

## Mediquality 02/05

### **"De Block rend service au secteur pharmaceutique" (mutualités)**

**BRUXELLES 02/05 - La ministre de la Santé publique, Maggie De Block (Open Vld), a adapté les règles de remboursement des médicaments, ce que critiquent les mutualités socialistes flamandes qui perçoivent la manœuvre comme "un service rendu à l'industrie pharmaceutique", rapporte De Standaard mercredi.**

Le pendant francophone Solidararis a indiqué à l'agence Belga se ranger aux côtés de cet avis, regrettant la nouvelle mesure. Lorsqu'une entreprise pharmaceutique demande un remboursement pour un médicament en faveur d'un groupe plus large que le nombre de patients initial, les assurances médicales négocient une baisse de prix sur le produit en question.

Maggie De Block a cependant décidé que les prix ne pourraient plus être revus à la baisse. L'adaptation des règles est, selon le cabinet, "un moyen de promouvoir

l'accès des patients belges aux médicaments innovants". Par exemple, pour un traitement contre le cancer de la peau qui s'avère également efficace pour les patients atteints d'un cancer du poumon, l'entreprise développant le produit pourra demander un remboursement pour le nouveau groupe complémentaire, sans que le prix ne soit négocié à compter du 1er juillet prochain.

En outre, il sera plus simple pour les entreprises d'avoir gain de cause au sein de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) qui analyse tous les dossiers et en avise la ministre. Jusqu'à présent l'approbation de deux tiers de la commission était requise pour convenir qu'un médicament représente une réelle valeur ajoutée pour un groupe supplémentaire de patients, mais bientôt il faudra une majorité simple.

Les mutualités critiquent la manœuvre: "les votes seront désormais anonymes. Il sera beaucoup plus simple pour le secteur d'influencer les membres de la commission de façon imperceptible", dénonce Paul Callewaert, président des mutualités socialistes flamandes. Le nouveau régime vise à empêcher que les institutions d'assurances ne bloquent le vote afin d'exiger plus de réductions, ce qui ne motive pas toujours les entreprises à introduire une demande de remboursement pour chaque médicament qui représente potentiellement une plus-value clinique, rétorque le cabinet.

"Avec une majorité simple, les prestataires de soins et les académiciens pourront reconnaître la valeur ajoutée, sans le soutien des organismes d'assurances", souligne-t-il.

Le cabinet De Block a ajouté que la mesure n'aura aucun impact budgétaire, et "nous osons



**RTBF 05/05**

## Malades de longue durée: entreprises et travailleurs risquent une sanction



Accord de principe du gouvernement pour sanctionner les malades de longue durée - © LAURIE DIEFFEMBACQ - BELGA

Il existe un accord de principe au sein du gouvernement sur la réintégration des malades de longue durée sur leur lieu de travail et sur les sanctions qui accompagnent ce dispositif, a indiqué ce samedi une porte-parole de la ministre fédérale de la Santé et des Affaires sociales Maggie De Block.

Les journaux flamands De Tijd et De Standaard annoncent ce samedi dans leurs colonnes qu'il est question d'un accord au sein du gouvernement fédéral. Celui-ci porterait sur des sanctions pour les entreprises qui ne fournissent pas suffisamment d'efforts pour remettre au travail les malades de longue durée mais aussi pour les malades qui ne prendraient pas assez d'initiatives dans ce but.

"Il y a un accord de principe. Tous les détails ne sont pas encore réglés. Le conseil des ministres abordera la question la semaine prochaine", indique-t-on au cabinet de la ministre De Block.

Des sanctions financières

Les entreprises restant en défaut risquent une sanction de 800 euros. Il est question d'une période transitoire d'un an. Les travailleurs qui ne feraient pas assez d'efforts pour revenir au travail risquent, eux, de perdre de 5 à 10% de leur allocation durant un mois.

La N-VA se montre déjà satisfaite samedi. "Grâce à cette mesure, nous pourrions faire face plus efficacement au nombre en forte augmentation de malades de longue durée", commente ainsi le député Jan Spooren.

Cette approche du gouvernement de proposer à ce type de travailleurs un trajet de réintégration ne peut fonctionner qu'avec la collaboration de toutes les parties prenantes, souligne encore le parti nationaliste. La participation à un telle mesure n'était que facultative pour le moment et la N-VA se félicite dès lors que le gouvernement fédéral y apporte du changement.

## **RTBF 07/05**

### **Burn-out: un projet pilote pour accompagner et réinsérer les personnes en décrochage**



Burn-out: un projet pilote pour accompagner et réinsérer les personnes en décrochage - © NICOLAS MAETERLINCK - BELGA

En novembre 2018, l'agence fédérale des risques professionnels (Fedris) démarrera un projet pilote concernant un trajet d'accompagnement de travailleurs menacés ou atteints à un stade précoce par un burn-out. Maggie De Block, ministre de la Santé publique, présentait ce nouveau projet dans Matin Première.

Ce seront des centaines de personnes qui seront prises en charge par ce nouveau projet. Principalement des travailleurs issus des secteurs des services financiers et du milieu hospitalier. L'idée centrale étant de permettre à ces personnes en souffrance de rapidement reprendre le travail.

Pendant 9 mois, Fedris prendra ces personnes en main et adaptera son travail en fonction des besoins de chaque individu et du degré de son burn-out. Pour introduire une demande, il faudra passer par un médecin traitant ou un médecin du travail qui devra confirmer le burn out. Après analyse de Fedris, le demandeur pourra choisir un intervenant dans une liste et aura droit à une à deux séances de consultation qui auront pour but de confirmer ou non le diagnostic de burn-out.

Aucun frais pour le travailleur ou son employeur

Une fois le décrochage confirmé, l'intervenant attitré débutera son accompagnement, en

fonction de ses besoins et de son rythme. Des séances suivant le concept "clinique du stress et du travail" pour permettre à la personne en burn-out de s'exprimer et de pointer les causes du mal-être. Des conseils pour mieux gérer l'hygiène de vie, l'énergie, le stress et la possibilité de suivre 7 séances de soutien et d'accompagnement selon les approches psychocorporelle ou cognitivo-émotionnelle.

Un autre aspect important dans ce projet pilote est la constitution de réunion pluridisciplinaire avec, notamment, la présence d'un représentant de l'employeur et un représentant des travailleurs ou syndical choisi par la personne souffrant d'un burn-out. Cette discussion ne peut avoir lieu que si le travailleur a donné son accord pour lever l'anonymat.

Au final : cet accompagnement est censé mener à la reprise du travail ou à la réorientation professionnelle du travailleur. Fedris prend à sa charge le coût des séances, des réunions et des rapports décrits dans le trajet d'accompagnement, ainsi que les frais de déplacement du travailleur. Dans trois ans, ce projet pilote sera à nouveau évalué.

## **MediQuality 07/05**

**07/05 - De nouvelles recommandations visent à standardiser le recours à l'entérographie par scanner (ES) ou par résonance magnétique (ERM) chez les patients souffrant d'une maladie de Crohn touchant le petit intestin.**

L'ES et l'ERM peuvent fournir des informations qui ne sont pas disponibles au moyen d'examens cliniques ou endoscopiques, d'après l'article écrit par le docteur David Bruining (Clinique Mayo à Rochester, dans le Minnesota) et ses collègues du Society for Abdominal Radiology's Crohn's Disease-Focused Panel. L'article a été publié en ligne le 10 janvier dernier par la revue Gastroenterology.



La Society of Abdominal Radiology (SAR) a élaboré des standards de performance technique pour l'ES et l'ERM, ajoutent-ils, et les sociétés européennes de radiologie ont également émis des recommandations sur l'utilisation des tests d'imagerie chez les patients souffrant d'une MICI. "Actuellement, cependant, il n'existe aucun critère réclamé aux structures qui devraient être évaluées sur le plan des entérographies qu'on y pratique, pas plus qu'une nomenclature standardisée pour décrire les observations faites par l'imagerie dans la maladie de Crohn, ni de recommandations pour la description du degré de sévérité lié aux différentes observations, degré qui permettrait de mieux guider la prise en charge médicale et chirurgicale. De même, il n'existe aucun consensus entre les sociétés américaines de gastro-entérologie et de radiologie sur la manière de réaliser ces examens."

Le panel d'experts a publié les recommandations suivantes sur l'utilisation de l'ES et de l'ERM :

- L'atteinte du petit intestin est probable chez les patients connus comme porteurs d'une MC, d'un épaissement de la paroi intestinale, ou lorsque l'inflammation est asymétrique ou accompagne les complications pénétrantes typiques de la MC.
- Le nombre de segments intestinaux atteints et leur localisation devraient être précisés par les radiologues, tout comme la longueur et le degré de dilatation en amont des sténoses, de manière à permettre aux gastro-entérologues et aux chirurgiens de déterminer la meilleure stratégie thérapeutique.
- Les radiologues devraient préciser l'existence ou l'absence d'inflammation murale lorsqu'ils décrivent des zones comprenant des sténoses ou une lésion pénétrante.
- Une entérographie devrait être réalisée dès le diagnostic de maladie de Crohn.
- Elle devrait être envisagée pour le suivi de l'affection chez les patients atteints au niveau du petit intestin ou présentant des lésions pénétrantes.
- Une IRM pelvienne est nécessaire en cas de maladie périanale, et tous les examens de type ES et ERM devraient également inclure des images de l'anus.
- Les radiologues devraient décrire et commenter l'hyperintensité intramurale de type T2, la diminution de diffusion, l'infiltration péri-entérique, l'épaisseur de la paroi et les ulcérations murales vues en imagerie, car

- L'ERM est à préférer à l'ES pour estimer la réponse au traitement médical chez le patient qui présente une maladie asymptomatique.

- L'ERM sans contraste et avec imagerie pondérée pour la diffusion et en fonction du T2 représente une "alternative acceptable " lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser un produit de contraste.

- Les radiologues devraient rechercher dans les ES et les ERM des signes de thromboses veineuses mésentériques, d'occlusions ou de varices ou niveau du petit intestin.

"Une approche commune visant à lier les observations spécifiques de l'imagerie aux impressions cliniques utiles peut être préconisée pour mieux guider les décisions thérapeutiques à prendre à court terme, et pour améliorer notre compréhension de l'histoire naturelle des complications à long terme de la maladie de Crohn", concluent les auteurs.

Source: Gastroenterology 2018.

## **RTBF 08/05**

# **Un nouveau portail permet d'accéder à toutes vos données de santé**

La ministre fédérale de la Santé publique Maggie De Block (Open Vld) a lancé mardi Masanté, un nouveau portail unique donnant accès aux citoyens à toutes leurs données de santé, qu'elles soient médicales ou administratives. Le but est de mieux informer tout un chacun sur sa propre santé et de permettre aux gens de jouer un rôle plus actif dans leurs soins.

Il existe déjà actuellement plusieurs plateformes permettant au patient de consulter ses données en ligne (médicales ou médico-administratives, ou des informations sur les déclarations anticipées, etc.). Mais elles sont encore méconnues des citoyens, qui ne savent souvent pas vers quel outil se diriger, explique le SPF Santé publique.

Une fois connectée sur le portail Masanté, toute personne pourra désormais avoir un aperçu du type de données de santé disponibles en ligne et, en un seul clic, être renvoyée vers la bonne plateforme où elle pourra ensuite consulter ses données.

### Collaboration à différents niveaux

L'accès au site, disponible en français et néerlandais (et bientôt en allemand et en anglais), est entièrement sécurisé et s'effectue au moyen de la carte d'identité électronique ou de l'application mobile itsme. Il est le fruit d'une collaboration entre le SPF Santé publique et plusieurs partenaires, parmi lesquels le Réseau santé bruxellois, le Réseau santé wallon et les mutualités.

La version actuelle du site est un point de départ, insiste-t-on au SPF Santé publique. Il va en effet progressivement évoluer et voir son contenu enrichi. Pour le moment, le citoyen peut ainsi y trouver des liens vers certaines données de santé, dont le résumé de son dossier chez le médecin généraliste, et des données venant des hôpitaux, tels que des résultats de radios ou d'examens, ou externes à ceux-ci, tels des résultats de laboratoire.

Toutes les plateformes externes doivent par ailleurs effectuer des adaptations afin de pouvoir être reliées à Masanté. Les règles relatives au partage de données peuvent varier d'une plateforme à l'autre, faisant que certaines données ne sont pas (encore) visibles.

"Cela ne doit pas nous empêcher de lancer le portail", rétorque toutefois Maggie De Block, qui espère que son utilisation régulière dans la pratique permettra de l'affiner et de l'optimiser davantage.

### Deuxième pays après la Suède

Il faut que tous les intervenants (dont les mutuelles ou les administrations) qui doivent l'alimenter



jouent le jeu et le site doit continuer à évoluer et de plus en plus d'informations doivent être intégrées, préconise, dans une réaction, la Ligue des usagers des services de santé, qui a participé au développement de Masanté.

Il faut bien entendu aussi que les prestataires de soins aient, avant tout, encodé les données par voie numérique. Ils choisiront d'ailleurs dans quelle mesure le patient peut accéder à l'intégralité des informations le concernant, ou non. Ce dernier doit, lui, autoriser l'échange de ses données par voie électronique, via ce que l'on appelle le 'consentement éclairé'. Celui-ci peut se faire via le site [www.patientconsent.be](http://www.patientconsent.be). Les parents en sont responsables pour les enfants jusqu'à 16 ans. L'adolescent doit ensuite lui-même donner son accord à un tel échange de données.

Seuls les prestataires de soins avec qui l'on a une relation thérapeutique ont accès à celles-ci, au contraire par exemple du médecin du travail ou de la mutuelle et des organismes assureurs.

Le patient peut lui-même ajouter via le portail des informations à destination de son médecin traitant ou tout autre professionnel de la santé. "Nos citoyens et patients ne veulent pas simplement subir un traitement; ils souhaitent aussi avoir leur mot à dire. Cet outil facilitera leur participation", justifie la ministre de la Santé.

"Nous sommes le deuxième pays européen après la Suède à lancer un tel outil. Nous pouvons en être fiers", s'est félicitée Maggie De Block.

RTLINFO 09/05

## Moquée par le SAMU de Strasbourg pendant son appel à l'aide, Naomi décède peu après: l'enregistrement glaçant dévoilé



Capture d'écran Youtube (France 3)

**Le parquet de Strasbourg a annoncé mercredi l'ouverture d'une enquête préliminaire pour faire la lumière sur le décès fin décembre de Naomi Musenga, 22 ans, raillée par une opératrice téléphonique du Samu, elle-même suspendue par l'hôpital "à titre conservatoire".**

Les faits remontent au 27 décembre. Souffrant de fortes douleurs au ventre, Naomi était seule quand elle avait composé le "15" pour appeler à l'aide. Elle avait obtenu pour unique réponse de l'opératrice des pompiers, qui prenant en charge son appel avec dédain, lui avait recommandé d'appeler SOS Médecins. Au bout de cinq heures, elle était parvenue à joindre les urgences médicales qui avaient in fine déclenché l'intervention du Samu. Emmenée à l'hôpital, elle était victime d'un infarctus puis transférée en réanimation avant de décéder à 17h30. L'affaire a été révélée par le magazine alsacien Hebdi.

La famille de la jeune femme, qui a écrit au procureur de la République de Strasbourg, a obtenu auprès des Hôpitaux l'enregistrement de son appel téléphonique au SAMU. Dans ce document sonore, on l'entend qui peine à s'exprimer et semble à bout de force. "J'ai mal au ventre", "J'ai mal partout", "Je vais mourir...", dit-elle en soupirant.

"Vous allez mourir, certainement un jour comme tout le monde", lui répond l'opératrice des pompiers, qui la renvoie vers SOS Médecins, retardant le déclenchement des secours. On entend également les échanges qui précèdent. Elle est moquée en aparté par l'opératrice qui régule les appels du SAMU et une femme du Centre de traitement des alertes (CTA) des pompiers du Bas-Rhin.

"- La dame que j'ai au bout du fil, elle m'a dit, elle va mourir. Si, ça s'entend, elle va mourir.

- Allez donne-moi le numéro (...)

- C'est sûr qu'elle va mourir un jour, c'est certain, comme tout le monde".

Selon le journal Le Monde qui cite le rapport d'autopsie, Naomi Musenga a succombé à l'hôpital des suites d'une "défaillance multiviscérale sur choc hémorragique": plusieurs organes s'étaient arrêtés de fonctionner. Dans un communiqué daté du 3 mai, les hôpitaux universitaires de Strasbourg ont annoncé avoir diligenté une "enquête administrative destinée à faire toute la lumière sur les faits relatés dans l'article" du journal alsacien.

Contactée mardi par l'AFP, la direction des Hôpitaux n'était pas joignable. La ministre de la Santé Agnès Buzyn s'est dite sur Twitter "profondément indignée par les circonstances du décès" et tient "à assurer sa famille de (son) entier soutien". Elle annonce avoir demandé une enquête de l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) "sur ces graves dysfonctionnements", s'engageant à ce que la famille "obtienne toutes les informations". "Une réunion à ce sujet se tiendra dans les jours qui viennent au ministère", ajoute Mme Buzyn.

Dans un communiqué commun, deux organisations de médecin urgentistes ont demandé mardi "un rendez-vous immédiat" avec la ministre de la Santé "pour trouver des solutions aux

qualité", insistent l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) et Samu urgences de France (SUDF).

Les deux organisations soulignent qu'elle "partagent la peine de la famille", se disant "profondément attristées par ce qui s'est passé à Strasbourg". "La prise en charge des appels relevant tant de la santé (Samu) que des secours (Pompiers) doit être moderne et traitée de façon rigoureuse par les professionnels dont c'est le métier", ajoutent-elles.

### **Des enquêtes ouvertes**

"J'ai ouvert une enquête préliminaire du chef de non-assistance à personne en péril et en ai confié l'exécution aux services de la Direction régionale de la police judiciaire (DRPJ) Grand Est", a indiqué la procureure de la République, Yolande Renzi, dans un communiqué.

Deux autres enquêtes ont été diligentées, l'une, administrative, par les Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS) et l'autre, à la demande de la ministre de la Santé Agnès Buzyn, confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas).

"La première analyse plaide pour une procédure de traitement d'appels qui n'est pas conforme aux bonnes pratiques, ce qui a conduit à l'ouverture d'une enquête administrative", a indiqué à l'AFP Christophe Gautier, directeur général des Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS).

### **L'opératrice suspendue**

Quant à l'opératrice du Samu qui n'avait pas pris au sérieux Naomi Musenga, elle a été suspendue mercredi "à titre conservatoire", a indiqué la direction des HUS.

Une plainte pour "non-assistance à personne en danger" et "mise en danger de la vie d'autrui" sera déposée "contre X et contre les hôpitaux universitaires de Strasbourg" vendredi, a indiqué Me Achour, avocat de la famille de la victime.

La famille de Naomi Musenga, originaire de la République démocratique du Congo, s'exprimera devant la presse jeudi à 17h30, a-t-il précisé.

# Un centre de protonthérapie espéré à Charleroi en 2021



Les promoteurs du projet ont reçu des assurances du gouvernement wallon sur le financement de 47 millions d'euros. La seule véritable inconnue vient du Fédéral et du remboursement de l'Inami.

L'avenir du centre de protonthérapie à Charleroi s'éclaircit! Et après une longue période d'enlisement, les promoteurs du projet n'hésitent plus à donner une date pour l'inauguration du futur centre wallon pour le traitement du cancer par protonthérapie. "Ce sera en 2021", s'enthousiasme le docteur Nicolas Meert, le chef du service de radiothérapie de l'hôpital André Vésale, qui fait partie de l'intercommunale de santé publique du pays de Charleroi (ISPPC), porteuse du projet avec 7 autres hôpitaux, donc le GDHC, et 4 universités.

Déjà à la pointe dans le traitement du cancer via leur centre des tumeurs et l'acquisition de nouveaux équipements ultra modernes inaugurés ce jeudi, les hôpitaux publics de Charleroi se positionnent donc comme un centre de référence dans la prise en charge de patients dans toute la Wallonie. "Cette protonthérapie, ce sera le summum de l'arsenal thérapeutique. Nous disposerons de tout l'arsenal disponible en radiologie moderne", explique le docteur Meert.

Certains ne donnaient pourtant guère de chance au dossier carolo. Il est vrai que depuis l'annonce du projet par le gouvernement wallon sous la précédente législature en 2014, le dossier s'est vite embourbé. Sur leur chemin tortueux, les promoteurs du dossier ont rencontré l'UCL et la KUL. Les deux universités, qui viennent d'inaugurer leur centre de protonthérapie à Leuven, ont tenté de discréditer le projet wallon en parlant de gaspillage d'argent public, sur fond de guerre de remboursement par l'Inami. "Sans ces remboursements de l'Inami, le business model ne tient pas", reconnaît Dominique Demonté (ULB), le représentant des universités porteuses du projet à Charleroi.

Le contexte semble aujourd'hui totalement différent. Du côté du business plan, rappelons que la Région wallonne va injecter 47 millions dans le projet. Cela devrait assurer un financement de la recherche pendant 8 ans. "Cette enveloppe est confirmée par le nouveau gouvernement wallon. Nous avons eu des assurances du côté des ministres Jeholet et Greoli. L'argent va servir à traiter 120 patients par an dans le cadre de recherches cliniques. Cela va aussi financer la recherche universitaire et 30 chercheurs ainsi que la recherche d'IBA", assure Dominique Demonté. La construction du bâtiment, estimée à une douzaine de millions, sera par contre supportée par l'ISPPC.

La seule véritable inconnue porte toujours sur la position du Fédéral et le remboursement de l'Inami. "Une loi de programmation pour les équipements médicaux doit être prise mais ce ne sera visiblement pas sous ce gouvernement", croit savoir Dominique Demonté.

Mais sans préjuger de la position de l'Inami, le docteur Meert estime qu'il y a largement la place pour deux centres en Belgique. "Les Pays-Bas ont 8 chambres de traitement pour une population de 17 millions de personnes. Nous aurons nous à Charleroi une chambre de traitement et Leuven également une. Et si tout se passe bien, Charleroi et Leuven devraient chacun avoir une deuxième chambre de traitement."



MediSphere.be 23/05

# Pour décrocher son permis à Bruxelles, il faudra être formé aux premiers secours



**La secrétaire d'Etat bruxelloise à la Sécurité routière, Bianca Debaets (CD&V), a présenté mercredi, avec la Croix-Rouge, la formation aux premiers secours qui sera obligatoire dès le 1er novembre pour obtenir son permis de conduire à Bruxelles. Quelque 20.000 cours**

L'objectif est que les automobilistes acquièrent une formation de base afin qu'ils puissent réagir face à des victimes de la circulation. Les premières minutes qui suivent un accident sont souvent cruciales. Une simulation d'un accident avec un chauffeur inconscient et d'un accident avec un cycliste l'ont encore démontré mercredi.

*«Quiconque suit la formation pourra administrer les soins urgents nécessaires à la victime avant que les secours n'arrivent sur place»,* a souligné Mme Debaets.

Les coûts de la formation seront pris en charge par la Région bruxelloise. *«Nous le considérons comme un investissement dans la sécurité routière de tous les Bruxellois et, par extension, de tout le pays»,* s'est félicitée la secrétaire d'Etat.

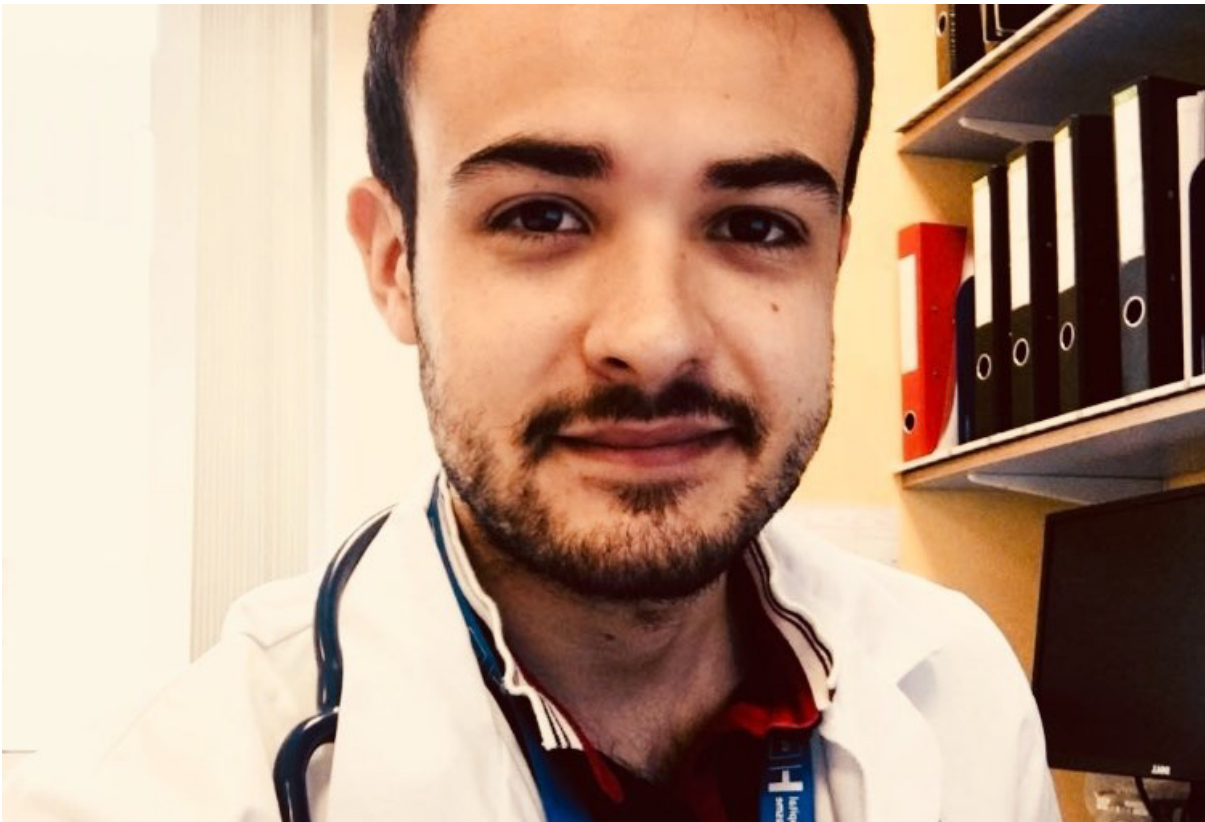
La Région bruxelloise sera la seule de Belgique à rendre obligatoire cette formation pour l'obtention du permis de conduire. La Croix-Rouge délivrera chaque année quelque 20.000 cours. La formation comprend un aspect théorique, qui peut être suivi par internet et une partie pratique de 3 heures.

A partir du 1er novembre, un test de perception des risques fera également partie de la nouvelle formation à la conduite dans la capitale.



Le Spécialiste.be 24/05

# Comment modifier l'examen d'entrée en médecine à court terme ? (Giovanni Briganti)



**L'examen d'entrée en médecine a été critiqué à plusieurs niveaux. Les études montrent à l'unisson qu'un examen d'entrée n'est pas prédictif de la réussite du cursus. Mais si on ne peut pas le supprimer, comment le modifier à court terme ?**

Le contexte politique et éducatif des études de médecine s'était en effet régularisé depuis le premier quadrimestre de 2017 où Marcourt, cédant à la pression du gouvernement

En effet, une modification de l'arrêté royal de 2008 de juillet 2017 stipule qu'un INAMI ne peut qu'être accordé à un étudiant que si un système de sélection est en place ; le type de système de sélection n'est pas spécifié.

On se rend donc bien compte qu'il ne serait pas judicieux de supprimer cette sélection aux court et moyen termex puisque cela mettrait en danger les étudiants en cours de cursus.

L'examen d'entrée en médecine a été critiqué à plusieurs niveaux : scientifiquement, les études montrent à l'unisson qu'un examen d'entrée n'est pas prédictif de la réussite du cursus. Il s'agit donc d'emblée d'une mauvaise méthode de sélection. Mais si on ne peut pas le supprimer, comment le modifier à court terme ?

Pour ce faire, il faut d'abord mettre en évidence la faille principale du système d'entrée : la correspondance d'un nombre limité d'INAMI en fin de cursus. En effet, l'examen d'entrée est une variable binaire : si un étudiant réussit, il a donc accès aux études de médecine ; s'il échoue, il devra se réorienter. On comprend donc qu'il n'y a pas un nombre fixe d'étudiants prédéterminé qui va rentrer en première année. Par exemple, pour la cohorte d'étudiants en première année de cette année et qui seront diplômés en 2023, malgré 608 INAMI disponibles, beaucoup moins d'étudiants primo-inscrits ont réussi l'examen d'entrée ; de plus, la barrière des examens scientifiques de premier quadrimestre en a arrêté un certain nombre, réduisant encore plus le pool de médecins potentiels.

### **Un concours d'entrée comme en Flandre ?**

Les politiques se sont lancés dans plusieurs propositions : notamment, l'élimination de la note d'exclusion. En effet, pour réussir l'examen d'entrée il faut obtenir une moyenne de 10 aux deux parties ainsi que plus que 8 sur 20 à chacune des matières (aussi appelée note d'exclusion). C'est ce dernier critère qui a posé le plus de problèmes lors de la sélection de septembre 2017, et a posé un obstacle à l'entrée en médecine. D'autres politiciens voudraient une double session d'examen d'entrée pour permettre à plus de monde de participer, comme en Flandre.

Même en adoptant ces caractéristiques, un gros problème reste : une planification correcte ne sera jamais possible avec un examen d'entrée. Les flamands l'ont compris, et cette année passeront vers un système de concours d'entrée : il faudra tout simplement être classé en ordre utile (et avoir une bonne moyenne à l'examen).

Un concours d'entrée permettrait une planification correcte du nombre de médecins en cours de cursus en faisant correspondre le nombre d'étudiants aux INAMI disponibles.

Il reste une mesure à adopter pour ajuster cette sélection aux moyen et long termex : l'adaptation du nombre de places disponibles au concours d'entrée (correspondants aux INAMI disponibles en fin de cursus) aux besoins de la population, représentés idéalement par un cadastre dynamique. L'étude de la démographie médicale doit prendre ici toute son importance pour assurer une planification pertinente.

Le débat sur la méthodologie de l'examen d'entrée va exploser dans le prochain mois avec l'approche de l'épreuve. Il ne reste qu'espérer que le monde politique entendra les arguments scientifiques en faveur d'une sélection correcte.

# La prescription électronique lancée mais pas encore obligatoire au 1er



## juin

photonews

La prescription électronique de médicaments est bien lancée mais ne sera pas obligatoire au 1er juin, indique lundi dans un communiqué l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami).

En décembre de l'année dernière, le Comité de l'assurance donnait son feu vert à cette obligation au 1er juin (à l'exception des visites à domicile et certaines tranches d'âge de prescripteurs), mais des discussions doivent encore avoir lieu à la Chambre avant publication au Moniteur belge.

Fin avril, 15.000 prescripteurs avaient déjà exploité cette possibilité, ce qui représente environ 3,5 millions de prescriptions, note l'Inami, qui souligne une évolution positive.

La discussion finale autour de ce projet doit encore se tenir à la Chambre. La date d'entrée en vigueur et les exceptions seront donc confirmées dans un arrêté d'exécution.

Cependant, l'Inami appelle lundi les prescripteurs à ne pas attendre l'entrée en vigueur officielle.

Marc Moens, président de l'Association belge des syndicats médicaux (Absym), se dit de son côté déçu du report de la date d'entrée en vigueur de la prescription électronique obligatoire, alors que de nombreux efforts ont été entrepris pour informer les prescripteurs et les persuader de sauter le pas. « La ministre Maggie De Block veut convaincre le plus de prescripteurs de passer au format électronique. Je suis convaincu que c'est l'avenir » mais ça n'avance pas, regrette Marc Moens, qui rappelle que la prescription électronique obligatoire était initialement prévue au 1er janvier.

Selon lui, les médecins sont aujourd'hui divisés au sujet de la prescription électronique. Pour l'instant, 5 millions de prescriptions électroniques sont délivrées par mois, et 103 sur 120 hôpitaux sont prêts à son introduction.