

---

# Le Médecin Spécialiste

---

Organe du Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
des Médecins Spécialistes

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

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

**N° 3/ MAI 2013**

Bureau de dépôt : Bruxelles

---

## LETTRE OUVERTE AUX PARTIS POLITIQUES ET AUX FUTUR(S) (IN)FORMATEUR(S)

Le 25 mai 2014 se tiendra dans notre pays un scrutin historique : le premier depuis la 6<sup>e</sup> réforme de l'État<sup>1</sup>. Nous ne pouvons qu'espérer, avec tous nos compatriotes, que la Belgique ne s'apprête pas à battre son propre record du monde de formation gouvernementale de 541 jours ! La fragile amélioration de notre situation économique bénéficierait de la mise sur pied rapide d'un gouvernement qui pourra s'attaquer avec un dynamisme nouveau aux défis qui nous attendent.

Dans notre édition de juillet 2010, nous avons publié le mémorandum rédigé par le GBS à l'intention des négociateurs qui formation d'une nouvelle équipe malheureusement de constater s'est que bien peu intéressé aux exergue. Cela ne nous empêche la liste de nos exigences. Le hospitalier, annoncé par Laurette travers d'un communiqué de particulièrement les esprits à la

***Le nouveau modèle de financement hospitalier annoncé par Laurette Onkelinx risque d'échauffer tout particulièrement les esprits à la table des négociations.***

planchaient à l'époque sur la dirigeante. Force est que le gouvernement Di Rupo ne points que nous avons mis en pas de diffuser cette fois encore nouveau modèle de financement Onkelinx dès le 31.03.2013 au presse, risque d'échauffer tout table des négociations.

Quels que soient les partis politiques qui sortiront vainqueurs des élections, il est d'ores et déjà évident pour le corps médical qu'il y aura des coupes claires plus ou moins importantes dans la sécurité sociale en général et dans les soins de santé en particulier. Nous sommes à la veille d'une période difficile. Nous vous proposons de découvrir ci-dessous nos exigences et nos propositions pour répondre aux défis des années à venir.

### **1) Une politique de santé cohérente**

Dans le domaine des soins, la priorité des priorités doit être de développer une politique de santé cohérente. La 6<sup>e</sup> réforme de l'État ayant transféré un certain nombre de compétences aux communautés, il sera nécessaire d'harmoniser les différents systèmes de soins (au sens large du terme). Il est donc capital de faciliter une interaction efficiente entre le gouvernement fédéral et les communautés.

---

<sup>1</sup> Il est possible que les membres qui lisent encore notre revue sur papier ne reçoivent ce numéro qu'après les élections.

## **2) Choix financiers et éthiques vs. assurances privées**

Le gouvernement fédéral reste responsable du financement de larges pans des soins de santé. Au vu des avancées technologiques actuelles dans tous les domaines de la médecine – chirurgie endoscopique (éventuellement robot-assistée), développement de la (micro)biologie moléculaire et du diagnostic génétique, médicaments personnalisés, nanotechnologies, médecine régénérative, etc. –, il semble évident qu'il deviendra bientôt impossible de couvrir tous les coûts dans le cadre d'une assurance universelle unique. Des choix éthiques devront être posés.

La responsabilité du médecin et celle du gestionnaire financier du système se situent à des niveaux différents. Le premier est tenu de dispenser les meilleurs soins possibles à son patient : c'est son devoir en vertu de l'éthique et de la loi. La décision de rembourser ou non certains soins revient par contre aux responsables financiers, qui tiennent compte pour cela du budget disponible. Ce choix relève de leur responsabilité exclusive, totalement indépendante de la responsabilité éthique et légale du corps médical. Le grand défi des années à venir sera de maîtriser les coûts de la santé et de les accorder aux attentes des patients, aux évolutions technologiques et au vieillissement de la population tout en préservant des soins de qualité et accessibles à tous.

Il est très important de continuer à garantir une couverture légale universelle pour un éventail aussi large que possible des prestations de base. À côté de cela, il sera toutefois nécessaire que les patients s'assurent une protection supplémentaire par le biais d'une assurance complémentaire ou privée, qui devra donc être autorisée et même encouragée. Il est hypocrite de prétexter que c'est la porte ouverte à un système à deux vitesses, car celui-ci existe de longue date dans le domaine de la santé, comme il existe depuis des décennies dans l'enseignement et dans le secteur socio-économique.

## **3) Hôpitaux de concentration ?**

Le gouvernement fédéral reste responsable du financement des soins de santé, mais la définition et le contrôle des normes hospitalières ont été confiés aux communautés. Les deux aspects, financement et établissement des normes, doivent néanmoins rester liés, car imposer des normes sans les coupler à un financement va inévitablement déboucher sur des situations impossibles. Gouvernement fédéral et communautés devront pour cela travailler en étroite collaboration.

Les économies avancées par les différents partis politiques dans leurs programmes électoraux auront certainement des répercussions sur l'offre de soins et déboucheront sur la concentration de certaines pathologies dans un nombre limité de centres. Vu les moyens financiers limités dont nous disposons, il n'est plus tenable de proposer partout une offre de soins complète. L'idée de concentrer la prise en charge de certaines pathologies dans quelques établissements ultra-spécialisés n'est toutefois pas non plus une solution miracle. Elle met à mal le droit du patient à être soigné par le médecin de son choix, dans l'hôpital de son choix et à proximité de son domicile. La décision politique d'opter pour un tel regroupement se base généralement sur des études réalisées par des experts qui sont majoritairement liés à ces établissements ultra-spécialisés ou centres de référence, et dont les résultats ne sont donc pas toujours dénués de conflits d'intérêts. Par ailleurs, concentrer toutes les maladies dites « rares » dans un nombre limité de centres de référence, avec des normes d'encadrement qui ne sont à la portée que de quelques hôpitaux universitaires, est la meilleure manière de créer artificiellement des listes d'attente.

Le GBS refuse de voir l'expertise développée au fil des années jetée aux orties. Les quelques rares centres qui seront encore reconnus dans le futur ne parviendront jamais à traiter tous les patients dans des délais optimaux. S'ajoute à cela un autre problème majeur : si les centres non universitaires perdent leur expertise dans l'établissement du diagnostic des maladies rares, comment pourront-ils encore référer des patients ? Et comment les médecins candidats spécialistes entreront-ils encore en contact avec ces pathologies au cours de leur formation, sachant que les centres de référence ne peuvent accueillir qu'un nombre limité de stagiaires ?

## **4) Dissocier le remboursement des médicaments de l'établissement hospitalier**

La critique formulée ci-dessus peut également s'appliquer à nombre de décisions récentes concernant le remboursement des médicaments. Les spécialités innovantes sont aussi souvent très chères et, pour des raisons strictement économiques, la prescription de certains produits

est réservée aux médecins qui travaillent au sein de centres (universitaires) spécialisés. De ce fait, les patients qui étaient suivis depuis des années avec dévouement, compétence et efficacité par des médecins spécialistes agréés rattachés à des centres ne répondant pas aux critères spécialisés, doivent désormais être référés à d'autres pour une simple question de remboursement de leurs médicaments.

Le GBS demande de soumettre la prescription de ces nouveaux médicaments à des recommandations cliniques précises et contraignantes, plutôt que de la réserver à certains types d'établissements.

### **5) Un autre financement pour notre système de santé ?**

Dans un modèle de financement all-in – ou, moins conflictuel, de financement forfaitaire prospectif par pathologie –, il reste un certain nombre de questions fondamentales sans réponses. Un véritable système all-in n'existe dans aucun pays au monde. Dans quelle mesure une médecine privée, libre sera-t-elle encore autorisée ? Dans quelle mesure un système de médecine privée pourra-t-il se développer au profit des patients à côté du modèle forfaitarisé/étatisé, lorsqu'il s'avèrera que le patient doit assumer lui-même le coût des prestations que les autorités n'ont pas jugé utile ou possible de financer dans le cadre de l'assurance officielle ? Dans quelle mesure le nouveau système de financement respectera-t-il encore le droit du patient de choisir librement son médecin traitant ? Il est indispensable de préserver la relation individualisée entre le malade et le médecin qui le soigne. La collaboration multidisciplinaire est nécessaire et doit être encouragée, mais ne peut se faire sur le dos de la relation médecin-patient ni du libre choix du patient pour son prestataire de soins.

Le GBS plaide en faveur du maintien d'un financement à l'acte, avec des adaptations ciblées visant à améliorer l'efficacité du système et à maîtriser la croissance d'une manière responsable. Au vu de la situation économique et de l'augmentation prévisible des besoins en soins à cause du vieillissement de la population, le GBS estime qu'il faut rationaliser les dépenses sans rationner la médecine, en allouant le plus possible les moyens disponibles aux prestations de santé plutôt qu'à une médecine fonctionnarisée et bureaucratique.

Il n'existe à l'échelon international aucune étude sérieuse démontrant que l'introduction d'un financement forfaitaire et l'arrêt du paiement à l'acte contribueraient à améliorer la qualité des soins et à réduire substantiellement leur coût global. Dès son introduction, un financement forfaitaire prospectif par pathologie (all-in ou non) favorisera le développement d'une médecine de fonctionnaires, salariés et faux indépendants peu motivés et la diminution progressive de l'offre de soins. La fameuse « médecine à deux vitesses » se généralisera pour toutes les prestations, même les plus élémentaires. Nous nous dirigeons tout droit vers une baisse significative de la qualité sous l'effet de la sous-consommation et de la sélection de l'offre de soins.

Un système forfaitaire force les hôpitaux à comprimer les coûts. Certains choisissent de prendre des initiatives couplant efficacité (qualité de la médecine) et efficacité (prise en compte des limites budgétaires). Ils s'efforcent par exemple de limiter la durée du séjour, de choisir le type de soins et d'intervention dont le coût global est le moins élevé pour l'hôpital. Partout où c'est possible, ils évitent de répéter certains examens ou d'effectuer des examens de contrôle. D'autres tentent toutefois de limiter leurs coûts par exemple en refusant des patients dont la prise en charge s'annonce trop complexe et donc trop onéreuse ou en réduisant certains services aux malades à un niveau médicalement inacceptable. L'expérience dans les pays voisins révèle que le passage d'un financement à l'acte à un modèle forfaitaire s'accompagne toujours de l'apparition d'une structure administrative excessivement coûteuse de contrôle financier et qualitatif. On peut donc raisonnablement supposer que l'économie réalisée sur le dos des malades et des honoraires des spécialistes par la forfaitarisation sera largement annihilée par les besoins accrus en gestion et en bureaucratie.

### **6) La course au prestige est néfaste pour le budget de la santé**

Il convient d'inciter non seulement les médecins, mais aussi tous les autres acteurs des soins de santé, les mutuelles, les gestionnaires hospitaliers et les patients à être attentifs à la maîtrise des dépenses. Une collaboration plus poussée entre établissements de soins doit prévenir la prolifération incontrôlée de projets de prestige (souvent d'inspiration politique) sans justification rationnelle.

## **7) Favoriser la médecine extrahospitalière pour maîtriser les coûts**

Il convient également de promouvoir les soins extramuros pour autant que ceux-ci puissent être proposés facilement et en toute sécurité en dehors du cadre hospitalier. Les établissements de soins ne peuvent pas continuer à exiger le monopole de la médecine technique. La réglementation INAMI prévoit depuis des années que les soins qui peuvent être dispensés en ambulatoire doivent effectivement l'être. L'INAMI ne fait pas de différence entre des soins ambulatoires selon qu'ils sont dispensés à l'hôpital ou en dehors<sup>2</sup>. Les structures extramurales sont parfaitement capables de dispenser de soins de qualité, pour autant qu'elles répondent aux critères de qualité fixés en concertation par les organisations professionnelles et les autorités.

## **8) Rôle et financement des mutuelles**

Le rôle des mutuelles doit être revu. Personne ne peut leur dénier le droit de se profiler comme des associations de membres et elles ont clairement démontré leur valeur dans cette fonction précise. Les contacts directs avec les patients, qui s'inscrivaient principalement dans le cadre du remboursement des soins dispensés, ont toutefois beaucoup perdu en importance au cours des dernières décennies. De nombreux guichets ont été fermés pour des raisons économiques ou de sécurité et le remboursement des prestations se fait de plus en plus par voie électronique. Pourquoi les autorités ne centralisent-elles pas ce remboursement, en passant de cinq logiciels informatiques à un seul, pour améliorer l'efficacité et réduire sensiblement les frais ?

Ceci permettrait également d'éviter que les mutuelles n'accumulent des réserves financières disproportionnées ou ne génèrent des bénéficiaires qui ne serviront finalement qu'à attiser une concurrence basée sur des couvertures complémentaires douteuses.

Les mutuelles se présentent volontiers comme des « syndicats de patients », une prétention en totale opposition avec les manigances qu'elles ont multipliées ces dernières années au détriment de leurs membres, nos patients. On songe notamment aux finesses administratives invoquées pour refuser le remboursement de médicaments vitaux, aux mesures prises pour rendre impossible le remboursement des mini-forfaits ou encore au fait qu'elles continuent, depuis des années, à réclamer aux personnes en incapacité de travail le remboursement des sommes qu'elles leur ont versées au mépris de la charte de l'assuré social – et tout cela grâce(!) à l'argent public qu'elles touchent chaque année pour couvrir leurs coûts administratifs (€1.070,39 millions en 2014).

## **9) Le système d'accords et la liberté d'honoraires**

Le modèle de concertation actuel entre médecins et mutuelles n'est plus qu'une coquille vide. Les accords conclus entre les deux parties sont devenus des diktats que le monde politique impose aux organisations de médecins au travers de ses alliés mutualistes. L'un des moyens de pression utilisés est le statut social, qui rend le refus d'un accord pratiquement impossible pour les associations médicales. Son montant a en effet atteint un niveau tel que, pour de nombreux médecins, il ne serait plus envisageable d'y renoncer.

La liberté d'honoraires (suppléments) est aujourd'hui tellement réduite qu'il n'est plus possible de compenser par ce biais la valeur nette du statut social en cas de rejet de la convention. En outre, certaines mutuelles n'hésitent pas à coller une étiquette de magouilleurs aux médecins qui osent encore fixer eux-mêmes le montant de leurs honoraires, perdant un peu trop volontiers de vue que les tarifs de la convention sont des tarifs sociaux dont le respect par le médecin lui ouvre le droit, en contrepartie, au statut social.

Soulignons par ailleurs qu'en milieu hospitalier, une part non négligeable des suppléments d'honoraires sert à combler les lacunes du budget des moyens financiers. Le monde politique doit donc être bien conscient que limiter ou de supprimer ces suppléments d'honoraires aura un impact direct sur le financement des hôpitaux, et que ce que l'on prend d'une main devra être réinjecté dans le système sous la forme d'un meilleur financement par le biais du BMF.

---

<sup>2</sup> Article 7 §1 du règlement INAMI du 28.07.2003.

## 10) Participation et responsabilités des patients

Les patients ont un rôle actif à jouer dans la politique des soins de santé. Ils doivent y être davantage impliqués, car les mutuelles ne le font pas à leur place.

Le patient a un certain nombre de droits légaux<sup>3</sup>, mais il est incontestable qu'il a aussi des obligations, qui ne figurent jusqu'à présent dans aucun texte. Le bénéficiaire qui s'adonne au « shopping médical » doit en assumer lui-même le coût. Lorsque des prestations sont inutilement répétées à sa demande, elles doivent être mises à sa charge.

La pratique médicale doit répondre à tous les niveaux aux règles de l'EBM lorsque celles-ci existent. Les pratiques non conventionnelles ne peuvent donc jamais accéder au remboursement. L'anamnèse et un bon examen clinique doivent être remis à l'honneur, car dans bien des cas, ils permettront de tirer des conclusions suffisantes pour éviter de mobiliser tout l'arsenal technologique de l'imagerie médicale et de la biologie clinique. C'est toutefois aux médecins qu'il revient d'en convaincre leurs patients, et non aux mutualités.

Dr Marc Moens,  
Secrétaire général

@	<i>Envie de réagir à cet article ? Écrivez-nous à l'adresse <a href="mailto:info@vbs-gbs.org">info@vbs-gbs.org</a> Tous les avis sont bienvenus !</i>
---	---

### **PARTICIPEZ À L'ENQUÊTE SUR LE NOUVEAU SITE INTERNET DU GBS**

Cher Docteur,

Comme vous l'avez certainement constaté, le GBS a mis en ligne la nouvelle version de son site internet le 3 mars 2014.

Notre nouveau site internet se veut plus flexible. Il facilite aussi la communication entre les unions professionnelles et leurs membres.

L'adresse du site internet est inchangée :

[www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org)

Vous êtes déjà nombreux à l'avoir visité.

Nous terminons actuellement la mise en ligne des informations et des archives.

Le site internet du GBS a pour but d'informer les médecins spécialistes en mettant à leur disposition des informations facilement accessibles et mises à jour concernant :

- la nomenclature,
- la législation utile aux médecins spécialistes,
- les informations relatives aux unions professionnelles affiliées au GBS.

Le spécialiste qui souhaite nous contacter peut désormais également nous envoyer un formulaire de contact.

Afin d'améliorer le site que nous avons lancé, de mettre à votre disposition les informations dont vous avez besoin, ou de mettre en place d'autres fonctionnalités nous vous avons déjà proposé par e-spécialiste de répondre à un court questionnaire.

Nous conseillons à nos lecteurs papier du bulletin de visiter le nouveau site et, s'ils le souhaitent, de participer à l'enquête en cliquant sur le lien suivant:

<https://www.surveymonkey.com/s/enquete-site-web>

Cordialement,  
Le GBS-VBS

<sup>3</sup> Loi du 22.08.2002 sur les droits du patient (MB 26.09.2002).

## EXTRAITS DE LA LOI DU 10 AVRIL 2014 PORTANT DES DISPOSITIONS DIVERSES EN MATIÈRE DE SANTÉ (MB 30.04.2014)

### Transparence financière des soins de santé<sup>4</sup>.

**Fin 2012, l'avant-projet de loi sur la transparence financière a provoqué un arrêt des négociations en vue de la conclusion d'un accord médico-mutualiste 2013-2014. Laurette Onkelinx a mis le projet de loi en attente pendant quelques mois afin de ne pas hypothéquer début 2014 les festivités du 50<sup>ème</sup> anniversaire du modèle de concertation belge. Quelques aménagements y ont été apportés.**

Ajout à l'art. 53 de la loi SSI:

"Que le dispensateur de soins effectue les prestations pour son propre compte ou pour compte d'autrui, le montant payé par le bénéficiaire au dispensateur de soins pour les prestations effectuées est mentionné sur la partie reçu de l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou sur le document équivalent. Dès qu'une convention ou un accord a fixé des règles en matière de facturation électronique par les dispensateurs de soins, le Roi fixe, sur proposition du Comité de l'assurance et après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente, les données complémentaires à transmettre par les dispensateurs de soins aux organismes assureurs."

.../...

"§ 1er /1. Des acomptes peuvent être perçus pour les prestations de santé à effectuer ou à fournir dans les limites fixées par les conventions et accords."

Les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un reçu en cas de perception d'acompte.";

c) il est inséré un paragraphe 1er/2, rédigé comme suit:

" § 1er/2. Les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que des prestations n'y donnant pas lieu lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu:

1° lorsqu'il est fait application du régime du tiers payant;

2° lorsque le dispensateur de soins porte en compte au bénéficiaire outre des montants pour des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire des montants pour des prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire;

3° lorsque le dispensateur de soins perçoit du bénéficiaire des montants après lui avoir délivré l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent visé au § 1er;

4° dans le cas où l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent visé au § 1er, alinéa 1er, est remplacé par une transmission électronique de données par le dispensateur de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le montant total des prestations visées à l'alinéa 1er porté en compte au bénéficiaire ainsi que le montant total payé par le bénéficiaire pour lesdites prestations, en ce compris les acomptes payés, figurent sur le document justificatif.

En regard de chacune des prestations effectuées, reprises sous la forme visée au § 1er, alinéa 1er pour les prestations donnant lieu à une intervention de l'assurance obligatoire et par un libellé pour les prestations n'y donnant pas lieu, figure son montant.

Par dérogation à l'alinéa 1er, 1° et 3°, un document justificatif ne doit pas être délivré par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste lorsqu'il effectue uniquement une consultation ou visite visée à l'article 34, alinéa 1er, 1°, a), ainsi qu'en cas d'ouverture ou de prolongation manuelle du dossier médical global. Dans ce cas, le dispensateur de soins délivre au bénéficiaire un reçu du montant perçu.

À la demande du bénéficiaire, le document justificatif contient, pour les prestations de santé et les dispositifs visés à l'article 33, § 1, 11° de la loi du 15 décembre 2013 en matière de dispositifs médicaux déterminés par la commission de conventions ou d'accords compétente, le montant d'achat des dispositifs fournis par le dispensateur lorsque ceux-ci font l'objet d'une intervention

---

<sup>4</sup> Ajouts à la loi SSI du 14 juillet 1994.

de l'assurance obligatoire ou font partie d'une prestation de santé donnant lieu à une pareille intervention.

Les conventions et accords conclus par les commissions visées à l'article 26 fixent les autres mentions qui figurent sur le document justificatif et les modalités suivant lesquelles celui-ci est remis au bénéficiaire. Les conventions et accords arrêtent également le modèle à utiliser par les dispensateurs de soins.

Les documents repris aux annexes 37, 38, 43, 49 et 52 du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, restent d'application jusqu'à leur remplacement conformément à l'alinéa 6.";

### **Interdiction de publicité pour les prestations esthétiques**

**La Cour Constitutionnelle, dans son arrêt n° 70/2013 du 22 mai 2013, a annulé la loi du 6 juillet 2011 interdisant la publicité pour les actes d'esthétique médicale. Une nouvelle interdiction de publicité pour ces prestations a été reprise dans notre arsenal juridique par l'ajout des conditions suivantes à la loi du 23 mai 2013 réglementant les actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique<sup>5</sup>.**

Ajout à l'art. 2 :

6° publicité : toute forme de communication ou action à destination du public qui vise, directement ou indirectement, à promouvoir la prestation des actes visés à l'article 3, quels que soient l'endroit, le support ou les techniques utilisés, en ce compris les émissions de télé-réalité;

7° information professionnelle : toute forme de communication qui vise, directement et spécifiquement, quels que soient l'endroit, le support ou les techniques utilisés, à faire connaître un praticien ou à donner une information sur la nature de sa pratique professionnelle;

8° information trompeuse : toute forme de communication ou action qui, d'une manière quelconque, y compris par sa présentation, induit en erreur les personnes auxquelles elle s'adresse ou qu'elle touche et qui, en raison de son caractère trompeur, peut affecter leur comportement ou qui, pour ces raisons, porte préjudice ou peut porter préjudice à un patient;

9° information comparative : toute forme de communication ou action qui, explicitement ou implicitement, identifie un autre praticien ou un service offert par un autre praticien."

"Chapitre 6/1. - Publicité et information".

"Art. 20/1, Il est interdit à toute personne physique ou morale de diffuser de la publicité relative aux actes visés à l'article 3.

L'information professionnelle relative à ces actes est autorisée dans le respect des conditions prévues ci-après.

L'information professionnelle doit être conforme à la réalité, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire.

Cette information ne peut pas être trompeuse, comparative et ne peut utiliser d'arguments financiers.

L'information professionnelle mentionne toujours les titres professionnels particuliers au sens de l'article 35ter de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé dont dispose le praticien.

Lorsque l'information professionnelle est diffusée par un établissement qui recourt aux services de praticiens, les noms des praticiens ainsi que les titres professionnels particuliers au sens de l'article 35ter de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé de chacun d'eux sont toujours mentionnés.

Les dispositions de la présente loi en matière de publicité et d'information professionnelle ne portent pas préjudice à l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient dans la mesure où elle vise l'information portant sur des actes visés à la présente loi."

---

<sup>5</sup> Le texte coordonné de la loi du 23.05.2013 est disponible sur le site internet du GBS dans la rubrique législation: <http://www.gbs-vbs.org/legislation/>

"Art. 22/1. Celui qui commet une infraction visée à l'article 20/1, sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de deux cent cinquante euros à cinq mille euros ou d'une de ces peines seulement.

En outre, le tribunal peut ordonner la publication du jugement ou de son résumé aux frais du contrevenant par la voie de trois journaux et de toute autre manière."

**D'autres thèmes seront abordés dans un prochain numéro de notre bulletin.**

## **SÉCURITÉ DU PATIENT EN BLOC OPÉRATOIRE: LA SURGICAL SAFETY CHECKLIST REMISE EN QUESTION?**

Simultanément à notre démarche de constitution d'un solide dossier qui vise à promouvoir la qualité dans nos blocs opératoires par l'instauration de la WHO surgical safety checklist (SSC) (Bergs et al., 2014), l'étude appelée "Ontario", publiée dans la célèbre revue *The New England Journal Of Medicine* (Urbach et al., 2014), bat en brèche cette assertion. **Cette étude remet-elle en cause la SSC?**

Avant d'agréer aveuglément les conclusions de cette étude, nous souhaitons formuler quelques réflexions analytiques et pragmatiques. L'amélioration structurelle de la sécurité du patient est un processus de longue haleine. Par conséquent, il n'est pas étonnant que des mesures prometteuses, comme la SSC, n'arrivent à être mises en pratique que très progressivement. L'étude 'Ontario' en est un bon exemple. Ses auteurs ont tenté de mesurer l'impact de la SSC sur le taux de mortalité et sur le nombre de complications postopératoires. Pour ce faire, ils comparent respectivement le nombre de complications trois mois avant et trois mois après l'application obligatoire de la checklist. Et l'étude nous apprend que, trois mois après l'introduction de la SSC dans un cadre plus large et sans une méthodologie d'application solide, aucune diminution du nombre de complications postopératoires n'est observée. Compte tenu de la façon dont cette étude a été mise en place et réalisée, il fallait s'attendre à ce qu'aucune diminution significative du nombre de complications postopératoires ni du taux de mortalité ne puisse être démontrée.

L'impact réel de la SSC ne peut être évalué que si son application (compliance) est analysée objectivement. Le moyen le plus correct d'y arriver est *l'observation clandestine*. Les auteurs de l'étude Ontario admettent eux-mêmes qu'ils n'ont pas contrôlé la stricte application de la checklist: "*p.1035: checklists are not always applied in a uniform manner. The absence of an effect of checklist implementation in our study may therefore reflect inadequate adherence to the checklist in Ontario*". Ils poursuivent leur analyse sur la base des chiffres transmis par les hôpitaux qui rapportent seulement si les items de la checklist ont été cochés ou non. La littérature (et la pratique) montre que le lien entre cocher d'une part et appliquer correctement d'autre part n'est pas linéaire. Bien que l'idée sous-jacente soit simple, l'utilisation de la SSC dans la pratique ne l'est pas. Les hôpitaux éprouvent des difficultés à implémenter la checklist. Les causes sont, entre autres, un manque de moyens, de temps, d'expertise en "management du changement", de récolte des données, de suivi rigoureux, de coaching, de gestion des équipes, etc. Comme nous le mentionnons déjà ci-dessus, il faut du temps, beaucoup de temps, pour implémenter des procédures visant à améliorer la qualité. S'attendre à ce qu'un impact objectif puisse être démontré à peine trois mois après l'introduction de la SSC est assurément prématuré. En outre, la SSC ne fonctionne que lorsqu'elle est utilisée dans sa totalité, et pas seulement en utilisant quelques-uns de ses items. Finalement, lorsque nous associons les résultats (négatifs) de l'étude 'Ontario' à ceux d'autres études antérieures réalisées sur l'impact de la SSC (Bergs et al. 2014), nous continuons d'observer une diminution du nombre de complications postopératoires à l'actif de la SSC qui ne peut pas être mise sur le compte du hasard.

En bref, l'étude Ontario est un exemple intéressant qui montre qu'il reste encore un long chemin à parcourir. C'est aussi la raison pour laquelle le groupe d'étude Patiëntveiligheid & Gezondheidseconomie de l'UHasselt (avec le soutien du Flemish Safe Surgery Consortium, du

VIP2 et d'ICURO) choisit de ne pas mesurer les résultats sur une grande échelle, mais bien de se concentrer principalement sur le problème de sa mise en application. La **SSC** n'est **pas remise en question** par la publication de l'étude Ontario. Au contraire, l'étude souligne encore mieux que nous devons encore **plus décortiquer le problème de son implémentation étape par étape**, en étroite collaboration avec tous les acteurs concernés.

*Jochen Bergs, Donald Claeys, Irina Cleemput, Jean-Luc Demeere, Vera De Troyer, Johan Hellings, Dirk Ramaekers, Marc Somville, Monique Van Hiel, Dominique Vandijck (UHasselt, ICURO, Collegicum Chirurgicum Belgicum, Société belge d'Anesthésie, Groupement des Médecins Spécialistes Belges, Association flamande des Infirmiers de Bloc Opératoire, Projet d'Indicateurs Flamands pour les Professionnels et les Patients)*

## **SUSPENSION DU VISA EN CAS D'INDICES SÉRIEUX DE DANGER POUR LES PATIENTS OU POUR LA SANTÉ PUBLIQUE<sup>6</sup>**

Modification de l'art. 37 de l'AR du 10.11.1967

.../...

"i) de suspendre le visa d'un professionnel des soins de santé visé par le présent arrêté ou d'un médecin vétérinaire ou de subordonner le maintien du visa aux limitations qu'elle lui impose, lorsqu'il est établi par des indices sérieux et concordants que la poursuite de l'exercice de sa profession par l'intéressé fait craindre des conséquences graves pour les patients ou la santé publique.

La commission médicale prononce la suspension du visa ou la subordination de son maintien aux limitations qu'elle impose à l'intéressé à l'unanimité des membres présents. Cette mesure est valable aussi longtemps que subsistent les raisons qui l'ont justifiée.

La commission médicale met fin à la mesure lorsqu'elle constate que les raisons qui ont justifié la mesure ont disparu soit d'office, soit à la demande du prestataire de soins.

A cette fin, le prestataire peut introduire une demande chaque mois à dater du prononcé de la mesure.

La décision de retirer la suspension ou la limitation du visa est prise à la majorité simple des voix des membres présents.

Il est donné à l'intéressé la possibilité d'être entendu par la commission médicale préalablement à toute décision de suspension ou de limitation du visa, ou de maintien ou de retrait de la mesure de suspension.

En cas de crainte de conséquences graves et imminentes pour les patients ou la santé publique, la commission médicale peut prendre toute décision de suspension ou de limitation du visa, sans entendre préalablement l'intéressé. Dans ce cas, la suspension du visa ou la subordination de son maintien aux limitations qu'elle impose à l'intéressé est prononcée pour une période de huit jours maximum et ne peut être renouvelée avant qu'il n'ait été donné à l'intéressé la possibilité d'être entendu par la commission médicale quant aux motifs qui justifient de telles mesures.";

.../...

<sup>6</sup> Loi du 10 avril 2014 modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (M.B. 20.05.2014).

## CONSTITUTION D'UNE BANQUE DE DONNÉES DES CONNAISSANCES EN RADIOLOGIE

La Société Belge de Radiologie (SBR) a envoyé à tous ses membres un questionnaire en ligne afin de constituer une liste d'experts pour notamment préparer les négociations au sein de l'INAMI.

Le courrier ci-dessous a été envoyé à tous les membres de la SBR. Ceux qui n'ont pas encore rempli ce questionnaire trouveront ci-dessous le lien vers le questionnaire et la communication du président de la SBR, le Prof. Geert Villeirs:

*Chers collègues,*

*Pour défendre la radiologie de manière optimale, une large expertise est exigée dans tous les domaines spécifiques de notre profession. C'est pourquoi la SBR fait appel à tous ses membres. Vous trouverez ci-dessous un formulaire dans lequel vous pouvez désigner les matières (domaines spécifiques, techniques et/ou syndromes) dans lesquelles nous pouvons faire appel à votre expertise le cas échéant. Nous en avons besoin pour la préparation des dossiers qui servent de base dans les négociations avec le gouvernement, l'INAMI, les mutualités, etc. Le succès de ces négociations dépend d'ailleurs dans une large mesure de la qualité du travail de préparation, travail qui exige aussi bien des arguments scientifiques que des arguments professionnels. L'aide et les connaissances d'un groupe de collègues aussi grand que possible sont nécessaires pour garantir la qualité de ce travail.*

*Votre contribution à toutes les matières que vous désignerez ci-dessous est plus que bienvenue.*

<https://www.surveymonkey.com/s/BVR-SBR-Kennisdatabank-Expertise>

*D'avance merci et sincères salutations au nom du Conseil d'Administration,*

*Geert Villeirs  
Président*

---

## APERÇU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Arrêté royal du 19.03.2014: modification de l'art. 5 et 6 – soins dentaires (MB 10.04.2014; p. 30716).

Arrêté royal du 28.03.2014: modification de l'art. 9, a) – accouchements (BS 14.04.2014; p. 32131).

Arrêté royal du 28.03.2014: modification de l'art. 35 – implants (MB 29.04.2014; p. 35228).

Arrêté royal du 19.04.2014: modification de l'art. 8 – actes infirmiers (MB 19.05.2014; p. 39881).

Les textes complets peuvent être obtenus sur simple demande au secrétariat par tél. 02/649.21.47, par fax 02/649.26.90 ou par e-mail [info@vbs-gbs.org](mailto:info@vbs-gbs.org).

---

## NOUVELLES RÈGLES INTERPRÉTATIVES

### ARTICLE 11 (PRESTATIONS SPÉCIALES GÉNÉRALES)

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 29 (en vigueur le 22.04.2014) (MB 22.04.2014 – p. 34454)

QUESTION: Les prestations 353194-353205 °\* Cryothérapie pour les lésions cutanées ou muqueuses, par séance K5 et 353216-353220 °\* Cryothérapie pour lésions cutanées ou muqueuses, par cures de 8 séances et davantage K40, sont-elles considérées comme des prestations chirurgicales pour lesquelles la règle des champs opératoires de l'article 15, §§ 3 et 4, s'applique?

RÉPONSE: Non, les prestations 353194-353205 et 353216-353220 ne sont pas considérées comme des prestations chirurgicales. La règle des champs opératoires de l'article 15, §§ 3 et 4, ne s'applique pas dans les cas présents.

### ARTICLE 20, §1, A) (MÉDECINE INTERNE)

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 03 (en vigueur 01.12.2012) (MB 22.04.2014 – p. 34455) est abrogée.

## ANNONCES

- 14040 **A VENDRE:** Echographe Philips HD11 d'occasion en parfait état, muni de 4 sondes. 10.000 Euro TTC – Contact : Dr Pelousse 0475/764330
- 14041 **AUVELAIS:** CHRVS recrute des SMA-SMU. Renseignements : Dr Locquet, Chef Service ou Dr Janssens, Directeur Médical – Tél. 071/265211. Candidature et CV par courrier au Dr P. Janssens, Directeur Médical, CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie 75- 5060 Sambreville ou par e-mail : [paul.janssens@chrsm.be](mailto:paul.janssens@chrsm.be)
- 14042 **FAIMES-WAREMME:** A Vendre: Sur 1/2 ha, maison de 375 M2 habitables + partie professionnelle. Tél. Dr Bieswal 019/331523
- 14045 **BASTOGNE VIVALIA – IFAC** (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche \* un médecin spécialiste en soins intensifs – réanimation temps plein. Pour tout renseignement: [philippe.deleuse@vivalia.be](mailto:philippe.deleuse@vivalia.be) \* un médecin spécialiste en anesthésiologie – réanimation temps plein. Pour tout renseignement : [cregnier610@hotmail.com](mailto:cregnier610@hotmail.com) Tél. 061 240 095 ou 0475 412 071
- 14047 **BASTOGNE VIVALIA –IFAC** (hôm.de Marche-en-Famenne et Bastogne) recherche pour son site de Bastogne un médecin assistant T.P. SMA (activité mixte – hospitalière et urgences). Info: [philippe.deleuse@vivalia.be](mailto:philippe.deleuse@vivalia.be) ; [simons.robert@ifac.be](mailto:simons.robert@ifac.be)
- 14048 **NAMUR** CHU Dinant-Godinne engage Pédiatre (H/F) T.P. CV et lettre de motivation : recrutement [montgodinne@uclouvain.be](mailto:montgodinne@uclouvain.be)  
Renseignements : Dr L. Mathy, Directeur médical ou site internet [www.chudinantgodinne.be](http://www.chudinantgodinne.be).
- 14049 **BELGIQUE** RADIOLOGUE POLYVALENT, Y COMPRIS SENOLOGIE, cherche une activité partielle ou temps plein. Contact : [brigitte@gbs-vbs.org](mailto:brigitte@gbs-vbs.org)
- 14052 **AUVELAIS** CHR Val de Sambre Auvélais recrute un médecin/pharmacien biologiste (H/F) - T.P. Entrée en fonction dernier trimestre 2014. Candidature & CV par courrier au Dr P. Janssens, Dir. Méd. ou au Dr P. François, Dir. Laboratoire, CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie 75, 5060 Sambreville ou par e-mail : [paul.janssens@chrsm.be](mailto:paul.janssens@chrsm.be) ou [pierre.francois@chrsm.be](mailto:pierre.francois@chrsm.be). Clôture : 30/05/2014.)
- 14054 **BRUXELLES** : CHU Brugmann recherche un chef de clinique adjoint au service de radiologie (H/F) – 11/11e – Appel interne/externe. Candidature (lettre motivation et cv) à [gestionmedecins@chu-brugmann.be](mailto:gestionmedecins@chu-brugmann.be) à l'att. du Dr. Daniel Désir, Dir. Gén. Méd. (ou CHU Brugmann, 4 Pl. A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles). Clôture : 31/05/2014. Pour informations: site internet : <http://www.chu-brugmann.be>
- 14055 **NAMUR:** CHU Dinant Godinne recrute chefs de service en Neurochirurgie et Médecine Nucléaire (H/F) – Salariés - T.P. - Info : Dr L. Mathy, Dir. Méd. 082/212660 – CV & lettre de motivation à : [recrutement-chu@uclouvain.be](mailto:recrutement-chu@uclouvain.be)
- 14056 **BRUXELLES:** CHU Brugmann recherche un directeur général médical (H/F) – 11/11es - bilingue – Appel interne/externe. Diplôme de Docteur en médecine et d'un titre de médecin spécialiste. Expérience requise en qualité de clinicien hospitalier et en matière de gestion hospitalière d'au moins 5 ans. Informations et contact : Dirk Thielens – Dir. Gén. a.i. c/o CHU Brugmann – pl. A.

Van Gehuchten à 1020 Bruxelles – Tél. 02/4773909. Candidatures: CV détaillé et lettre de motivation pour le 31/05/2014 au plus tard.

14058 **BRUXELLES:** A louer apt. Neuf 1 chbre 1000 Bruxelles entre rue Neuve et Monnaie, séjour, cuisine équipée, sdbain, WC séparé, terrasse, cave. 825 euros/mois. Tél. 0496/550776

14060 **HEUSDEN-ZOLDER:** H CHU Brugmann recherche (appel interne/externe)  
- un médecin chef de clinique au service de gynécologie-obstétrique (H/F) – 11/11es  
- un médecin chef de service de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique (H/F) – 11/11es  
- un médecin chef de service d'imagerie médicale (H/F) – 11/11es.  
Délai : 15/06/2014. Candidatures (lettre motivation et cv) à gestionmedecins@chu-brugmann.be à l'att. du Dr Daniel Désir, Dir. Gén. Méd.I (CHU Brugmann, 4 Pl. A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles).  
Info: site internet: <http://www.chu-brugmann.be>.

14062 **CHIMAY:** Centre Santé Fagnes recrute un médecin spécialiste en :  
- **orthopédie avec tropisme particulier pour le rachis** (H/F) à T.P. ou temps partiel. Info : M. JP Levant, Dir. gén. Candidature & CV : Dr Patrice DRIESSCHAERT, médecin en chef 060.218.706 Fax 060.218.779 - [medecin.chef@csf.be](mailto:medecin.chef@csf.be); M. Jean-Paul LEVANT, directeur général 060.218.761 – Fax 060.218.779. - [jp.levant@csf.be](mailto:jp.levant@csf.be); Dr Stefaan VAN SANDEN, chef de service de chirurgie 060.218.251 – Fax 060.218.779 – [sec.chir@csf.be](mailto:sec.chir@csf.be)  
- **chirurgie digestive avec si possible tropisme pour la chirurgie bariatrique** (H/F). Info : M. JP Levant, Dir. Gén. Candidature & CV : Dr Patrice DRIESSCHAERT, médecin en chef 060.218.706 Fax 060.218.779 - [medecin.chef@csf.be](mailto:medecin.chef@csf.be); M. Jean-Paul LEVANT, Dir. Gén. 060.218.761 – Fax 060.218.779. - [jp.levant@csf.be](mailto:jp.levant@csf.be)  
- **gynécologie-obstétrique avec tropisme pour la chirurgie dont la chirurgie mammaire** (H/F) T.P. ou partiel. Info : M. JP Levant, Dir.Gén. Candidature & CV : Dr Patrice DRIESSCHAERT, médecin en chef 060.218.706 – Fax 060.218.779 - [medecin.chef@csf.be](mailto:medecin.chef@csf.be); M. Jean-Paul LEVANT, Dir. Gén. 060.218.761 – Fax 060.218.779. - [jp.levant@csf.be](mailto:jp.levant@csf.be)

14064 **BRUXELLES:** Les cliniques de l'Europe site Ste Elisabeth à Uccle recherche **un médecin spécialiste pour prestations de garde en réanimation**, service Soins Intensifs. Contact: Dr Clause 02.614.46.20 - [D.clause@cliniquesdeleurope.be](mailto:D.clause@cliniquesdeleurope.be).

---

## Tables des matières

• Lettre ouverte aux partis politiques et aux futur(s) (in)formateur(s).....	1
• Participez à l'enquête sur le nouveau site internet.....	5
• Extraits de la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé .	6
• La Surgical Safety Checklist remise en question?.....	8
• Suspension du visa en cas d'indices sérieux de danger pour les patients ou la santé publique .....	9
• Composition d'une banque de données des connaissances en radiologie.....	10
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature.....	10
• Nouvelles règles interprétatives.....	11
• Annonces .....	11