality control, but also in fields like the statute of the hospital or of the extra-muros specialist, liability and insurance, hierarchy in the hospitals and departments, income and honorarium, the right place for E.B.M., the increasing grip of the state on medicine, ethical problems etc., etc.

Dear Friends,

Slovenia is one of the smaller members of the European Union, but it produces very valuable individuals.

The destiny of the UEMS lies in the hands of young men! But rarely have I seen so much endeavour, intelligence and wisdom as in the person of our president, Zlatko Fras!

Therefore I bring him – as a small token of esteem and as a remembrance – the commemoration medal of my University in Leuven.

Dear friends, ladies and gentlemen, the future of the UEMS is in good hands! *Ad multos annos!*

PRIX SCIENTIFIQUES FNRS : CANDIDATURES

- Le **PRIX SCIENTIFIQUE CEN • SCK - PROF. ROGER VAN GEEN 2009**, d'un montant de 12.500 EUR, veut stimuler la collaboration entre les universités et institutions de recherches belges et le CEN•SCK, ainsi que soutenir la recherche scientifique dans le domaine nucléaire. Le travail présenté portera sur une contribution originale ou une réalisation d'un progrès important dans le domaine de l'énergie nucléaire ou du rayonnement. Le travail présenté devra s'inscrire dans ou avoir une relation potentielle avec les domaines de recherche du CEN•SCK (voir : <http://www.sckcen.be>). Les candidatures doivent être introduites **pour le 15 novembre 2008** auprès du Fonds National de la Recherche Scientifique.
- **PRIX SCIENTIFIQUE "FOUNDATION ASTRAZENECA" - 2008 ASTHME ET BRONCHOPNEUMOPATHIES CHRONIQUES OBSTRUCTIVES (BPCO)**. Montant : 25.000 EUR. Les candidatures doivent être adressées au Secrétariat général du F.R.S. - FNRS, rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles **pour le 30 juin 2008**. Les règlement et formulaire sont disponibles sur le site www.frs-fnrs.be.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

*Colloque annuel de l'Association des médecins experts judiciaires
Charleroi, le samedi 17 mai 2008*

Première session : l'expertise pédiatrique et ses problèmes particuliers

Deuxième session : la validité des tests psychologiques en expertise : la position des psychologues et l'avis des psychiatres

Accréditation : demande de reconnaissance en cours (Éthique et Économie)

Inscription avant le 25.04.2008

*Programme et formulaire d'inscription disponibles auprès du secrétariat du GBS
Pour plus d'informations : Dr Th. WANET – Fax : 085 / 25 29 41 – e-mail: wanet.th@skynet.be*

ANNONCES

- 04017* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 07068* **ANESTHESISTE**, large expérience des techniques générales et locorégionales, clinique de la douleur et soins intensifs, est prêt à assurer des remplacements, gardes résidentes et gardes d'urgence partout dans le pays. Tél.: 0477/45.29.50.
- 08012* **BRUXELLES** : Centre Médical privé cherche **NEUROLOGUE** et **ORL**. Prière de tél. au 02/267.97.78. Contact : Mme LOPEZ.
- 08018 **NAMUR-MONT** : Centre médical privé cherche médecins spécialistes (**DERMATOLOGUE, OPHTALMOLOGUE, PSYCHIATRE,...**). Patientèle assurée. Location de cabinet à la ½ journée (Rens. : 0475/752135 ou 0496/210685).
- 08019 **A LOUER** à 6890 **LIBIN** : Cabinet pour médecin. Situation idéale, toutes commodités, possibilité de partager. Tél. pour conditions 0475 481050.
- 08024 **CHAUMONT-GISTOUX (BW)** : Cherche **MEDECINS SPECIALISTES (GYNECO, PEDIATRE, GASTRO, ORTHO, ...)** pour consultation au Centre médical. Loc. cabinet à la ½ journée (Rens. 0473/718563)
- 08027 **HAINAUT** : Cabinet de radiologie entièrement équipé (rx numérique, séno, écho ostéodensit.), en pleine activité, cherche **RADIOLOGUE** pour collaboration et association éventuelle. Tél. 0475. 608.608.
- 08031 **CHIMAY** : Labo biologie clinique hôpital de Chimay cherche **MEDECIN BIOLOGISTE** pour remplacements. Contacter Dr Berchem ou M. Raimond au 060/218.741 ou au 060/218.740.
- 08032 **SECRETAIRE MEDICALE** (19 années d'expérience en milieu hospitalier) **RECHERCHE EMPLOI** temps plein en région de Namur/Profondeville. Libre immédiatement. wanne@swing.be ou 0476/364655.
- 08033 **G.D. LUXEMBOURG** : La Clinique Saint-Joseph (L-9515 WILTZ) en instance de fusion avec l'Hôpital Saint-Louis d'Ettelbrück recrute pour entrée immédiate un **MEDECIN SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE** (M/F). Les candidatures avec C.V. sont à adresser au Président de la Commission administrative, le Président John SHINN. Tél. : 00352-95.95.435 - E-mail : john.shinn@clw.lu
- 08034 **A VENDRE** (province du Luxembourg) : un service de radiologie complet ou matériel séparé : une table RX Prestelix 1600 + mammographie Philips diagnose U + un écho-doppler couleur Hitachi avec 02 sondes + Développeuse Konica XR301 + Ostéodensitomètre Norland Excelle + autres accessoires : cassettes, etc.... Le matériel est en excellent état. Prix à convenir tél. : 0476/896400
- 08035 **LOBBES** : Le Centre Hospitalier Jolimont-Lobbès cherche **PEDIATRES** pour aide à la garde pour le site de Lobbès. Les candidatures sont à adresser à M. P. GRAUX, Directeur Général et/ou au Prof. M. BEAUDUIN, Directeur Médical (064/23.40.08 – 071/59.92.01), rue de la Station 25 à 6540 Lobbès.
- 08037 **LODELINSART** : radiologue qui aura 65 ans en 2010 recherche un ou plusieurs **RADIOLOGUES** pour le remplacer. Travaille seul 4 jours/semaine. Demande compétences en digestif double contraste, radiodiagnostic, échotomographie, mammographie et doppler couleurs. Dr J. Vankan tél. : 071/31.66.67.
- 08038 **A VENDRE** : divers instruments de chirurgie. Prix intéressants. Tél. : 04/252.67.13. Fax : 04/252.10.14
- 08039 **OTTIGNIES** : Clinique Saint-Pierre à Ottignies engage un **CARDIOLOGUE** (h/f) pour contrat à durée indéterminée, temps plein (minimum 8/10^e), entrée en fonction immédiate. Cette personne aura des compétences en cardiologie interventionnelle (artériographie diagnostique et thérapeutique). Les candidatures, accompagnées d'un CV détaillé et d'une photo récente, sont à adresser au Docteur Ph. PIERRE, Coordonnateur Général et Directeur Médical, Clinique Saint-Pierre, Avenue Reine Fabiola, 9 à 1340 OTTIGNIES.
- 08040 **OUGREE** : L'asbl Polycliniques Universitaires d'Ougrée propose la reprise d'une consultation d'**OPHTALMOLOGIE** pour cause de départ à la retraite du titulaire. Horaire à convenir. Renseignements : A.Vandenbroeck - Tél. : 04/336.66.66 ou ulg.ougree@skynet.be
- 08041 **BRUXELLES** : Le Centre Belge pour Enfants I.M.C, le C.B.I.M.C, engage un(e) **ASSISTANT(E) SOCIAL(E)** au 1er août 2008, diplôme A1 exigé. Statut de salarié 38 heures semaine. Personne dynamique et organisée, aimant le travail d'équipe : suivi du dossier social, accompagnement des familles, travail multidisciplinaire, coordination des réunions et des équipes. Formation complémentaire ou expérience en coordination d'équipes ou gestion des ressources humaines souhaitée. Minimum 5 ans d'expérience requise dans le domaine du handicap de l'enfant. Le CV avec une lettre de motivation écrite est à envoyer par courrier au Dr Henrot, C.B.I.M.C, rue Père Eudore Devroye, 14 à 1040 Bruxelles, téléphone 02/735 45 03 ou fax 02/732 72 15.
- 08042 **FRANCE** : SEL (Société d'Exercice Libéral) près de Lille à 20 km, dans le Pas-de-Calais, 4 cabinets (Henin-Beaumont, Oignies, Wingles, Billy Montigny) plus vacations de scanner et IRM et projet de GIE (groupement d'intérêts économiques) avec une clinique cherche 7^e **RADIOLOGUE**, grosse activité et gros potentiel. Ecrire à cette adresse : Nicolas MERLIN, 32bis rue Emile Zola, 62590 Oignies, France – tél. : 00.33.3.21.37.98.00 - gsm : 00.33.6.09.61.63.41 – nicolas.merlin@wanadoo.fr
- 08043 **UCCLE** : **A VENDRE** villa 4 façades ± 500 m² habitables sur 7 ares 50, en plein centre de la commune dans une zone calme et arborée. Prox. tous commerces et écoles. "Divisée" en 2 (½ privative, ½ prof. méd.). 950.000 €. Tél. soir 0476.63.46.04.
- 08044 **SECRETAIRE MEDICALE** : offre d'emploi mi-temps à plein-temps selon convenance. Accueil, prise de rendez-vous, dactylographie, gestion, administration. Centre privé de radiologie à proximité CEE. Contact 0477.83.28.76.
- 08045 **FRANCE - NORMANDIE** bord de mer, dans station balnéaire à 10 km de CAEN : **VENDS**, pour raison familiale, patientèle de **GYNECOLOGIE**. Gynécologie (contraception, stérilité, ménopause), suivi de grossesse (50% de l'activité), activité échographique à développer. CA 130 000 euros. Prix proposé 40 000 euros. Contacter Dr Françoise Quevillon-Khayat GSM : 00 33 6 131 048 23 – mail : fquevillon@orange.

08047 **CHIMAY** : Le Centre de santé des Fagnes annonce l'ouverture d'un poste de **MEDECIN SPECIALISTE EN DIABETOLOGIE-ENDOCRINOLOGIE**. Description de la fonction : ① Médecin attaché à plein temps à l'hôpital ② Le médecin aura la responsabilité de la convention diabétique, comportant actuellement plus de 300 patients ③ Consultation de diabétologie et endocrinologie interne et externe ④ Avantage d'une large patientèle à recruter tant en Belgique qu'en France (transfrontalier); possibilité d'une activité partielle à l'hôpital de Fourmies ⑤ Niveau d'honoraires avantageux, garanti à la fois par le biais du pool de médecine interne, la solidarité médicale intrahospitalière et par le gestionnaire. ⑥ Intérêt d'une pratique médicale intéressante et variée, dans une région rurale disposant de tous les atouts pour une qualité de vie appréciable. Les candidatures sont à adresser à : Docteur Thierry Mignon, Coordinateur médical, ou Docteur Jean Léonard, Chef de service de Médecine interne, Centre de Santé des Fagnes, boulevard Louise 18, 6460 Chimay. Tél. 060/218.761 ou 060/218.774.

Table des matières

• La qualité en médecine : une utopie ?	1
• Le GBS souhaite que Mdeon corrige le cap de toute urgence	6
• Symposium GBS – GRAS SAVOYE "La responsabilité" 14.06.2008	8
• Fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour"	9
• Normes d'agrément des services NIC	10
• Oxygénothérapie hyperbare : plus que du vent ? – Communiqué de presse du KCE	11
• Recommandation nationale relative au traitement des cancers de l'œsophage et de l'estomac (KCE – 21/03/2008)	12
• Rapport de la Fondation Roi Baudouin 'Les patients, partie prenante de la politique des soins de santé'	12
• Speech given by PROF. J.A. GRUWEZ at the occasion of the UEMS 50th Anniversary (17th to 19th of April 2008 in Brussels).....	13
• Prix scientifiques FNRS : candidatures	14
• Réunions scientifiques	14
• Annonces	15

GARE AUX ARNAQUES !

Nous avons appris que des formulaires d'actualisation de vos données dans des guides de médecins circulent à nouveau.

Nous vous rappelons qu'il s'agit souvent d'arnaques. Il convient de lire ces formulaires très attentivement !