
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° 2 / MARS 2009

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

**ASSEMBLEE GENERALE DU G.B.S.
(07.02.2009)**

DISCOURS DU PRÉSIDENT

Chers Amis,

En 2008, nous avons eu un gouvernement, une démission du Conseil des Ministres et la perte réelle des anciennes valeurs bien belges comme Fortis et Dexia. Mais 2008 restera dans les mémoires comme l'année de la crise, avec la perte des moyens financiers de nombreux ménages, l'écroulement de nombreux fonds de pension et le sauvetage des finances privées par l'Etat-providence.

En 2008, nous les médecins avons une nouvelle convention, une indexation de 4,32 % sauf les anesthésistes mais surtout le plan oncologique de la ministre et le financement de nouveaux projets pour un montant ridicule. Notre système de santé dont nous étions si fiers enregistre un moins bon score que prévu. Nous ne sommes que 12^e sur 31 dans l' "euro-health consumer index". Nous ne sommes pas mauvais en termes d'accessibilité et de coût mais bien pour les "outcomes", les résultats et le traitement de l'information. Malgré l'énorme flux de données administratives que nous sommes tenus de transmettre aux autorités, que ce soit sous forme de RCM, de résumés infirmiers minimums, de codification et d'identification pour les médicaments, de demandes aux médecins-conseil des mutuelles, de statistiques sur les infections, de l'utilisation de médications et de substitution, etc. , nous ne sommes pas capables en Belgique de traiter ces données correctement et d'en assurer la diffusion. A en croire le journal De Standaard du 14 novembre 2008, nous avons 10 ans de retard par rapport aux autres pays européens. Les mutuelles et le collège intermutualiste disposent malgré cela de flux de données auxquels les dispensateurs de soins n'ont pas du tout accès. Au moment de négocier de nouveaux accords, ce qui, conformément à la législation, doit se faire au sein d'organes paritaires, d'aucuns disposent d'informations privilégiées et les rapports sont déséquilibrés. Les parties en présence ne sont plus à égalité dans les négociations.

Les effets des montants de référence ne vont pas tarder à se faire sentir. Afin d'éviter des problèmes avec des arrêtés d'exécution, toute la réglementation a été glissée dans une loi-programme. La problématique est la conséquence historique d'une gestion hospitalière "active". Les montants de référence sont imposés aux gestionnaires des hôpitaux mais les implications financières sont refilées aux conseils médicaux où elles donneront lieu à des contestations entre les services hospitaliers et à des conflits entre les médecins et les gestionnaires des hôpitaux. A-t-on encore affaire à une politique de santé?

La conclusion générale de l' "Euro-health consumer index" 2008 est que "Bismarck beats Beveridge" : les systèmes de santé basés sur un large éventail d'organismes d'assurance sociale indépendants sur le plan organisationnel des dispensateurs de soins (Bismarck) obtiennent de bien meilleurs résultats que les systèmes où tant le financement que l'organisation des soins sont intégrés dans une structure publique unique (comme le NHS britannique).

Où se situent les soins de santé belges avec, d'un côté, le pouvoir politique et, de l'autre côté, les mutuelles pour la plupart connotées politiquement. In Belgium "Bismarck goes Beveridge". Concernant la politique de santé belge, les flux de financement et de données glissent de plus en plus vers des structures politisées et cloisonnées du système des soins de santé. Il n'y a donc plus de véritable modèle de négociation paritaire. Mais pour éviter cette critique, les médecins sont régulièrement accusés dans la presse de mener un syndicalisme corporatiste.

Qui ose encore parler de politique lorsque des modèles privés sont imposés contre l'avis des conseils supérieurs et des organes consultatifs officiels, comme c'est le cas par exemple dans le cadre de l'oncologie où nombre de spécialistes particulièrement qualifiés sont empêchés d'exercer correctement leurs aptitudes scientifiques et techniques dans le cadre de leur discipline? Peut-on encore parler de politique de la santé? Ou faut-il parler de manipulation politique?

Et puis il y a récemment eu cette tempête dans un verre d'eau au sujet de certaines dérives dans le cadre de l'académisation. Un des avantages de notre système de santé était sa qualité de formation. Cette qualité de formation était reconnue par tous nos voisins. Mais voilà que le pouvoir et le savoir de certains académiques se sont mis à vouloir dominer la formation et la profession. Non seulement les études de médecine ont reçu un toilettage mais certains désirent une académisation pure et simple de la formation professionnelle du médecin spécialiste. Dans ce cas, le rôle du banc professionnel des commissions d'agrément se réduit à l'entérinement pur et simple des décisions prises par un maître de stage universitaire. La profession, les médecins spécialistes risquent de devenir les techniciens d'une formation académique autorisée au sein d'un réseau. Ne soyons pas dupes. La formation d'un médecin spécialiste au sein même d'une seule université se limite à une vision restreinte de la pratique médicale et à l'apprentissage de techniques qu'on veut bien lui laisser apprendre. Il est curieux aussi de penser à lier la formation au concept de réseau de soins autour d'hôpitaux académiques. L'hôpital universitaire devient non plus l'hôpital académique, mais le centre technologique réservé à certaines formes de médecine qui risquent d'être interdites ou impossibles dans les autres hôpitaux. La question est de savoir si ce genre de médecine et de formation est profitable au potentiel technique et scientifique du système de santé et donc un avantage pour les patients? Au lieu de s'inscrire dans une logique de Santé publique, cette orientation de la formation des médecins spécialistes et le contrôle de celle-ci par des facultés de médecine – et non plus par l'ensemble de la profession – ne seraient-ils pas plutôt liés à une logique économique des hôpitaux universitaires en difficulté financière? Le 22-10-2005, la Commission "Enseignement et Recherche" de l'Académie royale de médecine francophone motivait comme suit le projet de création d'une "Ecole doctorale de Thématique en Médecine clinique et Expérimentale": (je cite) "La réduction du nombre de candidats-spécialistes sur le terrain clinique représente, en effet, une réelle menace pour la qualité et la continuité des soins dont ces maîtres de stage sont responsables". S'il y a menace pour la qualité et la continuité, les responsables de ces services ne devraient-ils pas veiller d'abord à l'encadrement normal des structures hospitalières? Curieuse est la réaction de certains professeurs d'université à l'éditorial du médecin spécialiste de novembre 2008 et au texte concernant "le gâchis de l'académisation". Les professeurs francophones d'anesthésie ne veulent plus me parler que pour des propos administratifs à la commission d'agrément francophone d'anesthésie-réanimation. Comment un éditorial qui rappelle les droits des assistants en formation peut-il générer une telle réaction? Je vous laisse juge et je m'interroge sur les mots « éditorial » et « droits ». Pourquoi cet article déclenche-t-il çà et là des réactions émotionnelles non étayées par des arguments rationnels? Faut-il y voir, outre la polémique ouverte, un fondement de vérité qui peut blesser? Mais, dans ce cas pourquoi? S'agit-il de mensonges? Non! S'agit-il de faits inventés? Non! Et si ces faits relatés par certains candidats spécialistes sont réels, il ne reste pour blesser que les commentaires concernant uniquement ces cas qui sont notifiés. Si ces commentaires sont blessants ou provocateurs, ils ne s'adressent qu'aux cas relatés et donc aux personnes concernées. L'article n'attaque en rien le monde universitaire ou une formation académique. Il dénonce les abus de certains. Que ce soit clair: fort heureusement une minorité.

Que dire du numerus clausus ? Il est pour ainsi dire supprimé dans les études de médecine en région francophone. Pourquoi dès lors ne pas s'étonner qu'un Bart De Wever demande la scission de la sécurité sociale pour ne pas « financer » ces médecins francophones en surnombre ? Ici aussi, les divisions entre les médecins, les différences nord-sud risquent d'être utilisées. Le G.B.S. reste une organisation nationale qui désire maintenir partout une médecine de qualité et accessible à tous et à tout moment. Loin de nous les luttes intestines et les approches partisans, il nous faut rester unis. Nous déplorons dès lors toutes les initiatives d'unions professionnelles qui sans en référer au GBS désirent agir en ordre dispersé. Les récentes évolutions notamment dans le dossier de l'oncologie démontrent combien l'unité et la concertation sont indispensables. Par contre, nous sommes particulièrement heureux de notre comité directeur, réunissant toutes les spécialités et qui dans un débat démocratique définit notre politique. Je remercie ses représentants qui assistent à nos réunions un peu tardives et qui témoignent par leur présence si nombreuse de la vie active de notre organisation.

L'engagement des nombreux membres de notre comité directeur est impressionnant. Mais nous devons également travailler tous ensemble à notre futur. Comment continuer à être présent avec des médecins en activité à toutes les réunions et négociations. On sous-estime l'engagement et le dynamisme de tous ces médecins qui consacrent leur temps libre à la défense des intérêts d'une pratique professionnelle de haut niveau et à la promotion de la qualité des soins, de manière à ce que chaque Belge puisse continuer à avoir accès à des soins de santé optimaux. Les médecins exerçant une activité indépendante à temps plein doivent pouvoir se libérer pour assister à des réunions tandis que leurs interlocuteurs sont pour la plupart des salariés qui disposent de temps pour préparer les dossiers et assister aux réunions. Ne pourra-t-on plus compter, dans le futur, que sur des médecins pensionnés ou des médecins sous contrat ? Cela nous amène à nous interroger sur le fonctionnement de notre système ainsi que sur l'engagement de nos jeunes confrères et sur le futur de toutes les organisations de médecins. Il convient de réfléchir de toute urgence à l'avenir d'organisations telles que le GBS au sein de toutes les unions professionnelles monospécialisées et au sein des structures de notre Groupement.

Naturellement, les dossiers sont préparés par Jos, Fanny et tous les autres collaborateurs de notre organisation. Les textes doivent être traduits et cela ne serait pas possible sans Josiane et Raf. Le traitement des dossiers nécessite un secrétariat, avec Delphine, une administration avec Brigitte, une technologie et l'informatisation des données, y compris de l'accréditation, ce qui ne serait pas possible sans Pierre et Koen. Et il reste les menues tâches. Les travaux d'imprimerie qui sont inévitables, n'est-ce pas Vincent. Un grand merci et toute mon estime à vous tous.

Enfin je crois que le G.B.S sans son secrétaire général serait une organisation sans son mentor. Sa connaissance quasi encyclopédique des textes de lois et réglementaires fait que sans Marc, le G.B.S. aurait de la peine à jouer un rôle si important dans la politique de santé. Sa présence dans de nombreux comités, organes de décision et de négociation, ses contacts avec la presse, les mutuellistes et les politiques rendent sa position incontournable et essentielle. Pour tout ce travail et je puis dire ce travail, de jour et de nuit, pour cette disponibilité et cette expertise, sans pareil, pour cet enthousiasme et ce dévouement, Marc, je te remercie au nom de tous.

Dans mes souhaits pour la nouvelle année 2009, j'ai parlé d'une médecine de qualité élevée. La qualité ne se conçoit pas sans une accessibilité universelle, l'utilisation de la technologie et des médicaments les meilleurs mais surtout sans les prestations de médecins qui, dans un total dévouement pour leurs patients, continuent à œuvrer aux soins de santé dans tous leurs aspects, tant physiques que psychologiques, spirituels et sociaux.

Je vous remercie pour ce qui a été accompli et je vous assure de mon soutien pour continuer sur cette voie.

Merci à tous et continuons à travailler à des soins de santé, soins de qualité accessibles à tous.

Dr J.L. Demeere

STATUT DES MEDECINS SPECIALISTES EN FORMATION

Dr Marc MOENS – 10.02.2009

Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société Chambre des Représentants de Belgique

Tant l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM) que le Groupement des Unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS) nourrissent de sérieuses inquiétudes à propos de la situation dans laquelle certains médecins en formation se trouvent. Avant toute chose, je tiens malgré tout à préciser que l'on compte beaucoup plus de services de stage où la collaboration entre les médecins spécialistes en formation et leurs maîtres de stage est empreinte de respect et harmonieuse, que de places de stage à problèmes. Ces dernières existent malheureusement et tant le GBS que l'ABSyM entendent y mettre fin.

Une analyse juridique polémique basée sur une multitude de témoignages de médecins spécialistes en formation constituant l'objet du numéro spécial de décembre 2008 de la revue du GBS "Le Médecin Spécialiste"¹, dont je suis l'éditeur responsable, a suscité bon nombre de réactions², allant de tirades d'injures et de représailles à des messages de félicitation.

Dans notre éditorial, nous avons rappelé la législation existante. Malgré sa logique et son équité, celle-ci n'est pas respectée par certains services et maîtres de stage. Dans notre revue, nous avons surtout mis en lumière les abus de pouvoirs dans certains hôpitaux universitaires mais nous désapprouvons tout aussi catégoriquement les situations intolérables observées dans des hôpitaux non universitaires. Les anomalies ou les abus constatés ne peuvent en aucun cas éclipser les bonnes pratiques et les formations excellentes dans plusieurs centres universitaires et périphériques. Toutefois, passer sous silence les excès équivaldrait à s'en rendre complice. Pour les assistants, se plaindre ouvertement des agissements de leurs maîtres de stage n'est pas sans présenter de risques tandis que les maîtres de stage actifs dans la défense professionnelle courent un risque lorsqu'ils prennent la défense des assistants en formation. Pour le premier groupe, leur agrégation comme médecin spécialiste dépend de l'avis de la commission de leur spécialité au sein de laquelle siègent paritairement des maîtres de stage et des représentants des hôpitaux universitaires et non universitaires. Pour le deuxième groupe, les représailles sont à la fois simples et efficaces : l'Université ne leur envoie tout simplement plus d'assistants.

La "main-d'œuvre bon marché", ce à quoi les assistants sont malheureusement bien souvent assimilés, sont contraints de suivre la majeure partie de leur formation dans un hôpital universitaire, ce qui n'est ni dans leur intérêt ni dans celui des patients. Même au niveau international, l'expérience nous apprend que les exigences pour une formation spécialisée convenable doivent être confrontées à la pratique d'un hôpital périphérique et non pas d'un hôpital universitaire. Les deux catégories d'hôpitaux et de spécialistes sont nécessaires et complémentaires. Cependant, dans un système de soins de santé correctement organisé, il y aura toujours un plus grand besoin de médecins spécialistes dans les hôpitaux non universitaires que dans les hôpitaux universitaires. Dans la grande majorité des Etats membres de l'UE, la formation est placée dans les mains de la "profession", avec une participation des universités, mais n'est pas le fait des universités.

En Grande-Bretagne, les "peers" organisent la formation dans les "colleges" – qui n'ont rien à voir avec les universités –, en Allemagne, ce sont les Ärztekammer, aux Pays-Bas, les beroepsverenigingen (l'Orde der specialisten qui est le pendant du GBS). Jusqu'à présent, en Belgique, cela se passe au sein des commissions d'agrégation composées paritairement dépendant du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, également composé paritairement. La moitié des membres sont des représentants des universités et l'autre moitié des représentants des unions professionnelles, y compris deux représentants des assistants. Le fonctionnement de ces organes a été actualisé³ le 10.12.2008 sous l'impulsion du sénateur Jacques Brotchi.

¹ Cf. annexe 1 : "Le candidat spécialiste et le gâchis humain de l'académisation". Le Médecin Spécialiste, n° 7, décembre 2008 ou <http://www.gbs-vbs.org/lms/ms2008/ms0807/ms0807-00.asp>

² Cf. annexe 2: "Editorial 'Le candidat spécialiste et le gâchis humain de l'académisation'. Le Médecin Spécialiste, n° 1/ janvier 2009.

³ Loi du 10.12.2008 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, en vue d'instaurer les conditions d'un débat contradictoire entre les chambres des commissions d'agrément des médecins spécialistes et le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Entrée en vigueur le 01.04.2009 (M.B. du 09.01.2009).

De l'avis d'experts, le statut sui generis des médecins spécialistes en formation ressemble plutôt à celui d'un indépendant. Ce point a été souligné une nouvelle fois dans le cadre de la réunion de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux du 20.01.2009 par une note du Prof. Paul Schoukens⁴.

En dépit de cette situation, nous avons insisté, dans notre lettre du 18 septembre 2008 adressée à Madame Muriel Gerken, présidente de cette commission, à l'occasion d'un échange de vues intervenu le 25.07.2008⁵, pour que la directive européenne – la Working Time Directive (WTD) toujours controversée – s'applique aux médecins spécialistes en formation (cf. conclusion 1.1.a. p. 3). Une conséquence directe pourrait être un allongement de la durée de formation dans la mesure où l'expérience pratique est cruciale pour certaines spécialités, surtout dans les disciplines chirurgicales. Les unions professionnelles et les sociétés scientifiques de neurochirurgiens ont été les premières à avoir très justement attiré l'attention sur cet état de fait.

Les médecins spécialistes maîtres de stage dans des hôpitaux non universitaires sont de vrais indépendants et ne sont par conséquent soumis à aucune WTD. Contrairement aux maîtres de stage en médecine générale, ils ne perçoivent aucune indemnisation pour la formation qu'ils dispensent. Les hôpitaux universitaires, en revanche, perçoivent bien une indemnisation et les cotisations sociales des assistants sont payées via la partie B7B du budget des moyens financiers. Nous sommes favorables au maintien du statut sui generis mais nous demandons qu'il soit complété par la contribution à la constitution de la pension. Il convient à cet effet de prévoir dans le budget des moyens financiers une sous-partie B7bis pour tous les hôpitaux dans lesquels des médecins spécialistes en formation exercent (cf. conclusion 1.2. p. 5).

L'ABSyM et le GBS sont d'avis qu'une solution adaptée consisterait en une convention collective en Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux approuvée par Arrêté royal. En effet, la commission paritaire des services de santé 305 est compétente pour les seuls médecins salariés (cf. conclusion 1.3. p. 5).

Concernant la durée de travail, nous souhaitons faire remarquer aux membres de la commission que ce ne sont pas les unions professionnelles mais bien toutes les universités flamandes ainsi que l'UCL qui ont obtenu l'annulation de l'Arrêté royal du 16 juin 2003⁶. Cet A.R. transposait la directive européenne sur la durée du travail dans le droit belge.

L'ABSyM et le GBS demandent dès lors que la ministre de l'Emploi rende applicable l'A.R. annulé, sur proposition de et en accord avec la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux qui en précisera également les applications (cf. conclusion 2.2. p. 7) .

Concernant l'indemnisation pour les médecins spécialistes en formation, les plaintes enregistrées portent essentiellement sur le paiement non équitable des services de garde. Les hôpitaux universitaires perçoivent des moyens financiers des autorités pour leurs médecins spécialistes en formation et donc pour honorer ces rémunérations de garde. Quant aux hôpitaux non universitaires, rien n'est prévu dans leur budget des moyens financiers. Malgré tout, nous entendons tout autant de plaintes de la part des médecins spécialistes en formation dans les hôpitaux universitaires que dans les hôpitaux non universitaires.

Dans les hôpitaux non universitaires, ces indemnisations sont payées exclusivement à partir des honoraires des médecins spécialistes agréés. D'une part, les contributions des médecins hospitaliers aux directions des hôpitaux augmentent d'année en année en raison du financement déficitaire des hôpitaux et les autorités exercent un contrôle strict sur les revenus des spécialistes avec par exemple, en 2005, l'annulation de plusieurs honoraires d'urgence via deux Arrêtés royaux^{7, 8}. D'autre part, les autorités renforcent continuellement les exigences en matière d'effectifs hospitaliers et d'obligations médico-administratives. Dans ce contexte, on comprend plus aisément pourquoi on note relativement peu d'enthousiasme pour

⁴ Prof. Dr Paul Schoukens; professeur droit de la sécurité sociale et droit social européen K.U. Leuven

⁵ Cf. annexe 3

⁶ Arrêt du Conseil d'Etat 127.914 du 09.02.2004.

⁷ Arrêté royal du 15 juin 2005 modifiant, en ce qui concerne les honoraires d'urgence pour les prestations de biologie clinique, l'article 26 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 30.06.2005, entrée en vigueur le 01.07.2005)

⁸ Arrêté royal du 15 juin 2005 modifiant en ce qui concerne les dispositions de l'article 17, par. 1er, 11°bis, l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 30.06.2005, entrée en vigueur le 01.07.2005)

prévoir des indemnités supplémentaires pour les services de garde effectués par les médecins spécialistes en formation.

Comme nous venons de l'indiquer, le GBS et l'ABSyM réclament un dispositif spécifique dans le budget des moyens financiers pour tous les hôpitaux où des médecins spécialistes en formation exercent (cf. conclusion 3.b. en page 8).

Le taux d'affiliation des médecins spécialistes en formation aux syndicats médicaux et aux unions professionnelles est faible. Le fait qu' "on n'aime que ce qu'on connaît" constitue très probablement une des principales raisons. Pourtant, ces organisations participent sur base paritaire à la commission d'agrément et au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes où elles défendent également leurs intérêts consciencieusement et avec beaucoup d'attention. Les médecins spécialistes en formation sont associés au fonctionnement du Conseil supérieur (cf. conclusion 4.c. p. 9).

En ce qui concerne les médecins étrangers, il est inconcevable de remettre en question la libre circulation au sein de l'UE. Nous assistons aujourd'hui à une migration économique parmi les médecins. Les médecins aux revenus bas des nouveaux Etats membres de l'UE viennent s'installer en Belgique notamment. Les médecins belges, et plus particulièrement les spécialistes, cherchent de meilleures conditions de travail chez nos voisins. C'est par exemple un fait connu que les psychiatres flamands partent en grand nombre aux Pays-Bas tandis que les radiologues et les anesthésistes francophones s'installent en France. Cela n'a rien à voir avec la "pénurie" mais tout à voir avec les possibilités dans le cadre du statut social et avec l'obtention de revenus (cf. conclusion 5.b. p. 10).

En ce qui concerne la qualité de la formation, nous constatons toujours que nos spécialistes nouvellement agréés sont fort appréciés à l'étranger et y accomplissent de belles carrières. Cela ne peut s'expliquer que si nous dispensons véritablement une formation de qualité en Belgique. Certes, la structure de la formation peut être améliorée et la formation pratique doit être accompagnée, en collaboration avec les universités, d'un enseignement théorique. Les médecins spécialistes en formation doivent disposer pour ce faire du temps nécessaire dans le cadre de leur plan de travail et heures de travail normales tout en tenant compte évidemment du temps nécessaire pour acquérir l'expérience pratique.

Mais une spécialisation médicale est une forme d'enseignement professionnel au niveau académique et celui-ci doit avant tout être organisé par les gens de terrain, à savoir les unions professionnelles et les syndicats représentatifs de médecins. Nous sommes volontiers disposés à apporter une contribution structurelle et positive.

Je vous remercie pour votre attention.

Dr Marc Moens,
Vice-président de l'ABSyM,
Secrétaire général du GBS

MONTANTS DE REFERENCE : LA GUERRE DE CENT ANS

(Opinion du Dr Marc MOENS dans *Tendances pour spécialistes* du 27.01.2009)

Les pages ultimes du Moniteur belge 2008 – qui en compte 69.358 – consignent la démission du gouvernement sortant et la nomination de celui qui lui a succédé. Quelque 25 pages plus tôt, le premier était toutefois encore parvenu à déclencher une guerre de cent ans entre conseils médicaux et gestionnaires d'hôpitaux belges. S'il est certes moins meurtrier que celui qui a enflammé Gaza ces dernières semaines ou que le match médiéval meurtrier entre la France et l'Angleterre, de 1337 à 1453, le conflit n'en est pas moins hautement désagréable pour toutes les personnes impliquées, lourd de conséquences imprévisibles pour les patients... et il se prolongera indéfiniment, ou jusqu'à ce qu'une appendicectomie ne puisse plus coûter qu'un euro et une embolie pulmonaire, 10 centimes. Ou l'inverse.

L'INAMI a récemment adressé aux conseils médicaux des hôpitaux quelques exemplaires d'une jolie brochure consacrée aux nouvelles modalités d'application du système des montants de références, qu'il aurait pu sous-titrer «comment payer une seconde fois des impôts sur le même travail?». Dans les établissements qui auront dépensé plus que la moyenne pour les 32 pathologies standard sélectionnées (APR-DRG), c'est au conseil médical que reviendra la tâche de publicain de récupérer auprès des médecins les montants requis, qui seront ensuite reversés à l'INAMI par l'intermédiaire du conseil d'administration. En vertu d'une loi-programme, l'Institut est tenu de verser ces sommes ainsi collectées dans son bas de laine appelé «Fonds d'avenir des soins de santé». Les anciennes modalités prévoyaient que les noms des

hôpitaux que l'INAMI jugeait trop chers seraient rendus publics, une sanction qui a été abolie, vraisemblablement parce que le site internet de l'Institut est moins efficace qu'un pilori médiéval sur la Grand-Place de Bruxelles. Par contre, l'INAMI convie les intéressées à rallier la capitale, le 3 février, pour une après-midi où les conseils médicaux, notamment, pourront apprendre l'art de convaincre leurs collègues prescripteurs et dispensateurs de faire acte de repentir et de mettre la main à la bourse. Quant aux héritiers et pensionnés, on n'a pas fini d'en entendre parler.

Etait-ce bien nécessaire? Non. Personne ne peut raisonnablement être opposé à un système qui traite des pathologies comparables de façon similaire à un prix sensiblement égal. Un message qui ne pouvait être que bienvenu, en 2002, dans le contexte de vingt années d'hégémonie socialiste à la tête du Cabinet des Affaires sociales et de la Santé. Le fait qu'il émanât du seul ministre flamand de toute cette période était plus problématique. L'intervention de Frank Vandenbroucke a incité nombre de Nimbys⁹ politiques, qui n'avaient pourtant cessé, jusque-là, de protester de leur bonne foi, à s'inquiéter soudainement des coups de balai qui auraient pu être donnés devant leur propre porte... Lorsque les Nimbys ont réalisé que les différences pouvaient aller du simple au centuple, ces mêmes politiciens ont finalement décidé qu'une loi sur les montants de référence était préférable à l'application de la législation existante, qui aurait permis aux mutuelles et au Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI de mettre un terme aux abus. Des simulations avaient révélé que certains hôpitaux crevaient littéralement le plafond des histogrammes de la consommation médicale par APR-DGR. Ils n'ont pas été inquiétés - somme toute, il est tellement plus simple de faire payer tout le monde pour les fautes de certains.

P.S. : En 1431, Jeanne d'Arc a fini sur le bûcher, mais non sans ouvrir la voie à une victoire française. Quel sera le sort de Laurette Onkelinx dans la saga des montants de référence?

Dr Marc Moens, vice-président de l'ABSyM, secrétaire général du GBS

**NOMENCLATURE : ARTICLE 20, § 1er, b) et c)
(pneumologie & gastro-entérologie)
(en vigueur à partir du 01.03.2009)**

19 SEPTEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant l'article 20, § 1er, b), et c), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 30.01.2009)

Article 1er. A l'article 20, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° au b),

les prestations et la règle d'application suivantes sont insérées après la règle d'application qui suit la prestation 471811-471822 :

« 471833-471844

Echoendoscopie bronchique K 220

471855-471866

Echo-endoscopie bronchique avec ponction de tissu extramural (matériel disponible non compris) K 250

Les prestations 471833-471844 et 471855-471866 ne sont cumulables avec aucune autre prestation endoscopique ni d'échographie, excepté avec les prestations 473852-473863 et 473874-473885. »;

2° au c),

la règle d'application qui suit la prestation 473896-473900 est remplacée par les règles d'application suivantes :

« Les prestations 473852-473863, 473874-473885 et 473896-473900 ne peuvent être portées en compte que dans le cadre de suspicion de pathologie oncologique.

Elles ne sont cumulables avec aucune autre prestation endoscopique ni avec une échographie abdominale. Néanmoins les prestations 473852-473863 et 473874-473885 sont cumulables avec les prestations 471833-471844, 471855-471866, 473712-473723 et 473911-473922. » .

⁹ Not in my back yard

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Articles 28, § 1er & 35 (Implants : Urologie et néphrologie) : A.R. du 16.01.2009 (M.B. du 05.02.2009 – p. 8106)

Articles 28, § 1er & 35 (Prothèses : Orthopédie et traumatologie) : A.R. du 12.02.2009 (M.B. du 27.02.2009 – p. 17089)

Article 35 (Prothèses : Orthopédie et traumatologie) : A.R. du 16.02.2009 (M.B. du 27.02.2009 – p. 17097)

Article 35bis (Implants : Pneumologie) : A.R. du 16.01.2009 (M.B. du 30.01.2009 – p. 7197)

Les textes complets sont disponibles sur le website et peuvent également être obtenus sur simple demande au Secrétariat.

LETTRE OUVERTE AU NOM DES GÉRIATRES À L'OCCASION DE L'ÉTUDE DU KCE SUR LE PROJET DES HÔPITAUX GÉRIATRIQUES

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Au nom des gériatres, je souhaite faire quelques commentaires concernant le communiqué de presse de l'étude du KCE sur le projet des hôpitaux de jour gériatriques.

L'étude avait pour mission d'examiner quelle est l'utilité d'un hôpital de jour géiatrique, comment le financer au mieux, comment "traduire" ces données dans le système des soins de santé belge et enfin si les mêmes patients sont atteints via l'hôpital de jour géiatrique et via l'hospitalisation géiatrique classique.

L'étude a clairement démontré qu'une évaluation correcte du patient géiatrique nécessite un *comprehensive geriatric assessment*, lequel n'est proposé que dans le cadre d'une hospitalisation en géiatrie ou via l'hôpital de jour géiatrique. Par conséquent, cette nouvelle structure est déjà nécessaire pour permettre une évaluation ambulatoire du patient géiatrique. Dans la mesure où l'essence de l'évaluation géiatrique découle de sa multidisciplinarité effective, un encadrement paramédical large constitue une condition préalable qui est certes onéreuse mais nécessaire et inévitable.

Concernant le financement, les auteurs ont indiqué qu'un nouveau mode de financement pour les seuls hôpitaux de jour géiatriques n'était ni possible ni souhaitable. Compte tenu des normes de financement actuels classiques, il a été suggéré que le financement prévu actuel suffit pour 3 nouveaux patients par jour. Plusieurs centres n'atteignent pas ce quota à l'heure actuelle. L'affirmation que pour ces centres, il faudrait d'ores et déjà envisager une adaptation, lisez une réduction, du financement n'apparaît pas dans l'étude. L'honnêteté nous oblige à ajouter que le projet au moment de la collecte des données n'avait été lancé que depuis peu et que de nombreux hôpitaux de jour géiatriques ont connu des problèmes d'organisation durant la phase initiale. De ce fait, plusieurs centres n'ont pu prendre en charge qu'un nombre limité de patients via la nouvelle structure.

Les géiatries déplorent que le communiqué de presse ait surtout mis l'accent sur cette sous-utilisation. Cela risque de donner l'impression que l'hôpital de jour géiatrique constitue une option trop chère et par conséquent indésirable, ce qui est clairement contredit par les autres conclusions de l'étude auxquelles il n'a pas été fait un aussi large écho. Au contraire, les géiatries croient au concept qui constitue de plus un élément essentiel du Programme de soins pour le patient géiatrique. Il est évident qu'un taux d'occupation plus élevé de cette structure nécessaire est souhaitable.

Les géiatries espèrent que l'hôpital de jour géiatrique pourra sortir rapidement de la phase de projet pour devenir un élément fixe et structurel dans l'offre géiatrique globale à l'hôpital.

Dr M. Vandenbroucke,
Président

DOUTES QUANT A L'INTERET D'UN ENREGISTREMENT VIDEO SYSTEMATIQUE DES INTERVENTIONS PAR ENDOSCOPIE

Communiqué de presse KCE (16/01/2009)

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a réalisé en collaboration avec le bureau de consultance HICT une étude sur l'intérêt que pourrait présenter l'enregistrement des images prises durant certaines interventions par endoscopie. Le KCE constate que l'enregistrement vidéo n'apporte pas de valeur ajoutée évidente pour améliorer la qualité des soins de santé, ni pour la formation des médecins. Les images peuvent être utilisées ultérieurement comme moyen de preuve devant les tribunaux mais à condition que le consentement des différentes personnes impliquées ait été obtenu et que la vie privée ait été respectée.

Une endoscopie (littéralement « regard à l'intérieur ») consiste à entrer dans le corps humain en vue de poser un diagnostic, faire une biopsie ou pratiquer une opération. Elle s'effectue à l'aide d'un instrument, appelé endoscope, qui permet au médecin de voir à l'intérieur du corps via un tuyau flexible. La chirurgie par endoscopie permet une intervention la moins invasive possible

En chirurgie endoscopique, des images de l'intervention sont diffusées en temps réel et permettent de suivre et de guider les mouvements du chirurgien. Mais est-il également nécessaire d'enregistrer systématiquement ces images, de les conserver et les utiliser à d'autres fins ?

Il n'y a pas de preuve que l'enregistrement vidéo apporte une plus-value pour l'amélioration de la qualité des soins. Ce qui joue le plus en termes de qualité des soins reste l'application des recommandations de bonne pratique et des procédures, comme celles relatives à la prise en charge du patient ou au contrôle de la salle d'opération, et une formation initiale des chirurgiens de très haute qualité. Pour le moment, les images qui peuvent être utilisées comme matériel didactique dans la formation (continué) des médecins sont déjà largement mises à disposition par des firmes privées. Il n'est donc pas utile d'enregistrer du matériel vidéo supplémentaire dans ce but.

Le coût d'un enregistrement systématique au niveau national s'élèverait à environ 500 000 euros pour le stockage et 12 800 000 euros pour revoir et analyser les images. Par ailleurs, il s'agit d'une technologie qui n'est pas encore suffisamment développée et qui ne satisfait pas encore à toutes les exigences techniques. Pour ces raisons et compte tenu de données scientifiques limitées, le KCE recommande de ne pas enregistrer systématiquement les interventions endoscopiques.

Dans les faits, des images sont cependant déjà enregistrées et conservées par certains chirurgiens. Un chirurgien qui souhaite enregistrer à titre personnel des images vidéo, doit préalablement demander le consentement du patient et devra s'assurer de la protection de la vie privée du patient lors du traitement des données. Les hôpitaux qui pratiqueraient l'enregistrement vidéo systématique des interventions doivent en outre protéger la vie privée de toutes les personnes impliquées (autres médecins, infirmiers,...) et mettre en place les procédures nécessaires pour l'enregistrement et l'utilisation des données.

Les images font partie intégrante du dossier médical du patient. Le médecin comme le patient peut utiliser ce matériel comme moyen de preuve devant un tribunal à condition que celui-ci ait été obtenu de manière légale, et donc avec consentement préalable de toutes les personnes concernées et à condition que le nécessaire ait été fait pour protéger leur vie privée.

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 101B.

COUTS ET MORTALITE ENGENDRES PAR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Communiqué de presse KCE (02/02/2009)

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) estime qu'environ 2600 patients par an décèdent prématurément durant leur séjour hospitalier des suites d'une infection nosocomiale. En outre, une infection nosocomiale prolonge la durée d'hospitalisation d'une semaine en moyenne. Cette prolongation de séjour hospitalier coûte presque 400 millions d'euros par an à la collectivité.

Les infections nosocomiales sont les complications les plus fréquentes chez les patients hospitalisés. Elles augmentent le risque de décès et prolongent la durée d'hospitalisation. Le KCE avait estimé à la fin de l'année passée que 6% des patients hospitalisés étaient victime d'une infection nosocomiale, sur base d'une large enquête menée dans plus de la moitié des hôpitaux. Sur les 125 000 patients environ qui luttent contre une infection nosocomiale, pas moins de 17 500 vont décéder durant leur séjour hospitalier, sans que l'on puisse pour autant imputer directement leur décès à l'infection. Seule une partie de ces décès est

clairement imputable, directement ou indirectement, à l'infection. L'objectif du rapport était de calculer le nombre de ces décès, de même que les coûts collectifs engendrés par les prolongations de durée de séjour.

Les pneumonies et les septicémies sont les infections les plus mortelles et aussi les plus chères

Le KCE estime que chaque année en Belgique environ 2600 personnes décèdent prématurément durant leur hospitalisation des suites d'une infection nosocomiale. Ce sont surtout les pneumonies et les septicémies (infections du sang) qui sont les plus mortelles, et ceci aussi bien en soins intensifs que dans les services de médecine interne, de chirurgie, de gériatrie et de réhabilitation.

Les pneumonies (100 millions d'euros), les septicémies (80 millions d'euros) et les infections urinaires qui sont très fréquentes (80 millions d'euros), engendrent le plus gros paquet des coûts supplémentaires, principalement dans les services cités plus haut. Au total, une charge additionnelle de 384 millions d'euros par an pour la collectivité, estime le KCE. Cette dépense supplémentaire est liée à une prolongation de la durée d'hospitalisation de 6,7 jours en moyenne par infection. Avec un coût de journée d'hospitalisation de 371 euros en moyenne (sans compter les soins médicaux), on comprend que cela monte vite.

Le KCE recommande donc que le suivi de ces trois types d'infections nosocomiales devienne une priorité, dans les services cités plus haut. La participation des hôpitaux aux études de prévalence devrait en outre devenir obligatoire, afin de pouvoir vérifier l'impact des mesures préventives. Des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer le rapport coût/efficacité des diverses mesures de prévention possibles. Les infections de plaies opératoires qui se déclarent après la sortie de l'hôpital n'ont pas été incluses dans notre étude et mériteraient d'être étudiés également. En outre, les problèmes des infections dans les maisons de repos (et de soins), ainsi que l'importance du portage de germes résistants aux antibiotiques devraient être examinés de plus près.

Une mise au point au sujet des différences et des liens entre évènement indésirable (adverse event), infection nosocomiale et erreur médicale

Le KCE a constaté que dans les médias, ces trois concepts sont parfois confondus.

Les '*adverse events*' ou évènements indésirables constituent un ensemble plus large que les infections nosocomiales. Ceux-ci surviennent plus en raison d'un défaut dans l'organisation dans les soins qu'en raison de la maladie du patient. A côté des infections nosocomiales, les escarres et les embolies pulmonaires sont des exemples classiques d'évènements indésirables. Pour arriver à éviter ces évènements, il faut d'abord en connaître l'ampleur. Une étude récente du KCE indique qu'un meilleur enregistrement des données à l'admission permettrait d'améliorer l'extraction des évènements indésirables à partir des bases de données administratives hospitalières récoltées en routine.

Les infections nosocomiales sont un des évènements indésirables possibles. Elles sont également contractées durant le séjour hospitalier. Environ 30% de ces infections peuvent être évitées grâce à des mesures d'hygiène hospitalière, comme par exemple l'hygiène des mains, mais l'effet de ces mesures dépend bien sûr du type d'infection.

Parmi les évènements indésirables, certains sont considérés comme des *erreurs médicales*. Il s'agit ici d'un concept juridique : il y a erreur médicale à partir du moment où il est prouvé que la complication est due à une faute du prestataire ou à un défaut d'organisation des soins de l'institution.

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 102B.

CHIRURGIE ROBOT-ASSISTEE : QU'EN PENSER AUJOURD'HUI ?

Communiqué de presse KCE (09/02/2009)

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a étudié les avantages potentiels et les coûts liés à la chirurgie robot-assistée. Cette technologie est relativement sûre lorsqu'elle est employée par des chirurgiens expérimentés, mais on ne dispose pas encore aujourd'hui de preuves évidentes qu'elle apporte de véritables avantages par rapport à la chirurgie traditionnelle. C'est la raison pour laquelle le KCE recommande que l'INAMI ne la rembourse pas de façon inconditionnelle. Beaucoup d'hôpitaux facturent au patient ou à son assurance hospitalisation, les frais supplémentaires entraînés par la chirurgie robot-assistée. Il faudrait que, dans ce genre d'intervention, le patient soit clairement et complètement informé de l'expérience de l'équipe chirurgicale, des coûts additionnels et des alternatives possibles.

Il y a pour le moment en fonctionnement en Belgique au moins une vingtaine d'installations de chirurgie robot-assistée. En termes de nombre d'installations par habitant, notre pays se classe ainsi en deuxième position mondiale, après les USA et loin devant le reste de l'Europe. Ces systèmes sont principalement utilisés dans les interventions sur la prostate (prostatectomie radicale) mais aussi de plus en plus en gynécologie et en chirurgie cardiaque. La technique consiste, pour l'opérateur qui se trouve dans la même

salle que le patient, à commander les instruments chirurgicaux à distance. La procédure est très peu invasive en ce sens que les plaies chirurgicales sont réduites au minimum et que l'intervention se pratique via de petits orifices artificiels.

Sécurité ? Oui, mais ...

La chirurgie robot-assistée offre au chirurgien une image agrandie en trois dimensions et des instruments très maniable qui évitent les tremblements. Cette nouvelle technologie est théoriquement très prometteuse et relativement sûre à condition que l'équipe chirurgicale ait suivi une formation adéquate et soit bien entraînée. C'est la raison pour laquelle il convient de ne permettre l'accès à la technique qu'aux équipes qui disposent de ces atouts. Leur nombre doit rester limité de façon à ce qu'elles aient la possibilité d'acquérir l'expérience nécessaire.

Avantages : restent à prouver

La chirurgie robot-assistée offre-t-elle des avantages par rapport à la chirurgie classique? Pour le moment, ce n'est pas encore prouvé de manière satisfaisante. Pour les prostatectomies, il y a clairement une diminution des saignements mais les autres avantages attendus comme un raccourcissement du séjour hospitalier ou de meilleurs résultats en termes d'incontinence ou d'impuissance, ne sont pas démontrés de façon évidente. A ce sujet, ce sont surtout l'habileté et l'expérience du chirurgien qui sont déterminantes et pas la technologie proprement dite. Des interviews que le KCE a pu mener dans les hôpitaux, il ressortait par ailleurs que certains systèmes avaient été achetés plutôt pour de raisons de marketing : « le robot est un signe que notre hôpital mène la course en tête en matière de technologie ».

Coûteux pour le patient

La chirurgie robot-assistée est beaucoup plus chère que la chirurgie classique. Le prix d'achat du système s'élève à environ 1,7 million d'euros et les frais d'entretien à 10% de cette somme chaque année. De plus, pour chaque intervention il faut des instruments très chers qui ne sont que partiellement réutilisables. Comme ces frais plus élevés ne sont pas remboursés, beaucoup d'hôpitaux facturent des suppléments aux patients. Pour une prostatectomie cela se monte dans la plupart des cas à 1200€. Le patient devrait en être clairement informé au préalable par le médecin et pouvoir discuter avec lui des alternatives possibles.

Remboursement non recommandé

Un remboursement complémentaire pour la chirurgie robot-assistée est demandé à l'INAMI avec de plus en plus d'insistance. Le KCE a calculé que ce seul remboursement complémentaire coûterait 2 millions d'euros à l'assurance maladie. Comme l'intérêt réel de la technique reste encore peu démontré, le KCE ne peut en recommander le remboursement sans autre forme de procès.

Si un remboursement devait malgré tout être décidé, il faudrait conditionner celui-ci au rassemblement de données qui puissent servir à mieux asseoir les preuves de l'intérêt de la chirurgie robot-assistée pour des interventions déterminées. En outre, les pouvoirs publics devraient exiger plus de transparence de la part des producteurs au sujet de leurs coûts de production. Il faut savoir que l'entreprise qui fabrique le système a une position de monopole grâce à laquelle elle peut fixer le prix du robot et du matériel disponible au niveau qu'elle souhaite.

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 104B.

LANCEMENT D'UNE NOUVELLE LIBRAIRIE EN LIGNE POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

Découvrez le nouveau site web www.accomedical.be avec une librairie en ligne pour vos achats de littérature médicale.

Visitez ce nouveau site web d'ici le 30 avril 2009 et vous bénéficierez de 10% de réduction sur tous vos achats en ligne.

Acco Medical est désormais en mesure de vous informer de manière encore plus ciblée sur les derniers titres parus dans votre propre discipline. Si vous vous inscrivez en ligne, vous pourrez consulter sur le site les publications qui vous intéressent très précisément. De plus, Acco Medical offrira un recueil original de dessins humoristiques sur le thème médical aux 200 premiers inscrits.

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.
- 09010 **OPHTALMOLOGUE** (bilingue, 10 ans d'expérience, également chirurgie de la cataracte) cherche remplacement (dans toute la Belgique) à partir de mars 2009 tél. 0477/444.777
- 09012 **ST VITH** : cherche **GASTRO-ENTÉROLOGUE** pour travailler à la clinique St. Joseph. Prendre contact avec le Dr G. Tomé. Adresse : rue du Couvent 9, 4780 St Vith, tél. : 080/85.43.81.
- 09013 **A VENDRE** : Chirurgien retraité vend instruments de chirurgie de diverses spécialités. Prix à convenir. Tél. : 04/252.67.13. Fax : 04/252.10.14.
- 09014 **A LOUER** : Cabinet médical, avenue Montjoie 110, 1180 Bruxelles. Loyer : 600 € tout compris, Dr A. Van Durme, tél. : 02/344.29.11, e-mail : a.vandurme@skynet.be
- 09015 **FRANCE-BRETAGNE SUD**. Médecin vasculaire, orientation phlébologie, cherche successeur fin juin 2009, cause retraite. Secteur privé type 2. Tél. : 00.33.2.98.90.16.86 et 00.33.6.17.96.51.93.
- 09016 **FRANCE** : Le Centre hospitalier Sainte-Marie de Privas, établissement privé assurant le service public hospitalier sur l'ensemble du département de l'Ardèche (psychiatrie adulte et infanto-juvénile), recrute dans le cadre de son projet d'établissement et pour l'ensemble de ses secteurs et de ses services intersectoriels : réhabilitation psycho-sociale, géro-nto-psychiatrie, alcoologie : **PSYCHIATRES à temps plein ou à temps partiel**. Nombreux avantages sociaux : • statut convention collective FEHAP du 31 octobre 1951 y compris pour PH détaché; • reprise de l'ancienneté; • mutuelle et prévoyance; • retraite surcomplémentaire; • possibilité de logement; • frais de déménagement pris en charge. Renseignements concernant les fonctions auprès du Directeur (00.33.4.75.20.15.10) ou du Docteur Giraud, président de CME (00.33.4.75.20.14.62). Les médecins intéressés peuvent faire acte de candidature par lettre avec CV à M. le Directeur Centre hospitalier Sainte-Marie 19, cours du Temple, BP 241, 07002 Privas CEDEX, FRANCE.
- 09018 **BRUXELLES** : Le Centre Colignon, place Colignon 12 à 1030 Bruxelles, cherche un ou une **RADIOLOGUE** pour compléter le service de radiologie, échographie. Nouveau matériel digitalisé, full spine, échographe neuf. Merci de prendre contact avec Pascale Senny au 0477/75.36.48. psenny@skynet.be
- 09020 **SOIGNIES** : **URGENT** : Le CHR de la Haute Senne, chaussée de Braine 49 à 7060 Soignies, recherche un **MÉDECIN ANESTHÉSISTE** temps plein. Prière d'adresser les candidatures au Dr D. DELVAL, Directeur général, didier-delval@chrhautesenne.be, tél. : 067/348.799 et au Dr D. NOBLESSE, Chef de service, tél. : 067/348.909.
- 09021 **A CÉDER** environ 100 très beaux livres de pneumologie (Chest, Cecil-Loeb, Fraser, ...) + Vigot atlas soins + Netter gyné + ... Rens. Tél. 0472/565407 (Charleroi, coll. Dr Thiriaux).
- 09022 **RADIOLOGUE** accrédité, polyvalent et bilingue, reconnu tiers payant, disponible pour **REPLACEMENTS** en privé ou hôpital. Renseignements au 0476/200.280, yveanc@gmail.com
- 09023 **BRUXELLES** : Centre médical nord de Bruxelles cherche, suite départ retraite, **2^e OPHTALMOLOGUE**. Prière de tél. au 02/267.97.78. Contact : Mme Florence Lopez.
- 09024 **NEDER-OVER-HEEMBEEK** : L'hôpital militaire HCB-RA cherche un **RADIOLOGUE** mi-temps comme indépendant. Une bonne connaissance et expérience de la radiologie ostéo-articulaire est exigée. Contact: chris.lippens@telenet.be – tél. : 0476/42 84 67.
- 09025 **BRUXELLES** : La Clinique Saint-Jean recherche un **MÉDECIN GÉRIATRE** pour un poste temps plein de **CHEF DE SERVICE**. Les candidatures sont à envoyer au Dr Y. Bertrand, Directeur médical, Clinique St-Jean, Site Botanique, Boulevard du Jardin Botanique 32 à 1000 Bruxelles.
- 09026 **BRUXELLES** : La Clinique Saint-Jean recherche un **MÉDECIN PÉDIATRE** (activité de 6/10^e). Les candidatures sont à envoyer au Dr Y. Bertrand, Directeur médical, Clinique St-Jean, Site Botanique, Boulevard du Jardin Botanique 32 à 1000 Bruxelles.

Table des matières

• Assemblée générale du G.B.S. (07.02.2009) : Discours du Président	1
• Statut des médecins spécialistes en formation (Dr Marc MOENS – 10.02.2009).....	4
• Montants de référence : la guerre de cent ans.....	6
• Nomenclature : article 20, § 1er, b) et c) (pneumologie & gastro-entérologie).....	7
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature.....	8
• Lettre ouverte au nom des gériatres à l'occasion de l'étude du KCE sur le projet des hôpitaux gériatriques.....	8
• Doutes quant à l'intérêt d'un enregistrement vidéo systématique des interventions par endoscopie (Communiqué de presse KCE – 16/01/2009)	9
• Coûts et mortalité engendrés par les infections nosocomiales (Communiqué de presse KCE – 02/02/2009)	9
• Chirurgie robot-assistée : qu'en penser aujourd'hui ? (Communiqué de presse KCE (09/02/2009)	10
• Lancement d'une nouvelle librairie en ligne pour les professionnels de la santé	11
• Annonces	12