
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° 5 / OCTOBRE 2009

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

"TROU DE PRODUCTION" DANS LES SOINS AUX PATIENTS APRES L'INTRODUCTION DU DIPLOME DE MASTER 'SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE'

Les arrêtés du Gouvernement flamand du 4 septembre 2009 portant agrément de la formation de master "specialistische geneeskunde" dans les 4 universités flamandes ont été publiés au Moniteur des 18 et 21 septembre 2009. Ces décisions ont apparemment été prises avec la discrétion de rigueur car les sources contactées par le GBS n'étaient pas au courant. Le gouvernement flamand a pris cette décision après avis positif de la NVAO¹. Le rapport consultatif de la NVAO prend régulièrement ses distances avec la réalité. Le GBS a adressé une lettre critique à la NVAO. Vous pouvez prendre connaissance de la lettre dans son intégralité dans les pages qui suivent.

Le VLIR² a fait lanterner le GBS des années durant. Si ce n'est un entretien le 4 mai 2007 avec la promesse d'organiser une concertation avec la profession, le GBS, dont les unions professionnelles affiliées représentent un peu plus de 8.000 médecins spécialistes, a été totalement ignoré. Au sein du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, les présidents successifs ainsi que les vice-présidents désignés de droit ont joué le jeu du banc universitaire pendant des années. A aucun moment, ils n'ont transmis les informations reçues du VLIR aux membres du Conseil supérieur. Le VLIR s'est abstenu scrupuleusement de mener une discussion ouverte. Les représentants des unions professionnelles ont tenté plus d'une fois, mais sans succès, de soumettre ce dossier à la discussion en réunion plénière du Conseil supérieur. Maintenant que le VLIR a capturé sa proie ce 4 septembre, la discussion est soudainement envisageable. Une délégation du GBS a été reçue le lundi 28 septembre 2009 par le groupe de travail du VLIR 'formation des médecins spécialistes'. En préparation de la réunion, le président de ce groupe de travail, le Prof. Dr Wilfried DE BACKER (Universiteit Antwerpen), a mailé, le samedi 26.09.2009 à 19 h15, au soussigné quelque 110 pages d'informations utiles. Le GBS a ainsi eu moins d'un jour ouvrable pour parcourir et assimiler l'œuvre à laquelle le VLIR a travaillé pendant une décennie.

Le 31.08.2009, le GBS a été averti que le gouvernement flamand allait agréer le Master après Master le 04.09.2009. Bien que nous ayons insisté pour pouvoir rencontrer de toute urgence le nouveau ministre flamand de l'Enseignement, Monsieur Pascal SMET, l'entrevue n'a pu avoir lieu que le 14.09.2009. Il ne voyait pas pourquoi les unions professionnelles n'accueilleraient pas à bras ouverts cette décision du Gouvernement flamand. Il s'agissait en effet d'un dossier préparé depuis des années par son prédécesseur, Frank VANDENBROUCKE. La décision du Gouvernement flamand était la dernière étape d'un processus engagé depuis longtemps. Le fait que nous ayons aussi déjà parlé de concertation avec Frank VANDENBROUCKE a été confirmé

¹ Nederlands-Vlaamse Accreditingsorganisatie

² Vlaamse Interuniversitaire Raad

par son collaborateur mais cela n'a rien changé à l'histoire. La décision était prise et il est probable que le ministre avait connaissance de l'imminence de la publication au Moniteur belge.

Au cours d'une entrevue, le 29.09.2009, avec Jo VANDEURZEN, ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, le GBS a fait savoir à celui-ci, entre autres choses, que l'impact de l'académisation complète ne passerait pas inaperçu pour les soins de santé du citoyen flamand. Il n'était apparemment absolument pas informé et s'est montré extrêmement étonné à la lecture d'un passage du rapport consultatif de la NVAO : (nous traduisons) *"Le médecin spécialiste en formation doit bénéficier de facilités pour consacrer plus de temps à la formation et à l'étude et, par conséquent, les tâches de soins aux patients doivent être assurées par d'autres et les établissements doivent vérifier comment il sera fait face au trou de production dans les soins aux patients"*. A la question de savoir qui sont les "autres", il ne nous a pas été apporté de réponse par le ministre Pascal SMET. Le ministre J. VANDEURZEN ne s'était pas encore rendu compte que son collègue SMET lui avait collé un problème majeur. La réalisation du Master après Master s'est tenue dans le plus grand secret et, jusqu'à aujourd'hui³, les médias ne s'y étaient pas intéressés et les responsables politiques que nous avons contactés n'étaient au courant de rien. Dans une république bananière, cela s'appelle un putsch. VANDEURZEN devrait interpeller son collègue SMET à ce sujet.

L' "Orde van medische specialisten" néerlandais nous a fait savoir qu'il ne savait absolument rien de la NVAO mais que, chez eux également, le monde universitaire s'efforce d'arracher la formation des mains de la profession. Les hôpitaux universitaires entendent avoir la primauté en matière de formation et plus particulièrement en ce qui concerne l'attribution des *"assistent-geneeskundigen"*. Les universités néerlandaises n'y sont toutefois pas parvenues à ce jour.

Quelque 10 ans et demi après la déclaration de Bologne, à l'exception de quelques spécialités en Bulgarie et en Italie et du diplôme de master en médecine générale en Flandre, le master après master en médecine n'a pas encore d'existence dans l'UE. Le professeur gantois de médecine générale Jan DE MAESENEER était partisan de cette académisation complète. Cependant, il semble qu'à Gand, parmi les médecins récemment diplômés, on observe un flux moins important vers la médecine générale que dans les autres universités et qu'après cinq ans, il y aurait plus de médecins quittant la profession. La réalité de la médecine générale est peut-être moins académique que ce qui a été enseigné. Le GBS entend éviter un scénario similaire en médecine spécialisée. C'est pourquoi les unions professionnelles doivent exciper de leur grade lors de la prochaine démarche des universités pour l'adaptation de la législation fédérale pour l'obtention d'un titre professionnel spécialisé.

Après 7 ans d'étude théorique, la médecine spécialisée nécessite avant tout une formation pratique et non pas une étude strictement ou principalement théorique qui s'étire jusqu'à l'âge de 30 à 38 ans (pour le stomatologue-chirurgien maxillo-facial). Le GBS a appris que les médecins spécialistes en formation ne sont pas non plus unanimement heureux de cette académisation. Ils deviennent pratiquement des "étudiants perpétuels", avec obligation de payer un droit d'inscription. Les représentants des organisations d'assistants ont servi de marchepied aux milieux académiques pour soutenir la formation de master après master. Dans la pratique, le contenu de l'académisation est une désillusion. Il n'y a pas (encore) de programmes (d'étude) et il n'y a pas de financement prévu. Les universités le savaient et cela figure également dans les rapports de la NVAO qui ont malgré tout accordé un "satisfecit" à cette partie. Certains professeurs d'université commencent apparemment également à se poser des questions concernant le contenu pratique. Ils craignent que le médecin spécialiste en formation ne puisse plus acquérir une expérience pratique suffisante.

³ Cet éditorial a été écrit le 03.10.2009.

Nos exigences peuvent être résumées comme suit :

1. La profession exige d'être associée à la fixation des objectifs finaux et à l'élaboration du profil à atteindre par spécialité. Le lieu où fixer ces objectifs finaux n'est pas le VLIR ou son équivalent francophone mais bien les commissions d'agrément fédérales.
2. Ni l'éventuel diplôme de master, ni le DESS qui existe déjà du côté francophone ne peuvent être une condition pour obtenir l'agrément fédéral.
3. Au moins la moitié des stages doivent être effectués dans un hôpital non universitaire.
4. Comme c'est prévu aujourd'hui dans la législation fédérale, le choix du médecin spécialiste en formation en matière d'élaboration de son plan de stage doit être respecté et ne peut pas être subordonné aux besoins de certains services universitaires.

Dr M. MOENS,
Secrétaire général

**LETTRE DU 25.09.2009 DU GBS A LA DIRECTION DE LA NVAO
(NEDERLANDS-VLAAMS ACCREDITERINGSORGANISATIE)**

Mesdames, Messieurs, Chers Collègues,

Concerne : Evaluation du *NVAO Toets Nieuwe Opleiding Master in de specialistische geneeskunde Universiteit Antwerpen. Adviesrapport 15 juni 2009*

Le Groupement des Unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS) est une fédération de différentes unions professionnelles monospécialisées et représente en Flandre quelque 4.500 médecins spécialistes. Il peut dès lors être considéré comme la plus importante organisation de médecins actifs. Deux aspects essentiels de l'objet social de notre organisation sont :

- a) obtenir une reconnaissance légale au titre de médecin spécialiste
- b) encourager la pratique et l'enseignement des spécialités médicales

Cela fait plus de 30 ans que la formation et l'agrément des médecins spécialistes dans notre pays sont régis légalement via des organes (Conseil supérieur et commissions d'agrément) dont les acteurs représentent de manière paritaire l'aile professionnelle et l'aile universitaire de la profession. Les universités entendent maintenant manifestement subordonner le rôle de ces organes à leurs intérêts académiques.

Nous avons récemment reçu une copie du rapport consultatif sur le master 'specialistische geneeskunde' (master après master) pour l'Universiteit Antwerpen. Nous avons lu ce rapport avec attention.

Nous avons été étonnés de constater qu'il est indiqué à plusieurs endroits dans ce rapport que les "groupes professionnels" des médecins et médecins spécialistes ont été consultés et qu'ils seraient d'accord avec ces propositions. Quelques éventuels contacts informels avec des médecins individuels ou certains membres des commissions d'agrément peuvent difficilement passer pour une concertation avec les groupes professionnels. Prétendre que les organisations représentatives de la profession médicale auraient été associées à ces projets est un pur mensonge.

La NVAO doit par conséquent savoir qu'il n'y a pas eu de concertation à proprement parler avec les organisations professionnelles. Par le passé, il y a eu à 2 reprises un contact informel entre les représentants des organisations professionnelles et le VLIR (Vlaamse Interuniversitaire Raad) et plus tard avec le College van Vlaamse Decanen, en vue de l'organisation d'une concertation, laquelle ne s'est jamais concrétisée. Par le passé, le VLIR a toujours refusé toute discussion sérieuse avec le GBS. Ce n'est que quand les centres universitaires ont été assurés que les autorités flamandes allaient leur accorder la formation de master que des contacts ont été pris afin ... de nous mettre devant un fait accompli ou en vue de l'une ou l'autre forme de collaboration?

Compte tenu du fait que la NVAO n'a été approchée que par les milieux académiques et qu'il n'y a pas eu le moindre contact sérieux avec des hôpitaux non universitaires d'un certain format comme il en existe plusieurs en Flandre et où l'innovation médicale est une réalité vivante, les conclusions du rapport d'évaluation de l'Universiteit Antwerpen (le seul document en notre possession) ont été tirées à partir d'une image partielle et faussée de la médecine spécialisée en Flandre.

Nous sommes étonnés que les décisions d'un organisme d'évaluation qui se prend au sérieux reposent sur des données inexactes.

Deuxièmement, nous ne pouvons que constater que, bien que des critiques sévères aient été formulées concernant la réalisation et la mise en oeuvre de cette nouvelle formation, notamment au niveau financier, chaque sujet/facette obtient au bout du compte systématiquement un "satisfaisant". Nous constatons également qu'il n'y a pas la moindre trace des relations parfois très tendues entre l'Antwerpse universitaire ziekenhuis et les hôpitaux anversoïses des environs. Les assistants sont monopolisés et les places de stage ne sont accordées qu'à condition que les patients présentant certaines pathologies soient transférés de l'hôpital voisin vers les services universitaires. Il n'y a certainement pas eu de visitation dans ces hôpitaux anversoïses car il ne serait pas possible de sauver les apparences. Les doutes répétés exprimés dans le rapport de la NVAO à l'égard des hôpitaux non universitaires ont peut-être leur origine dans cette situation.

Dans le rapport d'évaluation de la NVAO de l'Universiteit Antwerpen, on constate qu'à la suite de l'introduction de la formation master après master 'specialistische geneeskunde', le nombre d'heures que le médecin consacrerà à la formation, à l'assistance à des cours et à l'apprentissage d'aptitudes notamment dans le domaine de la communication et du management, se fera au détriment des heures consacrées aux soins dispensés aux patients. La NVAO se demande dès lors à plusieurs reprises comment il sera fait face au "trou de production"⁴, surtout dans les hôpitaux non universitaires. Apparemment, on ne s'attend pas, ou alors dans une proportion moindre, à un "trou de production" dans les hôpitaux universitaires.

Les médecins en formation seront-ils plus encore que ce n'est le cas actuellement utilisés comme monnaie d'échange dans les relations avec les hôpitaux périphériques où des relations privilégiées (comprenez modèles de renvoi cf. plus haut) ont été développées? Les médecins en formation auront-ils encore la possibilité d'effectuer un stage en toute indépendance dans un hôpital non universitaire comme la loi belge le garantit, pour ainsi être confrontés à la pratique quotidienne de leur spécialité? Ou sont-ils désormais enfermés dans la tour d'ivoire de l'hôpital universitaire?

Pour qu'une formation équilibrée soit dispensée aux médecins spécialistes en formation, il faudrait qu'au moins la moitié des stages soient effectués dans des hôpitaux non universitaires.

Le Groupement des Unions professionnelles belges de médecins spécialistes – l'équivalent belge de l' "Orde der Specialisten" néerlandais – trouve que rien ne justifie d'un point de vue éthique que vous accordiez un "satisfaisant" à un système qui instaure en connaissance de cause en Belgique, par l'académisation, une pénurie de soins médicaux par ce que vous appelez un "trou de production". Il est bien sûr de la responsabilité des nombreuses autorités belges de l'autoriser ou non mais les autorités universitaires prennent dans ce cas une grande responsabilité. Les Pays-Bas essaient de résorber leurs listes d'attente dans les soins de santé par la privatisation mais la NVAO va créer des listes d'attente en Flandre avec son "trou de production".

Enfin, nous constatons que le rapport d'évaluation part du principe que les différents aspects de l'académisation de la formation professionnelle dans les spécialités médicales seraient en accord avec la réglementation existant en la matière, et ce bien que plusieurs de ces éléments sont clairement contraires à notre législation fédérale belge, de sorte qu'on est en droit de se demander si prendre des décisions politiques fait également partie des attributions d'une organisation d'accréditation. Le fait que, par exemple, les maîtres de stage actuellement agréés par des

⁴ "Productiegat". NVAO Toets Nieuwe Opleiding. Adviesrapport Universiteit Antwerpen. 15.06.2009. Pages 4, 30 et 31.

organes légaux devraient, selon la NVAO, d'abord être agréés par une des facultés est une option qui va à l'encontre de la législation belge en vigueur.

C'est peu de le dire que nous n'adhérons pas à votre *toets nieuwe opleiding*.

Dr Marc MOENS,
Secrétaire général

Prof. Dr Jacques GRUWEZ,
Vice-président

Dr Jean-Luc DEMEERE,
Président

**MASTER APRES MASTER OU LE COUP DE GRÂCE ASSÉNIÉ
À UNE FORMATION SPÉCIALISÉE SOLIDE EN BELGIQUE**

LETTRE OUVERTE DE L'UNION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS BELGES

Tel un voleur dans la nuit, le master après master, c'est-à-dire l'académisation totale de la formation des médecins spécialistes, a fait son entrée, portant ainsi un coup sévère à l'avenir des spécialistes débutants. Chez nos voisins et dans les pays qui tiennent la démocratie en haute estime, la formation du médecin spécialiste est une formation professionnelle.

En ma qualité de président de l'Union professionnelle des chirurgiens belges, je ne peux parler évidemment que pour les chirurgiens. La chirurgie – et je suppose que cela vaut également pour les autres spécialités – est une discipline que l'on apprend au chevet du patient. Nous apprenons à poser un diagnostic, à mettre en place des traitements, à communiquer avec le patient sous la direction d'un maître de stage ou de ses collaborateurs. Pour ce faire, il faut travailler dur, voir et traiter énormément de patients, suivre énormément de patients, évaluer ses résultats, discuter avec des confrères et d'autres spécialistes ainsi que des médecins généralistes. Plus besoin de fréquenter les bancs d'école pour cela.

Je peux m'imaginer qu'en première année de chirurgie, on est directement dégoûté en apprenant qu'à partir de cette année, on doit non seulement payer une somme importante (1000 €, soit plus de la moitié de la rémunération d'un MACS) pour s'inscrire à l'une ou l'autre université mais on doit aussi suivre un programme d'enseignement impliquant de devoir fréquenter les bancs d'école durant un nombre d'heures non négligeables (180?)... et ce après 7 années d'étude de médecine !!!

Autrefois on était docteur en médecine, chirurgie et accouchements, maintenant médecin et bientôt étudiant spécialiste ou étudiant médecin généraliste. La formation dans nos Universités s'est-elle à ce point relâchée que l'on n'est plus en mesure d'inculquer à nos étudiants des connaissances théoriques approfondies en médecine?

Jusqu'à présent, l'assistant de chirurgie était formé durant six ans et, durant les deux premières années, il suivait huit sessions de bagage scientifique. Au terme de la deuxième année, il passait un examen devant la commission d'agrégation.

Pour la plupart plus que suffisant. Ensuite, au terme de la formation c'est-à-dire après six ans, il y a encore un examen oral. A ma grande satisfaction en tant qu'examineur, on observe que les collègues sont jusqu'à présent correctement formés quand on présente les cas pratiques lors de l'examen.

Qu'en est-il maintenant : des assistants vont soudainement passer quelques jours sur les bancs d'école. Cela veut dire arrêter leur activité clinique, abandonner les services, laisser leurs patients en plan. Et ce pour le plus grand honneur et la plus grande gloire de quelques incapables universitaires. Peut-être ceux à l'université qui n'ont rien à faire avec les soins de santé et les soins au patient.

Les jeunes assistants sont en outre une proie facile : être à peine autorisé à commencer une formation, mieux vaut se taire pour ne pas risquer de devoir interrompre la formation, des

formateurs qui doivent eux mêmes écouter leurs pouvoirs académiques, des formateurs périphériques qui doivent être obéissants à l'égard de leur université, etc.

Je pense heureusement que nombreux sont ceux à ne pas être d'accord avec cet état de fait mais il leur faudra le soutien tant des formateurs non universitaires que des formateurs universitaires. Nous soutenons très certainement l'initiative de boycott menée par les assistants en formation de première année. Ne jetez pas 1000 € dans le puits sans fond de l'université !

Est-il trop tard? J'espère que non. Nous avons une formation qui fait fortement penser à la société que Orwell a évoquée dans son roman '1984'. Certains "professeurs" de médecine générale de gauche sont déjà parvenus à enfermer la formation de médecine générale dans un carcan universitaire et maintenant on s'en prend à la formation spécialisée. Problème d'ego?

Peu importe le ministre, on lui présente quelque chose et il l'accepte volontiers. A en croire les gens qui ont parlé au ministre à ce sujet, il n'y comprend fichtre rien. Il ne faut pas s'attendre à autre chose des ministres. Ils s'entourent toujours des mauvais conseillers : des cliniciens ratés. Les vrais cliniciens n'ont pas le temps de jouer au conseiller. Les cliniciens travaillent pour leurs patients.

Dr Luc Haeck,
Président de l'Union professionnelle des chirurgiens belges

E.B.M.
ECONOMICS BASED MEDICINE

Exposé d'ouverture du Dr J.L. DEMEERE, président du GBS,
dans le cadre du symposium du GBS du 19.09.2009
"Les montants de référence "

Le rapport de l'A.M.C.^[1] d'avril 2009 comparant les systèmes de santé dans les différents pays de la C.E.E. mentionne : « Le système de soins de santé de la Belgique est intéressant à cause de l'accès rapide aux services, du taux élevé de satisfaction des patients, ainsi que des réformes de financement des hôpitaux et des politiques pharmaceutiques ^[2] ».

La satisfaction des patients est relative et basée sur leur perception des soins de santé et le contact médecin. L'accès rapide aux soins est une certitude. La pléthore médicale y aide. Mais un belge sur quatre est mécontent du système essentiellement parce qu'il lui coûte et que son financement actuel est assuré pour 29%, par le patient. La crise aidant, certains patients retardent des consultations, épargnent sur les médicaments et évitent des soins médicaux tant en prévention qu'en traitement. En terme de performance, de morbidité et de mortalité le système belge des soins de santé n'est plus parmi le top. Et pourtant le système belge a servi de modèle pendant des années. Pourquoi cette évolution ?

Historiquement, le système belge se base sur le libre choix du médecin, le libre choix thérapeutique, une couverture des frais hospitaliers sur base des coûts réels et enfin une nomenclature d'actes dont la valeur pécuniaire est négociée entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs ou mutuelles. Ces principes de base de l'A.M.I datant de 1963 ont connu une évolution telle que ces principes ne sont plus respectés. Le principe de base est devenu la gestion comptable au sein d'un budget fermé. La négociation est encadrée par le pouvoir financier et surtout politique. Des décisions politiques contournent les négociations et imposent des financements dans le secteur du médicament, des frais hospitaliers et des honoraires. Ainsi la réforme du financement des hôpitaux se base sur un coût moyen par activité en fonction d'une durée de séjour moyenne. On travaille avec des budgets fermés ou enveloppes. On ne parle plus de coût réel mais d'une partie d'un budget calculée sur une moyenne nationale vieille de 2 ans. La norme est la moyenne. La liberté thérapeutique est entravée. On forfaitarise, la liberté thérapeutique est standardisée. Aucune entreprise n'accepterait de travailler dans un tel

[1] Association Médicale Canadienne.

[2] R. Ouelet, Rapport au Conseil Général, avril 2009, Association médicale Canadienne. A2-4

système si du moins elle ne pouvait pas faire appel à une autre source de financement : le prélèvement sur les honoraires médicaux. La moyenne devient la référence, on oublie le patient. On ignore l'efficacité et la qualité des soins. Pour les médicaments on passe par des forfaits hospitaliers par pathologie. Ici encore on parle de moyenne sur base d'un calcul vieux de deux ans. Dernière nouveauté, les montants de référence coût moyen théorique par pathologie. L'injustice de cette nouvelle théorie financière est que le calcul est basé sur une nomenclature négociée et fixée. Le remboursement des montants dépassant la moyenne (et médiane est assuré par l'hôpital. Divide et impera. Le gestionnaire se retourne sur les dispensateurs de soins. Les médecins doivent rembourser. Cependant, le gestionnaire a déjà prélevé une partie de ces honoraires. On propose un remboursement sur base d'un 25-75%, gestionnaire, médecins. Scandaleux lorsqu'on sait que dans les secteurs de la radiologie et biologie clinique l'hôpital prélève souvent plus de 25% et les médecins leur abandonnent parfois des 80%. Scandaleux parce que ces deux spécialités sont déjà soumises à des restrictions budgétaires avec des clignotants, des corrections algébriques et d'autres calculs. Scandaleux parce que les hôpitaux performants ne sont pas encouragés par la perception de leur différence avec la moyenne. Scandaleux parce que ce système n'est là que pour le bénéfice du budget et non pour le patient. Scandaleux parce que les organismes assureurs ne comparent que des coûts et non pas des soins de santé. La qualité n'est pas le maître mot mais les dépenses. A croire que l'exercice de la médecine est devenu un placement financier. E.B.M. : economics based medicine sans evidence...

A quand la recherche de l'efficacité et de la qualité? Pauvre patient !

DES MONTANTS DE REFERENCE POUR DES SOINS PLUS EFFICACES A L'HOPITAL ?

Exposé du Dr Rob van den Oever, ANMC, dans le cadre du symposium du GBS du 19.09.2009 "Les montants de référence "

En 2002, un système de MONTANTS DE REFERENCE a été mis sur pied dans le but d'éliminer les formes non justifiées (dépenses AMI) de variabilité de pratique pour certains traitements de routine effectués en grand nombre.

Ce système dit des montants de référence a été introduit par la loi du 22.08.2002 (M.B. du 10.09.2002) pour une liste restreinte d'interventions chirurgicales effectuées en routine (opération de la cataracte, amygdalectomie, varices, pose de prothèse de la hanche et du genou, méniscectomie, prostatectomie transurétrale, hystérectomie, accouchement, césarienne, ligature tubaire, cholécystectomie, hernie inguinale et interventions sur annexes et enlèvement de matériel de fixation interne) et, de manière beaucoup plus ambitieuse, pour un certain nombre de formes de pathologies internes très variables (infarctus du myocarde, AVC, pneumonie, AIT, angine de poitrine, syncope, diverticulité, calculs rénaux avec ou sans ESWL et carcinome pulmonaire). Désormais, les hôpitaux recevront après coup un financement équivalent pour l'exécution des interventions susvisées pour les honoraires d'imagerie médicale, de biologie clinique et les prestations techniques.

Pour la détermination des premières données de calcul pour ces prestations, on a utilisé les données d'admission du 1.10.2002 au 31.12.2003 pour les interventions et les pathologies susvisées. Seuls les niveaux de sévérité 1 et 2 sont pris en considération et les dépenses annuelles moyennes par admission (de la liste limitative) augmentées de 10 % constituent le montant de référence.

Si les dépenses pour certaines prestations effectuées pour une de ces pathologies de référence dans un hôpital dépassent de 10 % au moins, la différence doit être déduite des honoraires portés en compte à l'assurance maladie.

En apparence, l'introduction du système des montants de référence comme instrument pour éliminer les formes non justifiées semblait une mesure appropriée mais, au niveau de la méthodologie, cette méthode de récupération après coup a présenté tellement de désavantages qu'il serait préférable de remplacer l'application de ce modèle par d'autres moyens pour diminuer la variabilité de pratique entre les hôpitaux.

Parmi les objections méthodologiques contre ce modèle de récupération des moyens de référence, citons le mode de calcul contesté, le retard (mesure toujours basée sur des données non récentes) à opposer aux changements rapides dans la pratique médicale, les soins partiels effectués en ambulatoire et en extra-muros, les contestations juridiques concernant le recouvrement chez le prescripteur/prestataire, le médecin/gestionnaire, la répartition des montants réclamés entre les différents médecins intervenants, les codes DRG et le severity-upgrading, l'applicabilité imparfaite aux pathologies internes, le caractère pervers de coût moyen en recul constant et l'absence de gratification pour les hôpitaux les plus économes et efficaces.

Nous donnons la préférence à un modèle avec gratification pour l'hôpital et pour les médecins hospitaliers au lieu d'un système pénalisant.

Cette gratification se veut un encouragement pour une augmentation de la performance et de la qualité des soins dispensés.

En plus d'un score positif dans le domaine des montants de référence (une liste très restreinte de traitements de préférence standardisés), ce gain de performance peut également être déterminé par le score pour différents autres paramètres de qualité, comme la mortalité, la réadmission, la politique de sécurité, la prévention des infections, la politique de transfusion, la politique antibiotiques, la prévention des escarres, etc.

Cette rémunération de la performance peut être octroyée à l'hôpital comme une certaine partie du BMF calculé sur la base du score individuel de l'hôpital et aux médecins par la nomenclature sous la forme d'une sorte de forfait de performance (honoraires) par admission. Une liste – établie en consensus – de paramètres de qualité objectifs, des règles de jeu claires et prédéfinies et un organe d'évaluation et d'octroi indépendant constituent naturellement des conditions indispensables pour la réussite d'un modèle de bonus.

UN ETE SANS CHIENS ECRASES
(publié dans Tendances pour spécialistes du 22.09.2009)

Cet été, les chiens écrasés n'ont intéressé personne : les médias avaient de vraies nouvelles à annoncer. Tout au long d'une belle saison chaude, on se serait cru dans un cinéma en plein air où se succédaient femmes gangsters, raids sur le plus grand palais de justice d'Europe, évasions de diverses prisons par voie d'hélicoptère, d'échelle ou de (belle-)mère, directeurs régionaux des impôts ou juges de tribunal de commerce nommés politiquement exposés comme fraudeurs avérés ou supposés... Bref, la réalité a dépassé l'imagination du journaliste le plus inventif !

Le ministre de la Justice avait à peine eu le temps de s'extraire de son uniforme de gardien – enfilé le temps d'une visite de travail pour une émission de télévision filmée dans une prison – qu'une journaliste pleine d'allant de la même chaîne le sommait de démissionner, comme il avait déjà dû le faire il y a une dizaine d'années après l'évasion d'un assassin et violeur d'enfant.

On en oublierait presque que la crise économique mondiale est loin d'être terminée et que le monde politique belge passe plus de temps à jouer aux chaises musicales pour réorganiser nos nombreux gouvernements, qu'à établir ou rectifier des budgets toujours plus déficitaires. Rares sont les politiciens qui se souviennent encore que le terme latin « minister » signifie « serviteur »... Ministre, on le devient aujourd'hui en récompense de services rendus à un parti ou parce qu'un gouvernement régional, lassé des frasques d'un joyeux drille, l'expédie au fédéral. Une fonction qui peut vous être retirée – oh, pas par l'électeur mais par les pontes du parti, si ceux-ci jugent le ministre trop peu populiste et préfèrent, par pur opportunisme, lui substituer une jeune femme mutine mère de trois enfants de trois pères différents dont un volontairement inconnu.

En tout cas, nos gouvernements ne peuvent pas être accusés de paresse. Si le Moniteur belge continue à publier leurs élocubrations au rythme actuel, le record absolu de 87.430 pages (établi en 2004) devrait être pulvérisé sans difficulté. Et si les mandats de 296 des quelque 7.700 membres de gouvernement, parlementaires, gouverneurs provinciaux, bourgmestres, échevins et présidents de CPAS de notre pays avaient, comme la loi l'exige, été communiqués à la Cour des comptes et publiés au Moniteur⁽¹⁾, sans doute cette édition aurait-elle compté un millier de pages et non 956. Une occasion manquée de battre un record ? Ne nous désolons pas : nous approchons les 250 pages de M.B. par jour, soit en moyenne 30% de plus que l'année dernière. Pourtant, cela crève les yeux, on ne gouverne ni plus, ni mieux qu'avant.

J'ai par contre cherché en vain dans les publications médicales de qualité la confirmation de la cause biomédicale du syndrome de fatigue chronique. Début juin, un professeur belge faisait la une des médias pour avoir découvert que le sulfure de soufre permet, chez les patients atteints de ce syndrome, de faire virer l'urine du jaune au bleu. Nombre de scientifiques sceptiques l'ont déjà appris à leurs dépens : critiquer les traitements alternatifs est un exercice périlleux, qui risque fort de se terminer au tribunal⁽²⁾. Entre-temps, les thérapeutes alternatifs continuent à plumer des patients désarmés pour des tests inutiles et, dans le tiers-monde, on soigne la tuberculose, la diarrhée, la grippe, la malaria et le VIH par homéopathie, en dépit de la récente interdiction de l'OMS. Avec des conséquences autrement moins anodines que chez nous, où l'homéopathie, également condamnée par l'Académie royale de médecine de Belgique⁽³⁾, est pourtant remboursée par les mutuelles. Il reste donc du pain sur la planche, ici comme ailleurs.

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

1. M.B. du 14/08/2009

2. « Don't criticise, or we'll sue ». New Scientist No 708, 16 May 09

3. « Advies omtrent homeopathie ». Tijdschrift voor Geneeskunde 65, nr. 10, 15/05/2009

**COMMUNICATION IMPORTANTE AUX MEDECINS SPECIALISTES
EN MEDECINE INTERNE AVEC UN NUMERO INAMI 580
ET AVEC UNE ACTIVITE PRINCIPALE EN RHUMATOLOGIE**

Les médecins spécialistes agréés en médecine interne exerçant principalement la rhumatologie durant au moins six ans peuvent renoncer à leur agrément en médecine interne pour être agréés comme médecin spécialiste en rhumatologie. Les médecins spécialistes en rhumatologie doivent introduire leurs dossiers au plus tard le 5 décembre 2009 auprès de la commission d'agrément compétente. Cette possibilité pour les spécialités concernées prend fin à ces dates.

Jusqu'à présent, les médecins spécialistes en médecine interne n'avaient pas vraiment de raisons pour opter pour l'agrément dans l'une ou l'autre sous-spécialité de la médecine interne et ainsi renoncer à leur agrément. Bien au contraire. Le maintien de l'agrément comme médecin spécialiste en médecine interne facilitait l'organisation de la permanence des services d'urgences. Pour un certain nombre de médecins spécialistes en médecine interne, le maintien du numéro INAMI 580 est également important dans le cadre de leur agrément comme maître de stage en médecine interne.

Depuis quelques années, le Conseil technique médical de l'INAMI œuvre au niveau de son groupe de travail médecine interne à une modification fondamentale des règles de la connexité dans le cadre de la nomenclature des soins de santé. Jusqu'à présent, les différentes spécialités de la médecine interne jouissaient d'un accès quasiment illimité à l'ensemble de la nomenclature de l'art. 20. Cela ne sera plus le cas dans le futur. En résumé, les prestations des différentes spécialités de la médecine interne seront scindées en a) prestations accessibles à tous les médecins spécialistes dans les disciplines internes et en b) prestations uniquement accessibles aux médecins spécialistes de la spécialité concernée. Par conséquent, les médecins spécialistes en médecine interne devront chacun étudier de près leur pratique médicale et déterminer s'ils souhaitent conserver leur agrément initiale ou si certains devront décider dans un proche avenir d'être agréés dans l'une ou l'autre discipline de la médecine interne.

LE TITRE PROFESSIONNEL PARTICULIER EN ONCOLOGIE

Dans le numéro spécial juillet 2009 du Médecin Spécialiste, le GBS a lancé un appel à tous les médecins pouvant prétendre au titre professionnel particulier en oncologie pour qu'ils introduisent, au plus tard le 2 novembre 2009, leur demande d'obtention de ce titre professionnel particulier 'et en oncologie' dans le cadre des mesures transitoires.

Le dossier de l'oncologie a à nouveau été discuté en réunion du 17 septembre 2009 du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Il est établi que les critères spécifiques par spécialité à remplir par les médecins souhaitant obtenir ce titre professionnel particulier ne seront pas publiés avant le 2 novembre 2009 au Moniteur belge. En effet, le Conseil supérieur doit encore rendre un avis concernant les projets soumis. La prochaine réunion du Conseil supérieur est programmée pour le 10 décembre 2009. Même l'administration s'est maintenant rendu compte que ces critères ne peuvent plus être publiés à temps.

Le Conseil supérieur a réagi positivement à la proposition opérationnelle d'avis de l'administration du SPF Santé publique pour prolonger les mesures transitoires jusque deux ans après la publication des arrêtés ministériels fixant les critères spécifiques par discipline.

Tant que cette modification de l'A.M. du 26 septembre 2007 n'aura pas été publiée au Moniteur belge, notre avis reste toutefois le seul avis juridiquement correct. Le GBS ne peut que vous conseiller de réunir tous les documents utiles pour – au cas où le report ne serait pas publié à temps – introduire votre demande à la dernière minute, c'est-à-dire au plus tard le 2 novembre 2009.

Le GBS suit la situation jour après jour. Si vous souhaitez être tenu informé sans délai via notre lettre d'information électronique, pensez à nous communiquer votre adresse e-mail (tél. : 02/649.21.47 – fax 02/649.26.90 ou par e-mail à pierre@gsb-vbs.org).

HONORAIRES DE DISPONIBILITE DANS LE CADRE DES SERVICES DE GARDE ORGANISES DANS UN HOPITAL : MODIFICATIONS EN VIGUEUR A PARTIR DU 01.04.2009 ET DU 01.10.2009

20 SEPTEMBRE 2009. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 avril 2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital (M.B. du 30.09.2009)

Article 1er. A l'article 3 de l'arrêté royal du 29 avril 2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° dans la phrase introductive, le mot « dix » est remplacé par le mot « onze »;
- 2° au point 10°, les mots « ou en neurologie » sont supprimés;
- 3° l'article est complété par le 11°, rédigé comme suit :
« 11° médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie ».

Art. 2. A l'article 4 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 1er, 3°, est complété par les mots « selon que la perception centrale des honoraires est organisée par le Conseil médical ou l'hôpital »;

2° cet article est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Si un médecin spécialiste en neuropsychiatrie est en même temps disponible durant un jour férié ou un week-end pour les spécialités de base visées aux 10° et 11° de l'article 3, la disponibilité ne pourra être communiquée que pour une des deux spécialités de base. »

Art. 3. A l'article 6 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° au deuxième alinéa, 1°, le mot « dix » est remplacé par le mot « onze »;
- 2° un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 2 et 3 :

« Si un médecin spécialiste est disponible durant un jour férié ou un week-end pour plusieurs hôpitaux en même temps, il y a lieu que des arrangements soient pris avec les médecins en chef des hôpitaux concernés quant à la disponibilité effective en cas d'appels urgents simultanés dans les hôpitaux concernés.

Dans ce cas, l'INAMI ne payera qu'un des hôpitaux ou Conseils médicaux pour ce jour férié ou ce week-end. A cet effet, les médecins en chef conviendront entre eux pour quel hôpital la disponibilité de ce médecin spécialiste durant ce jour férié ou ce week-end sera communiquée. »

Art. 4. Le présent produit ses effets le 1er avril 2009 à l'exception de l'article 3, 2°, qui produit ses effets le 1er octobre 2009.

NOMENCLATURE : ARTICLE 18, § 2, B, d)quater
(médecine nucléaire)
(en vigueur à partir du 01.11.2009)

21 AOUT 2009. - Arrêté royal modifiant l'article 18, § 2, B, d)quater, 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 18.09.2009)

Article 1er. A l'article 18, § 2, B, d)quater, 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, [...], le dernier alinéa du 1. est remplacé par la disposition suivante :

« La prestation 442971-442982 n'est cumulable qu'avec une seule des prestations techniques des articles 17, 17bis, 17ter ou 17quater, pour la même indication chez le même patient porteur de la même pathologie. »

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.

NOMENCLATURE : ARTICLE 20, § 1er, a)
(médecine interne)
(en vigueur à partir du 01.11.2009)

10 SEPTEMBRE 2009. - Arrêté royal modifiant l'article 20, § 1er, a), 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 28.09.2009)

Article 1er. A l'article 20, § 1er, a), 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, [...], la prestation 470035-470046 est abrogée.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

NOMENCLATURE : ARTICLE 34
(Prestations interventionnelles percutanées)
(ERRATUM)
(en vigueur à partir du 01.09.2009)

18 MARS 2009. - Arrêté royal modifiant l'article 34, § 1er, a), 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. - Erratum (M.B. du 24.09.2009 – p. 63560)

Au Moniteur belge n° 256 du 30 juillet 2009^(*), dans le texte néerlandais, à l'article 1er, au point B, à la page 51409, le deuxième alinéa doit être remplacé par le texte suivant : « De aanvraag tot terugbetaling moet worden ondertekend door twee vaatchirurgen en één interventionele radioloog die verbonden zijn aan het centrum. ».

^(*) cf. *Le Médecin Spécialiste* n° 4 / août 2009 p. 14

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Articles 3, § 1er, 18, § 2, 24, § 1er et 33bis (Biologie clinique) : A.R. du 31.08.2009 (M.B. du 28.09.2009 – p. 63966)

Articles 28, § 1er & 35bis (Chirurgie vasculaire) : A.R. du 10.09.2009 (M.B. du 25.09.2009 – p. 63808)

Article 35 (Chirurgie vasculaire) : A.R. du 18.03.2009 (M.B. du 25.09.2009 – p. 63816) – **ERRATUM**

Article 35 (Oto-rhino-laryngologie) : A.R. du 10.09.2009 (M.B. du 25.09.2009 – p. 63809)

Article 35 (Orthopédie et traumatologie) : A.R. du 10.09.2009 (M.B. du 25.09.2009 – p. 63811)

Article 35 (Neurochirurgie) : A.R. du 10.09.2009 (M.B. du 25.09.2009 – p. 63813)

Article 35bis (Chirurgie abdominale et pathologie du système digestif) : A.R. du 10.09.2009 (M.B. du 25.09.2009 – p. 63812)

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

MODIFICATION DE REGLES INTERPRETATIVES ARTICLES 5 et 6 (Soins dentaires)

Le Comité de l'assurance soins de santé a modifié le 27 juillet 2009 la règle interprétative 1 relative aux **'soins conservateurs'** comme suit :

REGLE INTERPRETATIVE 1 (en vigueur depuis le 01.06.2007) (M.B. du 25.09.2009)

QUESTION

A quoi correspondent les prestations « traitement et obturation d'un canal ou des canaux d'une même dent » ?

REPONSE

Les prestations « traitement et obturation d'un canal ou de plusieurs canaux d'une même dent » comprennent :

- l'ouverture et le nettoyage de la chambre pulpaire;
- chaque radiographie prise après l'ouverture de la chambre pulpaire dans le cadre d'un traitement radiculaire;
- la détermination de la longueur canalaire, quelle que soit la technique utilisée;
- le nettoyage et l'obturation des canaux;
- la/les radiographie(s) de contrôle démontrant que chaque canal visible a été obturé.

NOUVELLES REGLES INTERPRETATIVES ARTICLE 28, § 8 (Aides à la mobilité)

REGLE INTERPRETATIVE 2 (en vigueur depuis le 01.01.2007) (M.B. du 24.08.2009)

QUESTION

Quelles conditions le bénéficiaire doit-il remplir pour avoir droit au remboursement de repose-jambes réglables électriquement ou d'un siège basculant électriquement ou d'un dossier électrique inclinable sur la voiturette électronique pour l'intérieur et l'extérieur ou sur la voiturette électronique pour l'extérieur ?

Faut-il à la fois que le bénéficiaire dispose d'une position d'assise déficiente (code qualificatif minimal 3) et qu'un changement permanent de la position générale s'impose, ou une seule de ces deux conditions est-elle suffisante ?

REPONSE

Pour avoir droit au remboursement de repose-jambes réglables électriquement ou d'un siège basculant électriquement ou d'un dossier électrique inclinable sur la voiturette électronique pour l'intérieur et l'extérieur ou sur la voiturette électronique pour l'extérieur, le bénéficiaire doit disposer d'une position d'assise déficiente (code qualificatif minimal 3) OU un changement permanent de la position générale d'assise doit s'imposer sur le plan médical.

Le besoin doit clairement ressortir du rapport de motivation du dispensateur et/ou du rapport de fonctionnement multidisciplinaire.

REGLE INTERPRETATIVE 3 (en vigueur depuis le 01.01.2007) (M.B. du 24.08.2009)

QUESTION

Quand une voiturette pour adultes peut-elle être remboursée pour un enfant ?

REPONSE

Une voiturette pour adultes peut être remboursée pour un enfant lorsque cet enfant a besoin, pour des raisons techniques ou fonctionnelles, d'une voiturette avec des dimensions pour adultes au niveau de la largeur et/ou de la profondeur.

Le besoin doit clairement ressortir du rapport de motivation du dispensateur et/ou du rapport de fonctionnement multidisciplinaire.

La voiturette avec des dimensions pour adultes doit avoir une largeur de siège de plus de 36 cm et être reprise sur la liste des aides à la mobilité agréées, sous le groupe-cible adultes.

NOUVELLE REGLE INTERPRETATIVE ARTICLE 29, § 1er (orthopédistes)

REGLE INTERPRETATIVE 26 (en vigueur depuis le 01.01.2007) (M.B. du 24.08.2009)

QUESTION

Comment doivent être tarifées les prestations 651092 (supplément par articulation) et 651114 (supplément par verrou) ?

REPONSE

Les prestations 651092 (supplément par articulation) et 651114 (supplément par verrou) ne peuvent chacune être tarifées qu'une seule fois par articulation anatomique.

COMMUNICATION CONCERNANT GRAS SAVOYE BELGIUM, LE PARTENAIRE « ASSURANCES » DU GBS

Bruxelles, le 22 septembre 2009

Cher Confrère,

Les mutations actuelles dans le monde financier ont amené Gras Savoye Belgium, le partenaire « Assurances » du GBS, à repenser le périmètre de ses activités.

Le GBS a été informé que, dès le 1^{er} octobre 2009, Gras Savoye Belgium cèdera l'entité des conseillers et experts en charge de la gestion du programme d'assurances du GBS à Concordia.

Le choix s'est porté sur ce courtier en assurances sur base de critères importants tels que le professionnalisme, la solidité financière et la capacité de reprendre nos activités dans des conditions optimales pour vous.

Concordia, fort de ses 90 collaborateurs, se situe au 7^e rang des sociétés de courtage d'assurances en Belgique, compte non tenu de ses filiales aux Pays-Bas et en France. Concordia est également membre du réseau international Wells Fargo.

Le suivi harmonieux de la gestion de vos intérêts est garanti puisque Concordia reprend l'ensemble des collaborateurs de Gras Savoye Belgium qui se sont occupés de vous dans le passé. La continuité est ainsi assurée.

Nous joignons à la présente les coordonnées du bureau Concordia^(*) qui détiendra vos dossiers sous huitaine et avec qui nous vous demandons de prendre contact dès le 1^{er} octobre 2009.

Nous vous adressons, Cher Confrère, nos sentiments les meilleurs.

Dr M. MOENS,
Secrétaire général

Dr J.L. DEMEERE,
Président

^(*) Les coordonnées du bureau Concordia peuvent être consultées sur le website du GBS sous la rubrique 'Partenaires'.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

16th SYMPOSIUM of the MEDICAL WOMEN'S ASSOCIATION of BELGIUM :

DOES MEDICINE TREAT WOMEN and MEN THE SAME? in diagnosis, treatment, research Saturday 14th of November 2009 – Brussels

Nederlands/français: simultaan vertaling/traduction simultanée
Accreditation: Ethic/Economic: C.P. 6
www.mwab.be

*Inscription: Secretariat: Lydie Schumacher/Lieve Geerts, Deurnestraat 170 B15, 2640 Mortsel – Tel. : 03/449 54 62 –
E-mail: medical.women.mwabe@gmail.com*

Oncology International Symposium on Lung Metastasis Friday 20 November 2009 – Leuven

Lung metastasis reflects a complex pathological process often generating controversial opinions when defining therapeutic strategies and their indications. Guidelines are lacking and as a result outcome of therapy in particular metastasectomy is debatable.

This symposium addresses in an indepth way the different aspects of pathogenesis, diagnosis and therapy by a panel of national and international experts.

Participants will observe live interventions.

Information: <http://www.uzleuven.be/nl/symposium-thoraxheelkunde>

Contact: Mrs. Bea Libert, Secretariat of Thoracic Surgery, University Hospitals Leuven, Herestraat 49, 3000 Leuven. Tel. 016 34 68 22 Fax 016 34 68 21 – Bea.Libert@uzleuven.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.

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

- 09068 **NOUVEAUX CABINETS PLATEAU TECHNIQUE COMPLET** avec gestion des honoraires, prêts pour le 01/12/2009. Centre Médical situé rue du Muguet 14, 7850 Enghien (30 km de Bruxelles). Pas de frais de location, perception centrale TP et rétrocession individuelle. Consultations possibles jusque 21 h. Forte demande de la population (démographie explosive). Honoraires libres pour les médecins non conventionnés. Excellente opportunité pour médecins voulant compléter ou augmenter leur activité. Site Web : www.medihelp.be – Adresse mail : team@medihelp.be
- 09074 **CH TUBIZE-NIVELLES** engage un **INTENSIVISTE** temps plein. Conditions très attractives. Candidature et CV : Dr S. Bartholomé, Directeur médical, Rue Samiette 1 à 1400 Nivelles – 067/885.213 – sebastien.bartholome@entitejolimontoise.be .
- 09077 **RIXENSART : À VENDRE** dans rue calme et pittoresque, à 600 m du centre (magasins, écoles, cinéma, gare), maison de campagne de style anglais, abritée au milieu d'un jardin sauvage de 28 ares. Tél. : 02/653.80.57.
- 09079 **A VENDRE** : Un ostéodensitomètre NORLAND Eclipse et ses accessoires + ordinateur + imprimante. Le matériel est en excellent état. Prix 15.000 euros TTC. Tél. : 0476/89.64.00.
- 09080 **HAINAUT : OPHTALMOLOGUE** cherche collaborateur f/m consultations 2 demi-journées par semaine. Plateau technique avec lasers et fluo accessible. Tél. 0477/45.87.51.
- 09081 **BRUXELLES** : Le Centre Médical ENADEN (agrée Convention I.N.A.M.I. n° 7.73.006.84 – Agrément COCOF 99/1172) comprenant une Unité d'Hébergement de Crise, une Unité d'Hébergement de Séjour Court, un Centre de Jour et une Unité de Consultation engage **2 PSYCHIATRES** responsables (19h/sem). Personne de contact : Dr Marc H. De Vos (02/534.63.73 – centre.medical.enaden@brutele.be).
- 09082 **BRUXELLES** : Pour collègue installé ou désirant s'installer à Bruxelles, à remettre fin 2009, **CABINET DENTAIRE**, clientèle agréable et fidèle, prix réalistes, diverses modalités possibles. Tél. le soir au 02/657.97.49.
- 09083 **BRUXELLES** : L'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola recrute un médecin résident ou chef de clinique adjoint (H/F) au service de **STOMATOLOGIE** (4 à 5/11e).
Nature et profil de la fonction : • Être reconnu stomatologue avec compétence en chirurgie orale et maxillo-faciale; • Le diplôme du Board Européen de Chirurgie Orale et Maxillo-faciale est un plus; • Assurer une à deux demi-journées de consultation et deux demi-journées d'activité chirurgicale par semaine; • Participer au rôle de garde appelable et répondre aux appels intra-muros; • Participer aux études cliniques et au travail scientifique; • Travailler en collaboration et bonne entente avec les médecins, orthodontistes et pédodontistes; • Participer à la supervision des candidats spécialistes en stomatologie et des étudiants en dentisterie.
Pour introduire votre candidature, merci de bien vouloir adresser votre lettre de motivation et votre CV au Dr Blaise Kovacs, Chef de Clinique – Clinique de Stomatologie HUDERF, Avenue J.J. Crocq 15 à 1020 Bruxelles. blaise.kovacs@huderf.be
- 09086 **OTTIGNIES** : Le Centre Neurologique William Lennox, centre de réadaptation neurologique à Ottignies, recherche de toute urgence un **PÉDIATRE** pour collaborer dans une unité de son service de neuropédiatrie (84 lits). 1/2 temps minimum – Convention de collaboration – Perspectives d'avenir.
Contacts : Dr S. Ghariani 010/43.02.45 ou 010/43.02.23 – sophie.ghariani@cnwl.be et Dr C. Bonnier 010/43.03.46 – christine.bonnier@cnwl.be
- 09087 **LASNE : CABINET MÉDICAL NEUF** situé à Plancenoit (Lasne). Très bonne localisation. Contact : Dr Bernard COSTER 0496/38.70.33 ou 02/731.24.81 en soirée.
- 09088 **A VENDRE : INSTRUMENT D'OPHTALMOLOGIE** : Javal 1970 50€ Tél. : 065/31.94.00 – GSM 0496/93.25.49.
- 09089 **CHIMAY** : Le Service des Urgences du Centre de Santé des Fagnes recherche activement un **MÉDECIN URGENTISTE** à temps plein à partir du 1er septembre 2009. Tout candidat intéressé et/ou désirant de plus amples informations peut contacter : • soit le Docteur Hassan Khrouz, Médecin Chef du Service des Urgences, tél. 060/21.88.02 ou 060/21.88.00, Mail dr.h.khrouz@csf.be • soit le Docteur Thierry Mignon, Directeur Médical, tél. 060/21.87.61 ou 060/21.87.74.
- 09090 **VIRTON** : Les Cliniques du Sud Luxembourg (plus grosse maternité de la Province, 9 gynécologues) recrutent **DEUX MÉDECINS SPÉCIALISTES GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS** (H/F) ayant une pratique obstétricale et chirurgicale. Sectorisation à développer. Les candidatures devront être adressées au chef de service, le Dr Alain Claudot, rue des Combattants 17, à 6760 Virton, dr.claudot@skynet.be, 063/58.80.70.
- 09091 **BRUXELLES** : Centre médical nord de Bruxelles recherche **GYNÉCOLOGUE** (h/f). Pour compléter l'équipe. Prière de tél. au 02/267.97.78. Contact : Mme Florence Lopez. E-mail : cmsmutsaert@skynet.be
- 09094 **FRANCE : CARDIOLOGUE**, région de Rouen en Haute Normandie, cherche successeur dans une agglomération d'environ 60 000 habitants. Echéance fin 2009. Possibilité de participation dans le Service de Cardiologie à grosse activité au CHG local ou au CHU à vingt kilomètres. Contacter à l'adresse mail suivante : normandie.cardio@free.fr
- 09095 **CH JOLIMONT-LOBBES** engage, pour le site de Jolimont, un **MÉDECIN INTERNISTE GÉNÉRAL HOSPITALIER**. Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser au Dr G. Derue, chef de service (064/233167-8), ou au Prof. M. Beauvain, directeur médical.
- 09097 **CHR HAUTE SENNE SOIGNIES** recrute **MÉDECIN AVEC COMPÉTENCE EN NUTRITION** pour la clinique de l'amaigrissement. Envoyer candidature : alain.juvenois@chrhautesenne.be ou tél. 067/348.789.
- 09098 **CHR HAUTE SENNE SOIGNIES** recrute **MÉDECIN AVEC COMPÉTENCE EN MÉDECINE DU SPORT** pour la clinique du sport. Envoyer candidature : alain.juvenois@chrhautesenne.be ou tél. 067/348.789.
- 09099 **MALMEDY : URGENT** : Hôpital de proximité de 151 lits à l'ambiance familiale situé au cœur d'une superbe région, la Clinique Reine Astrid de Malmédy recherche un **MEDECIN (H/F) RADIOLOGUE TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL**. Contacter le Docteur Deldinne, Chef du service d'Imagerie médicale, au tél. 0475 810013
- 09100 **AGGLOMÉRATION LILLOISE (FRANCE) : MÉDECIN RADIOLOGUE** cherche successeur dans groupe de 3 radiologues. Parts dans Scanner et I.R.M. Tél. à partir de Belgique : 00.33.3.20.01.53.12.

- 09102 **BRUXELLES** : Le C.T.R. (Centre de Traumatologie et de Réadaptation) (117 lits SP neurologiques et locomoteurs) annonce l'ouverture d'une vacance interne/externe pour le poste de Médecin Chef avec date de prise d'effet au 01.01.2010. Profil recherché : • Docteur en Médecine M/F ayant en plus de sa spécialité de base une expérience en réadaptation des handicaps neurologiques et locomoteurs. • Une expérience en direction d'équipe médicale, paramédicale multidisciplinaire et en management est souhaitée avec participation au plan stratégique. Vu la spécificité de l'établissement, il/elle coordonnera les activités médicales, paramédicales et de soins. • Le/la candidate aura de plus un intérêt et/ou une expérience dans la gestion hospitalière ainsi qu'une connaissance des milieux mutualistes et de l'INAMI. • Il/elle montrera les qualités humaines requises (relationnelles, leadership, etc.) pour être à l'écoute et rassembler une équipe thérapeutique en vue de formuler des projets et de les concrétiser. Pour les dispositions générales, on se référera au chapitre II de l'Arrêté Royal du 15.12.1987. Les candidatures sont à remettre pour le 30.11.2009 au plus tard et à adresser à Fabrizio BUCELLA, Président du Conseil d'Administration du CTR, C.T.R., place A. Van Gehuchten 4 à 1020 BRUXELLES.
- 09105 **CHIMAY** : Le Service des Urgences du Centre de Santé des Fagnes recherche activement un **MÉDECIN URGENTISTE** à temps plein à partir du 1er septembre 2009. Tout candidat intéressé et/ou désirant de plus amples informations peut contacter : soit le Docteur Hassan Khrouz, Médecin Chef du Service des Urgences (tél. : 060/21.88.02 ou 060/21.88.00 – mail : dr.h.khrouz@csf.be), soit le Docteur Thierry Mignon, Directeur Médical (tél. : 060/21.87.61 ou 060/21.87.74).

Table des matières

• “Trou de production” dans les soins aux patients après l'introduction du diplôme de master 'specialistische geneeskunde'.....	1
• Lettre du 25.09.2009 du GBS à la direction de la NVAO (Nederlands-Vlaams Accrediteringsorganisatie)	3
• Master après Master ou le coup de grâce asséné à une formation spécialisée solide en Belgique : lettre ouverte de l'Union professionnelle des chirurgiens belges	5
• E.B.M. – Economics Based Medicine.....	6
• Des montants de référence pour des soins plus efficaces à l'hôpital ?	7
• Un été sans chiens écrasés (publié dans Tendances pour spécialistes du 22.09.2009)	8
• Communication importante aux médecins spécialistes en médecine interne avec un numéro AMI 580 et avec une activité principale en rhumatologie	9
• Le titre professionnel particulier en oncologie.....	10
• Honoraires de disponibilité dans le cadre des services de garde organisés dans un hôpital : modifications en vigueur à partir du 01.04.2009 et du 01.10.2009	10
• Nomenclature : article 18, § 2, B, d)quater (médecine nucléaire)	11
• Nomenclature : article 20, § 1er, a) (médecine interne)	11
• Nomenclature : article 34 (prestations interventionnelles percutanées) (erratum)	11
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	12
• Modification de règles interprétatives : articles 5 et 6 (soins dentaires)	12
• Nouvelles règles interprétatives article 28, § 8 (aides à la mobilité)	12
• Nouvelle règle interprétative article 29, § 1er (orthopédistes)	13
• Communication concernant Gras Savoye Belgium, le partenaire « Assurances » du GBS.....	13
• Réunions scientifiques.....	14
• Annonces	14