

Entre 4 yeux avec le ministre Bacquellaine!



Vous avez des questions au sujet de votre pension? *Le Spécialiste* et *Medi-Sphere* invitent 30 de leurs lecteurs à une rencontre exclusive avec le ministre Bacquellaine le **mardi 13 juin, dans la soirée, dans nos studios de Health Avenue** (Zaventem). Pour participer, envoyez vos questions pour le 30 mai à v.kokoszka@rmnet.be.

Bonne chance! Les gagnants seront prévenus début juin.



DISPOSITIFS MÉDICAUX

Sous les nouveaux règlements européens, la révolution? 6-7



RÉSEAUX HENNUYERS

Plutôt philosophiques que géographiques? 8



PATIENTS VHC

Recherche désespérément programme de santé publique global 24-25

Double cohorte

Le monde de la santé perd patience et le fait savoir dans un communiqué commun!

► Lire en page 8

«Agression à l'encontre des médecins: ne pas toucher au secret professionnel»

Des chiffres exclusifs. 10 mois après le lancement par l'Ordre du point de contact central pour les agressions commises à l'encontre des médecins, les résultats sont riches en enseignements. Notamment en ce qui concerne les variables qui accompagnent ces agressions. Une analyse qui peut jeter la base d'une prévention et d'une approche ciblées sans toucher au secret professionnel, estime le vice-président de l'Ordre, Michel Deneyer.

Parallèlement à l'enquête de grande envergure menée en collaboration avec le Pr Dirk Devroey, dont on ne connaît pas encore les résultats, mais dont on peut très certainement attendre un taux très élevé de réponses, le point de contact de l'Ordre donne déjà pas mal d'indications (**Tableau**). Les chiffres sont en phase avec ce que l'Ordre des médecins français avait obtenu comme résultats lors d'une enquête similaire. L'Ordre estime qu'un peu moins de 1% des médecins signalent spontanément des cas d'agression, nous indiquent des sources bien informées.

Souvent une cause banale

Les raisons de l'agression sont souvent banales: une mauvaise communication sur la raison pour laquelle une prescription est refusée (13,4%), une incapacité de travail et un patient sous influence (tous deux 10,5%), un désaccord avec une décision du médecin et une demande qui n'est pas conforme à l'attestation (tous deux 7,5%). Un hold-up a été pointé comme raison à une reprise, mais une demande d'euthanasie, un besoin d'argent, un divorce difficile, une frustration, un refus de l'interdiction de fumer ou encore un trop long temps d'attente émergent aussi comme sources de



© Maelberghe Wouter

L'application sur le GSM avec une liaison vers une centrale d'alerte figure depuis longtemps déjà sur la liste des souhaits des médecins. Le ministre Jambon l'a déjà promise et envoie maintenant une circulaire à la police sur les agressions, a-t-il indiqué lors du symposium de *Medische Wereld*.

Tableau: Réactions point de contact de l'Ordre: de juin 2016 au 5 avril 2017 inclus

Langue	Spécialité	Pratique	Auteur	Profil	Raison
NL 77,6%	MG et MGEF: 79,1%	Solo: 43,3%	Patient connu: 46,7%	Passé psychiatrique: 21%	Prescription refusée: 13,4%
FR 22,4%	Spécialistes: 18%	Groupe: 31,3%	Inconnu comme patient: 28,6%		Incapacité de travail: 10,5% Sous influence: 10,5%
	Autre: 2,8%	Autre: 25,4%	Autre: 24,7%	Autre: souvent non mentionné, mais 3% avec un passé criminel	Autre: multiples raisons

- Le fait que plus de MG sont impliqués dans une agression, et aussi plus de pratiques solos, est à nouveau confirmé ici. Environ 1 agression sur 2 (48%) se produit à la consultation. Si l'on englobe aussi l'entourage immédiat, on arrive à 51%. Le cas Roelandt n'est donc pas un exemple type. A peine 19% des agressions ont lieu au domicile du patient.
- Le portrait de l'auteur: dans 46,7% des cas, il s'agit d'un patient connu, et 28,6% sont enregistrés comme inconnus en tant que patients. Ensuite, il y a des 'tiers' qui sèment les troubles (19,4%). Et fait étonnant: un 'autre médecin' a aussi été noté dans les cas d'agression (verbale).
- En ce qui concerne le profil, un sur cinq (21%) a un passé psychiatrique, 3% un passé criminel et 1,5% sont récidivistes.

conflits. «Tous ces motifs sont évitables si l'on y travaille», commente Michel Deneyer. Les conséquences sont aussi très divergentes mais il s'agit surtout d'atteintes physiques, émotionnelles et de dégâts matériels, à côté du stress psychologique.

Pas de solutions simplistes

L'agression est un phénomène complexe et multifactoriel. Elle peut surgir partout. Simplement miser sur la police est donc un peu simpliste.

«Il faut dès lors chercher une solution dans deux sphères. Le patient a toujours droit à recevoir des soins, mais à côté de cela, nous devons préserver l'intégrité physique et psychique du médecin. Cela signifie une approche sur tous les fronts:

avec la police, par une modification législative et par des mesures d'accompagnement. Au niveau politique, il faut oser réfléchir au degré d'urgence de soins urgents. Un patient utilise souvent ce concept dans un mauvais contexte, en faisant passer son agenda avant celui du médecin. Redessiner les soins, les postes de garde et le 1733 sont des exemples de solution», explique Michel Deneyer.

Dossier médical obligatoire, drapeau rouge

Par ailleurs, pour le vice-président de l'Ordre, chaque patient devrait avoir un Sumehr obligatoire. Cela profiterait aussi à la qualité des soins. Cela pourrait également éviter le shopping médical et la fragmentation de l'information. Dans le

Sumehr, il est possible de «ficher» des patients à risque. Cette possibilité est soutenue par un groupe de médecins comme le cercle de médecins généralistes pour les MG ou en concertation avec le médecin-chef quand il s'agit d'un contexte hospitalier. Ce fichage ne peut pas non plus être éternel et n'est pas équivalent au principe d'une liste noire: il y a un lien avec la relation thérapeutique.

Au niveau de la prévention, on peut travailler à la formation des médecins en ce qui concerne la gestion de conflits et d'agression, et impliquer les organisations de patients. Dans de rares cas, la police peut conclure des accords locaux: accompagner un MG dans des zones peu sûres.

L'application sur le GSM avec une liaison vers une centrale d'alerte figure depuis longtemps déjà sur la liste des souhaits des médecins. Le ministre Jambon l'a promise et envoie maintenant une circulaire à la police sur les agressions, a-t-il indiqué lors du symposium *Medische Wereld* (voir *Le Spécialiste* n°104).

Enfin, le Pr Deneyer met les points sur les i à propos du secret professionnel en la matière: «Le secret professionnel partagé permet parfaitement de partager des infos. Le secret professionnel n'a pas à changer».

Pascal Selleslagh

Marc Decramer: «Il y a certainement trop de centres de radiothérapie»

A l'occasion du lancement du centre de protonthérapie de Leuven et dans le décours du dossier concernant la possible fin des satellites de radiothérapie (*Le Spécialiste* n°104), le Pr Marc Decramer, CEO de l'UZ Leuven, a répondu à quelques-unes de nos questions.

Selon vous, le centre de protonthérapie que vous venez de lancer est-il un investissement rentable? Selon une étude du KCE qui remonte à quelques années, ce n'est pas le cas.

Marc Decramer: Ces chiffres sont dépassés. Entre-temps, l'Europe compte déjà une trentaine de centres de protonthérapie. Le KCE est donc un peu seul à penser ainsi.

De plus, nous visons deux types d'indications. Premièrement, les indications standards. La protonthérapie irradie la tumeur de manière beaucoup plus ciblée, entraînant donc moins d'effets secondaires, et offre plus de possibilités que les traitements conventionnels. La protonthérapie est par exemple utilisée pour des tumeurs rares du cerveau, de l'œil, de la base du crâne ou encore dans un certain nombre de tumeurs rares chez les enfants. Si l'on se base sur ces indications, nous estimons pouvoir traiter 200 à 250 patients par an dans notre pays.

Deuxièmement, les 'indications basées sur des modèles', c'est-à-dire des rayons concentrés sur les tumeurs. Ces traitements sont peut-être plus efficaces mais cela doit encore être prouvé dans des études randomisées auxquelles nous participerons.

On estime qu'à l'avenir, environ 10% des indications pour de la radiothérapie seront traitées avec de la protonthérapie. Sachant qu'en Belgique, environ 15.000 patients se font irradier chaque année, on arrive ainsi à quelque 1.500 cas potentiels de protonthérapie, chiffre qui dépendra du résultat des études en cours.

Pour les 200 cas dont vous parlez, un seul centre suffit donc pour notre pays. Mais au Comité de l'assurance, une deuxième demande est sur la table, Charleroi.

M.D.: En ce qui concerne les indications standards, un seul centre suffit. Mais Charleroi serait un centre de recherche. Donc, si les indications s'élargissent, il pourrait y avoir de la place pour deux. A titre de comparaison, les Pays-Bas planifient quatre centres, dont trois sont déjà en construction (Groningen, Maastricht, Delft). Au total, ces centres comptent 9 chambres de traitement, pour un total de 17 millions d'habitants. Même avec deux centres, la Belgique n'aura que 2 chambres de traitement, et ce pour 11 millions d'habitants.

Dans le numéro précédent, nous évoquions une note fédérale qui prévoit la fermeture des services satellite de radiothérapie. Qu'en pensez-vous?

M.D.: Il y en a certainement trop. Grosso modo, il y aurait assez avec

par centre par an. Cela en ferait 8 à 9 en Flandre et les patients ne devraient parcourir que maximum 30km pour en atteindre un.

On se dirige vers 25 réseaux. Pourquoi ne pas tabler sur un centre par réseau?

M.D.: Je ne défendrais pas cette hypothèse parce qu'il s'agit d'une activité

suprarégionale. Il en faut un pour deux ou trois réseaux, selon l'implantation. Il faut aussi des gens avec suffisamment d'expertise. Clairement, la radiothérapie n'est pas une activité pour des hôpitaux locaux. ■

Pascal Selleslagh/F.D.

14 à 15 centres pour 15.000 indications annuelles et au moins 1.000 patients

Amélioration de la visualisation, de la manipulation, de la vitesse et de l'efficacité au cours de la coloscopie¹⁻⁵

ENDOCUFF VISION®

"L'utilisation de ENDOCUFF VISION® augmente le niveau de performance globale en améliorant la vitesse (CIT) et l'efficacité (MAP/ADR) de la procédure"⁵

Disponible en quatre modèles



1. Blecker et al. J Clin Gastroenterol 2015;49:413-8
2. Tsiamoulos et al. UEGJ October 2014 vol. 2 no. 1 suppl A495
3. Tsiamoulos et al. GUT 2014;63:A152-A153
4. Konda et al. Gastrointest Endosc 2015;81:1123-29
5. Tsiamoulos et al. Gastrointest Endosc 2015;81(55)AB209

NORGINE et le logo Norgine sont des marques déposées du groupe Norgine. ENDOCUFF VISION est une marque déposée du groupe Arc Medical Design Limited.

NORGINE NV/SA, Romeinsestraat 10, B-3001 Heverlee

NORGINE
Partner for a healthy life

■ EXPERTISE PSYCHIATRIQUE MÉDICO-LÉGALE ■

L'Ordre des médecins contre la présence d'un avocat

Lors de la séance du 6 mai dernier, le Conseil national de l'Ordre a rendu plusieurs avis importants sur l'information des patients et sa finalité, le droit du patient à être présent dans le cadre d'une expertise médicale amiable ou judiciaire contradictoire. L'ordre s'est en revanche opposé à la présence d'un avocat lors d'une expertise psychiatrique médico-légale.

Dans un premier avis, le Conseil national de l'Ordre a procédé à un rappel des principes relatifs à la finalité et à la forme de l'information du patient concernant son état de santé et les soins qui lui sont proposés. Si l'objectif premier de l'information réside dans l'autodétermination du patient et l'établissement d'une relation de confiance avec son médecin, elle peut également être le préalable au consentement éclairé. Aussi l'Ordre a-t-il souligné les différentes modalités d'une bonne information du patient, en débutant par les prestataires impliqués, la nécessité d'informer en temps opportun et de façon loyale, dans un langage clair et accessible au patient. Pour éviter tout problème ultérieur, l'Ordre réaffirme l'utilité d'une bonne traçabilité de l'information donnée qui peut s'opérer aisément via une inscription dans le dossier médical du patient (1).

Le Conseil national pour la présence du patient lors d'une expertise médicale...

C'est armé de ce rappel en bonne et due forme des requisites de la loi de 2002 sur les droits du patient que l'Ordre s'est

prononcé en faveur de la présence du patient lors de la discussion entre médecins experts et médecins conseils dans le cadre d'une expertise médicale amiable ou judiciaire contradictoire. Rappelant qu'en 2009, la Commission fédérale «Droits du patient» avait déjà noté que la loi de 2002 s'applique aussi à la médecine d'expertise, le Conseil a estimé qu'il n'y avait «aucune justification à l'exclusion de la personne concernée de la discussion entre les médecins experts et conseils, dans le cadre d'une expertise contradictoire». Par-delà les arguments juridiques, l'Ordre a renchéri soulignant que «la déontologie médicale défend une conception de la relation entre le médecin et la personne concernée basée sur le respect et la confiance. Exclure le patient d'une discussion qui le concerne est un manque de considération, préjudiciable à son autonomie et induit la suspicion» (2).

... et contre la présence d'un avocat lors d'une expertise psychiatrique médico-légale en affaires pénales

Si l'article 7 de la loi relative à l'interdiction des personnes du 5 mai 2014

prévoit que «la personne qui fait l'objet d'une expertise psychiatrique médico-légale peut à tout moment se faire assister par un médecin de son choix et par un avocat», l'Ordre juge que la présence d'un avocat «entrave l'expertise et est de nature à compromettre l'exercice d'une bonne administration de la justice». En effet, la présence d'un avocat dont la mission est «de veiller à la régularité de la procédure et au respect des droits de la défense» crée une analogie entre l'expertise psychiatrique médico-légale et l'interrogatoire de police. Cette analogie suscite un hiatus entre les objectifs, d'une part, de l'expertise psychiatrique médico-légale qui a pour finalité «de rendre un avis psychiatrique impartial, indépendant et motivé» et, d'autre part, les objectifs de l'avocat, à savoir la préservation des intérêts juridiques de la personne concernée. Aussi l'Ordre invite-t-il les autorités à réformer l'article 7 de la loi sur l'internement et indique que le psychiatre «qui estime que la présence de tiers compromet la qualité d'une expertise psychiatrique médico-légale peut refuser la mission» (3).

Attention aux enregistrements sonores!

La récente utilisation en justice d'enregistrements sonores à l'insu du prestataire de soins ont conduit l'Ordre à faire une mise au point dans laquelle il réaffirme la nécessité d'une relation de confiance et de respect mutuel. Si rien n'interdit qu'un patient, pour mieux assimiler les informations reçues durant la visite, enregistre celle-ci avec l'accord de son médecin, il faut néanmoins conserver

à l'esprit «qu'en cas de conflit, cet enregistrement pourrait être utilisé à des fins probatoires» (4).

Consultation virtuelle: danger d'un diagnostic sans contact physique

Appelé à se prononcer sur la plateforme ViVidocor.com, une plateforme de consultation virtuelle, l'Ordre a maintenu sa position: «Poser un diagnostic sans contact physique avec le patient est dangereux. Le Conseil national rappelle que les consultations virtuelles dans le cadre du suivi d'un patient connu ne peuvent être utiles que dans des cas exceptionnels. En Belgique, où l'accès aux soins de santé est très aisé, une consultation virtuelle, si elle apparaît facile d'utilisation, n'a pas la précision d'une consultation réelle sur le plan de la sécurité du patient, de la pose du diagnostic et de la délivrance de médicaments» (5).

V.K.

Références

1. <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/information-du-patient-concernant-son-etat-de-sante-et-les-soins-qui-lui-sont-proposes>
2. <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/presence-de-la-personne-dont-l-etat-de-sante-fait-l-objet-de-l-expertise-lors-de-la-discussion>
3. <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/presence-d-un-avocat-lors-d-une-expertise-psychiatrique-medico-legale>
4. <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/communication-de-presse-enregistrement-sonore-d-une-conversation-entre-un-patient-et-un-medecin>
5. <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/plate-forme-vividocorcom-teleconsultations-en-ligne>

Où se situera le MontLégia dans les réseaux de demain?

Le dimanche 7 mai, dans le cadre de la Journée «Chantiers ouverts», le CHC à Liège organisait une visite de sa future clinique du MontLégia. Joli succès de foule et opération séduction réussie! Alain Javaux, directeur général du CHC, revient sur cette journée et fait le point sur le positionnement de son institution à la veille de la confection des réseaux.

Avec 4.200 personnes qui avaient fait le déplacement, ce qui le propulse numéro 1 des chantiers visités dimanche, Alain Javaux tire un bilan extrêmement positif de cette journée. «C'est extraordinaire. 4.200 visiteurs, répartis entre notre personnel, les médecins et le public. Nous sommes vraiment très satisfaits.»

Ce nouvel hôpital qui abritera 720 lits d'hospitalisation classique et 120 places d'hôpital de jour est maintenant tout à fait sorti de terre. Il regroupera trois cliniques existantes du CHC: Saint-Joseph, l'Espérance et Saint-Vincent. Maintenant que les structures sont terminées, tout le monde s'étonne de l'ampleur de ce bâtiment revêtu de céramiques blanches et noires. «L'hôpital a une superficie de près de 100.000m², mais tout a été conçu pour que le patient accède directement à l'endroit qu'il souhaite, évitant ainsi un effet cathédrale. A côté des soins que nous voulons de qualité, nous avons aussi voulu travailler sur le bien-être, d'où des chambres spacieuses et lumineuses».

Flexibilité totale

Une flexibilité totale du bâtiment est d'ores et déjà prévue. «Si, comme le présume Maggie De Block, le nombre de lits devait chuter à l'avenir, le bâtiment peut être transformé pour y accueillir de nouvelles activités (convalescence, hôtel-famille...). Nous pourrions, à l'inverse, s'il fallait accroître notre capacité, rehausser les bâtiments, puisque la stabilité a été prévue en ce sens», rapporte Alain Javaux.

Le directeur général du CHC souligne aussi qu'avec le nouvel hôpital, ce sera la fin de l'éternel problème de parking. «Avec 2.000 places de parking prévues, non seulement nous avons répondu aux normes traditionnelles mais en plus, sur base d'études et de comparaisons avec la concurrence directe et avec des expériences internationales, nous avons pris le parti d'encore agrandir les parkings. La dernière chose que je veux qu'il arrive dans cette clinique, c'est qu'un patient ou un visiteur ne trouve pas de place pour se garer.»



Alain Javaux, directeur général du CHC: «Le CHC plaide ouvertement pour la constitution de deux réseaux quantitativement équilibrés en province de Liège en matière de population couverte».

Le CHC se dit ouvert aux hôpitaux publics

Qui dit nouvel hôpital, dit aussi inscription dans un nouveau paysage hospitalier. Encore beaucoup d'interrogations planent sur l'avenir du paysage hospitalier liégeois. Alain Javaux a toutefois souhaité nous faire part de sa vision pour mettre fin à certaines rumeurs. «Pour que les choses soient claires, le CHC plaide ouvertement pour la constitution de deux réseaux quantitativement équilibrés en province de Liège en matière de population couverte.» Et de réfuter la thèse où le CHC formerait un réseau à lui seul avec Eupen et

Saint-Vith. «Le CHC et les hôpitaux de la Communauté germanophone sont tout à fait ouverts à la création d'un réseau dans lequel se trouveraient également des hôpitaux publics. Et dans cette hypothèse de deux réseaux qui tourneraient autour des 550.000 habitants, nous répondons au critère quantitatif de la ministre. Par ailleurs, c'est aussi beaucoup plus simple et rationnel d'avoir chaque fois pour la moitié de la population un droit de tirage équivalent au niveau de la programmation», conclut Alain Javaux. ■

France Dammel

Clinique de l'Exil: la santé mentale d'urgence

Dans le contexte actuel des conflits en Irak et en Syrie, l'afflux de réfugiés en Europe et plus particulièrement en Belgique a amené les autorités à penser à mettre en place une politique et des projets d'aide psychologique et d'accompagnement psychosocial pour ces derniers. En Province de Namur, à Saint-Servais, la Clinique de l'Exil a vu le jour en 2000 autour de différentes personnes dont le psychologue Paul Jacques.

«**L**a volonté est de répondre à l'afflux de réfugiés fuyant la guerre et souffrant de psychotraumatismes», précise-t-on à la clinique. Le service se compose de deux psychologues, d'un psychiatre et d'une secrétaire. Vu les parcours très particuliers de chaque individu, l'équipe est confrontée à des pathologies nombreuses et variées: psychotiques

anxieux, état dépressif grave, accès maniaques des troubles bipolaires... Ce sont principalement les femmes, venues notamment d'Irak, de Syrie ou encore d'Afghanistan, qui en poussent la porte pour une prise en charge très humaine de situations complexes: psychotraumatisme résultant de violence intentionnelle (viol, guerre, torture, génocide), deuil, exil forcé, précarité, exclusion...

Face à ces situations lourdes en santé mentale, la Clinique de l'Exil se distingue par un suivi adapté: elle fait appel systématiquement aux interprètes sociaux professionnels. La personne est reçue dans sa langue (russe, arménien, anglais, français) ou avec l'aide d'un interprète professionnel du Setis (arabe, albanais, dari, swahili, lingala...). Le travail de suivi se fait dans le cadre d'une prise en charge globale qui tient compte de la situation sociale, juridique et administrative. L'importance du premier accueil est renforcée par un travail systématique en réseau pour le bien de chaque patient. Pour la clinique, il est essentiel d'«expliquer qui on est, quel rôle on a, et établir une relation de partenariat dans le respect des limites de l'autre». Le centre, dont la compétence est reconnue, est aussi sollicité pour

un avis médico-psychologique dans le cadre des procédures d'asile.

Avec l'augmentation du travail au quotidien et les spécificités du projet, une psychologue à mi-temps et une assistante sociale arabophone ont été recrutées. La Région wallonne et la Fondation Roi Baudouin ont dégagé un nouveau subside de 120.000 euros pour soutenir l'initiative. Lors de cette annonce, les responsables de la Clinique de l'Exil ont rappelé qu'«en 2016, elle a offert 3.784 consultations pour 367 dossiers dont 174 nouveaux... pour 3.171 consultations et 328 dossiers en 2015. L'année précédente, ce sont 298 dossiers qui avaient été suivis». Un suivi dont d'autres personnes profiteront certainement dans les prochains mois. ■

Vincent Lievin

Dispositifs médicaux: sous les nouveaux règlements européens,

Après des années de tractation, deux règlements européens, l'un sur les dispositifs médicaux, l'autre sur les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* devraient bientôt entrer en vigueur (1). Cette nouvelle réglementation de grande ampleur, que d'aucuns qualifient de «mammouth», va révolutionner le secteur. Et les périodes de transition prévues, respectivement de 3 à 5 ans, ne seront pas de trop pour se préparer aux transformations. Entretien avec Annabelle Bruyndonckx (Counsel, Simmons & Simmons LLP) et Olivier Mignolet (Partner, Simmons & Simmons LLP).

Annabelle Bruyndonckx (Counsel, Simmons & Simmons LLP): «Il y a aujourd'hui plus de 100.000 applications de santé. A mon sens beaucoup d'entre elles vont disparaître».



«**L**e règlement général sur les dispositifs médicaux et le règlement relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* qui doivent être publiés début mai et entrer en vigueur 20 jours plus tard, remplacent 3 directives: l'une sur les dispositifs médicaux, la seconde sur les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* et une troisième sur les dispositifs médicaux implantables actifs. La première chose qu'il convient de relever», explique Olivier Mignolet, «c'est que les nouveaux corps de textes prendront la forme de règlements et non plus de directives. Ils s'appliqueront donc uniformément sur l'ensemble du territoire européen sans qu'il ne soit nécessaire de les transposer dans les législations nationales. La transposition des directives générerait une certaine disparité difficile à gérer pour les entreprises internationales. On peut espérer que les nouveaux textes réduiront les difficultés à cet égard. Les règlements s'accompagnent de surcroît d'un renforcement

de la cohérence réglementaire dans la mesure où ils rappellent d'autres textes existants dans d'autres domaines de la santé, notamment lorsqu'il est question d'études cliniques préalables à la mise sur le marché d'un dispositif médical. Enfin, les nouveaux règlements prévoient la création d'EUDAMED, une base de données qui répertoriera les dispositifs médicaux, et le fameux UDI, le numéro d'identification unique qui permettra d'assurer la traçabilité des produits.»

Définition étendue des dispositifs médicaux

Outre la forme juridique, le règlement général révolutionne la définition même du dispositif médical souligne Annabelle Bruyndonckx. «Suite au scandale des implants PIP, les autorités ont souhaité étendre la définition du dispositif médical pour y inclure certains produits qui n'ont pas, stricto sensu, un objectif médical: les appareillages cosmétiques dédiés au tatouage ou à la liposuction, les

Applications de santé en péril réglementaire: «Beaucoup vont disparaître!»

L'élévation de la classification va-t-elle mettre un frein au développement des applications de santé ou à tout le moins opérer un sérieux tri entre elles? Au vu des modifications, il est permis de s'interroger. «Les nouvelles dispositions auront un impact important sur les logiciels», commente Annabelle Bruyndonckx. «Auparavant, à quelques exceptions, ils relevaient de la classe I. Désormais, dès lors que le logiciel ou l'application sont utilisés pour prendre des décisions médicales, ils ressortent au minimum de la classe IIa. Ensuite, si la décision médicale peut être cause du décès ou d'une détérioration irréversible pour l'état de santé de la personne, le logiciel relèvera de la classe la plus haute,

soit la III, et si la décision peut être cause d'une dégradation importante de la santé, il sera classé comme IIb. L'élévation en classe est évidemment corrélative d'une élévation des contrôles et des vérifications qui pourrait s'avérer très coûteuse techniquement et financièrement pour les concepteurs sans oublier que l'introduction de toute nouvelle fonctionnalité fait courir le risque d'une reclassification.»

A l'heure où les hôpitaux développent, acquièrent et implémentent nombre d'applications pour faciliter la décision médicale et améliorer l'efficacité diagnostique et thérapeutique intramuros, et où ils s'appuient sur l'e-santé pour développer

les soins à distance tels que la télémedecine, la téléconsultation ou le télémonitoring, quelles pourraient être les conséquences de ces nouvelles contraintes réglementaires? «Il y a aujourd'hui plus de 100.000 applications de santé. A mon sens beaucoup d'entre elles vont disparaître. Celles qui resteront offriront un réel service de santé et pourront peut-être même être remboursées. Ce n'est pas tant la question des coûts qui posera problème, dans la mesure où le développement de ces applications est souvent soutenu par l'industrie, que celle de la fiabilité et de la responsabilité qui pèsera sur les hôpitaux et les médecins.»

V.K.



la révolution?



Olivier Mignolet
(Partner, Simmons & Simmons LLP): «Si auparavant une grande partie des produits ne nécessitaient qu'une simple notification, désormais ils seront majoritaires à devoir se soumettre au contrôle des organismes notifiés».

traitements lasers ou encore les lentilles de contact de couleur. Tous ces acteurs, qui échappaient aux précédentes directives, devront mettre leurs équipements et produits en conformité. Par ailleurs, si l'ancienne directive recouvrait les appareillages ou produits susceptibles de prévenir, diagnostiquer, contrôler, traiter ou atténuer une maladie, le nouveau règlement incorpore également les produits qui permettent la prédiction et le pronostic. Ces modifications auront un impact considérable sur les multiples applications de santé qui se développent pour mesurer qui le rythme cardiaque, qui la glycémie ou l'audition, etc. Beaucoup de ces applications se considèrent comme des «well-beings apps», échappant ainsi à la qualification de dispositif médical mais dès lors qu'elles donneront une indication sur les risques, elles seront beaucoup plus strictement régulées et seront considérées comme des dispositifs médicaux soumis, dans certains cas, au contrôle par les organismes notifiés. Nous y reviendrons. Enfin, le règlement inclut également les dérivés de tissus (p.ex.: seringues pré-remplies) et restreint la définition des «custom

made medical devices» lorsqu'ils sont issus d'un processus industriel de fabrication.»

Assez d'expertise des organismes notifiés pour appliquer les dispositions?

La modification et l'extension de la définition des dispositifs médicaux auront des conséquences importantes en termes de contrôle, indique Olivier Mignolet: «Jusqu'à présent, la mise sur le marché d'un dispositif médical se faisait soit par simple notification aux autorités, soit via l'émission d'un certificat par un organisme notifié (notified body). Les notified bodies sont des entités indépendantes des fabricants – mais rémunérées par eux – et accréditées par les autorités pour contrôler les produits. Les nouveaux règlements vont profondément modifier la situation: si auparavant une grande partie des produits (notamment des produits diagnostiques) ne nécessitaient qu'une simple notification, désormais ils seront majoritaires à devoir se

soumettre au contrôle des organismes notifiés. Cela dit, une question importante est celle de savoir si, à court terme, il y aura suffisamment d'organismes notifiés pour effectuer les nouveaux contrôles, sachant que ces organismes doivent être re-certifiés sur base des dispositions des nouveaux règlements, et disposer ou acquérir l'expérience et la spécialisation nécessaires pour les produits concernés.»

Upgrade des règles de classification: anticipez le changement!

«Cette question est d'autant plus pressante», poursuit Annabelle Bruyndonckx, «que le nouveau règlement témoigne de la tendance à upgrader la classification. Si on conserve les classes I, IIa, IIb et III, le nombre de produits qui relèvent de la classe I – passible d'une simple notification aux autorités – diminue drastiquement. Compte tenu de ces changements, nous conseillons aux fabricants:

- d'anticiper la phase de transition et de redéfinir son portefeuille de produits,
- d'identifier au plus vite les organismes notifiés capables de classer, contrôler et vérifier les produits,
- d'évaluer le budget nécessaire.»

Valérie Kokoszka

Référence

1. Notons qu'entre le moment de l'interview et le moment de rédaction de cet article les règlements européens ont été publiés. Il s'agit du Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux et du Règlement (UE) 2017/746 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, tous deux publiés le 5 mai 2017.

Motus sur les cyber-attaques

Les deux nouveaux règlements ont beau être massifs, denses, extrêmement complets et techniques, il n'en demeure pas moins qu'ils font étrangement l'impasse sur la sécurité des données. Alors que le danger de cyber piratage de dispositifs médicaux est avéré notamment pour les pacemakers ainsi que, bien sûr, pour les logiciels et autres applications, la nouvelle législation européenne reste muette et ne prescrit aucun contrôle particulier, au contraire de la FDA.

«La sécurité des données est abordée dans d'autres textes réglementaires», note Annabelle Bruyndonckx, «mais il est vrai que s'agissant du règlement sur les dispositifs médicaux, c'est un point qui a été manqué. Peut-être le verra-t-on développer dans de futures guidelines?». Il conviendra pour l'heure de se référer aux dispositions générales du Règlement général sur la protection des données (1) qui prévoient notamment l'obligation de mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau de sécurité adapté au risque.

V.K.

Référence

- (1) Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.

Amonis

votre futur mérite
un expert

Pension Libre Complémentaire

- 1,60% de taux de base en 2017
- 3,25% de rendement global net octroyé en 2015
- Jusqu'à 60% d'avantages fiscaux
 - Gestion spécialisée de vos avantages sociaux INAMI
 - La protection optimale de vos proches

Revenu garanti

Des garanties solides
en cas d'incapacité
de travail

Engagement Individuel de Pension

Des solutions
sur mesure pour
les indépendants
en société

Amonis

Discutez de chaque
moment-clé de votre carrière
avec un spécialiste

Pour un conseil personnalisé ou
des informations complémentaires :

0800/96.113 - www.amonis.be
info@amonis.be



Hainaut: les réseaux philosophiques l'emporteront-ils?

Lors du symposium «Le travail en réseau, c'est bon pour la santé» qui était organisé le 11 mai au Van der Valk Congress Hotel à Mons conjointement par le CHU Ambroise Paré et le CHU Tivoli, l'hypothèse de trois réseaux dans le Hainaut a été avancée, avec des réseaux philosophiques plutôt que géographiques.

Dans le Hainaut, qui compte quelque 1.500.000 habitants, on se dirige certainement vers trois réseaux de 500.000 habitants: un premier constitué d'Ambroise Paré et de Tivoli, un deuxième regroupant Saint-Joseph et Jolimont et un troisième avec les hôpitaux restants.

Les Drs Koti Elozegi et Emmanuel Bartholomé, respectivement chef du service de neurologie du CHU Ambroise Paré et neurologue au CHU Tivoli, ont très clairement affiché leur volonté de constituer un réseau, dans la continuité logique du PHU Cœur du Hainaut, allant ainsi à contre-sens de la volonté de la ministre de mettre en place des réseaux géographiques.

A contre-sens de la volonté ministérielle

«Même si ce n'est pas très rationnel sur le plan géographique, c'est certainement vers là que nous allons. C'est quand même la suite logique du rapprochement initié entre le CHU Ambroise Paré, le CHU Tivoli et le Centre hospitalier psychiatrique du Chêne aux Haies pour constituer le PHU Cœur du Hainaut. Je ne dirai pas qu'il s'agit d'une grande histoire d'amour, mais disons que l'on aurait pu tomber plus mal», lance le Dr Elozegi, avec une certaine touche d'humour.

Dès lors, ce serait l'hypothèse des réseaux philosophiques plutôt que celle des réseaux géographiques qui serait privilégiée par Tivoli et Ambroise Paré. A part que... dans la réforme de la ministre De Block, l'idée est quand même davantage de tabler sur des réseaux géographiques.

«Ce que la ministre De Block souhaite, ce sont des réseaux avec une cohérence géographique. Dans sa vision des choses, ce que nous sommes en train de faire n'a aucun sens. Tivoli aurait dû fusionner avec Jolimont. Et Ambroise Paré aurait dû fusionner avec Saint-Joseph. Or, ce qui se passe actuellement, c'est que nous allons vers la constitution de trois réseaux qui vont chacun s'adresser à leur communauté, à leur pilier historique belge, catholique ou non-catholique. Et je pense que c'est précisément cela que la ministre veut démonter», commente le Dr Bartholomé.

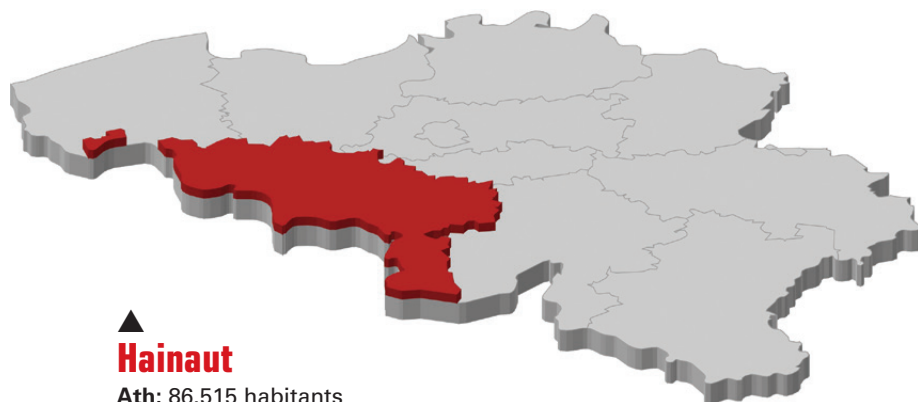
Emmanuel Bartholomé a défendu cette hypothèse en soulignant l'importance - en neurologie notamment - de pouvoir laisser le choix aux patients d'être soignés dans un hôpital qui soit en accord avec leurs valeurs. «Il faut avouer que nous avons été des enfants extrêmement gâtés, que nous avons eu une richesse d'offre de soins extrêmement importante, avec aussi une richesse de choix philosophiques. (...) On peut s'imaginer qu'à un moment, les réseaux vont quand même se diviser entre les piliers. Mais il y a néanmoins des variations philosophiques qui font que l'on peut faire certaines choses à certains endroits et pas à d'autres...»

Si l'on suit ce raisonnement, l'idée de poursuivre le rapprochement que les deux institutions ont entamé semble logique mais les médecins se demandent si cette hypothèse sera acceptée par la ministre. Rien n'est moins sûr. Le Dr Bartholomé reste les pieds sur terre et est bien conscient que la partie n'est pas encore gagnée: «Nous pouvons mettre sur pied des collaborations, mais rien ne nous dit que notre projet sera accepté. Car aujourd'hui, nous ne savons pas encore quels seront les critères de décision. Tout ce que nous pouvons faire pour l'instant, c'est nous organiser».

«Pour l'instant, certains services ont été définis par les deux institutions comme prioritaires dans le cadre d'un rapprochement médical. La neurologie n'est pas prioritaire dans ce processus de rapprochement», indique le Dr Koti Elozegi. «Par contre, sur cette liste figurent la cardiologie, la gynécologie-obstétrique, l'urologie, la chirurgie digestive, la chirurgie vasculaire, l'onco-hématologie, l'ORL, la neurochirurgie et la rhumatologie. Ces services seront amenés à démarrer rapidement les travaux d'élaboration de leur projet de service 2017-2021.»

Collaboration en neurologie

«Nous, les neurologues, ne sommes donc pas encore dans ce train, mais je suis convaincu qu'il ne faut pas que l'on attende que l'on vienne nous chercher par la main. Il faut au contraire que, dès à présent, nous nous parlions et nous nous mettions d'accord sur ce que nous voulons faire ensemble. Nous avons,



Hainaut

Ath: 86.515 habitants

Charleroi: 430.000 habitants

Mouscron: 75.5000 habitants

Thuin: 151.000 habitants

Tournai: 146.000 habitants

Mons: 257.000 habitants

Soignies: 189.000 habitants

tant Ambroise Paré que le CHU Tivoli, un très bon service de neurologie. Je pense qu'ensemble, nous pouvons vraiment devenir très forts. Dès lors, il faut profiter de cette dynamique des réseaux pour collaborer.»

Si, comme chez de nombreux médecins aujourd'hui, on sent encore une frilosité autour de ces réseaux, le Dr Elozegi en souligne plusieurs avantages. «Même si l'objectif premier du gouvernement est de rationaliser, les réseaux devraient permettre de mieux prendre en charge les pathologies chroniques et d'améliorer la prise en charge spécifique de chaque pathologie parce que l'on va se coordonner.»

Pour lui, la collaboration entre les deux services de neurologie doit reposer sur quatre dimensions: «Nous devons tout d'abord définir un projet médical qui lie les neurologues. Ensuite coordonner les soins grâce à une interaction et un échange d'informations. Et aussi veiller à la formation et l'information entre les membres du réseau. Et enfin, nous devons évaluer nos pratiques et la qualité des soins que nous dispensons». Et de mettre en avant quatre compétences fortes dont ils disposent et qui doivent rester leurs points forts: la sclérose en plaques, les affections neurodégénératives, les affections vasculaires et l'épilepsie. ■

Double cohorte, le monde de la santé perd patience!

A l'heure de mettre sous presse, *Le Spécialiste* a reçu un communiqué commun à toutes les organisations francophones et flamandes des étudiants en médecine, des syndicats (Absym/BVAS, Kartel/ASGB, AADM, GBS/VBS), des doyens et des recteurs de toutes les universités du pays. Las d'attendre des solutions qui ne viennent pas, le secteur de la santé demande des investissements dans des stages de formation de qualité, une formation des généralistes complète (et non réduite de 3 ans à 2,5 ans comme le propose Maggie De Block), la suppression des sous-numéros Inami (Inami-000) appelés à créer des sous-catégories de médecins et à générer une médecine à 2 vitesses. Plutôt que d'investir dans des appareillages coûteux, dans l'informatisation et les apps, les étudiants, les médecins et les académiques invitent la ministre à investir dans la qualité de la formation, seule garante demain d'une médecine de qualité.

V.K.



Lire le communiqué sur notre site

SYMPOSIUM

31.05.2017

Lilly

BRUSSELS

18.30 - 22.30

The Debate

**What is the place of corticosteroids
in the treatment of rheumatoid arthritis?**

PROGRAM

18.30 - 19.30

Welcome and introduction

19.30 - 20.00

New EULAR guidelines in RA

prof. dr. Josef Smolen – Medical University of Vienna

20.00 - 20.30

Panel discussion

prof. dr. Josef Smolen – Medical University of Vienna

prof. dr. Rene Westhovens – University Hospital Leuven

20.30 - 21.00

**Statement : “Glucocorticoids, feared by many, loved by few,
but still indispensable for effective early RA management.”**

prof. dr. Patrick Verschueren – University Hospital Leuven

21.00 - 21.30

Statement : “Go or no go for glucocorticoids in early RA.”

prof. dr. Patrick Durez – Saint Luc Brussels

21.30 - 22.00

Questions audience (e.g. with patient cases)

22.00 - 22.30

General conclusion

FREE → REGISTRATION ONLINE

<http://ra.ortho-rheumato.be>

contact@health-avenue.be • 02/880.15.50

PLACE

**Health-Avenue
Ikaroslaan 57 • 1930 Zaventem
Onsite parking (free)**

This congress is solely intended for rheumatologists.

This meeting cannot receive accreditation from INAMI as Eli Lilly Benelux is not recognized by the Comité Paritaire of INAMI as a training organization.
This meeting is meant only for individuals abilitated by law to prescribe or deliver medicines.

Le Dr Jacques Van Erck devient le seul visiteur belge pour ACI

Visiteur d'accréditation: un métier plutôt original, qui ne court pas les rues. Bien sûr, le Dr Jacques Van Erck, chef des quartiers opératoires du CHC à Liège, ne quitte pas son hôpital. C'est une nouvelle fonction qu'il endosse avec fierté depuis quelques mois. Il a ainsi participé de l'autre côté de la barrière à l'accréditation des deux premiers hôpitaux généraux wallons.

Jacques Van Erck a toujours aimé les défis. L'un d'eux était de faire certifier le bloc opératoire de la Clinique Saint-Joseph. Après avoir convaincu la direction de son hôpital, mais aussi Accréditation Canada International (ACI) (car d'habitude, ils accréditent l'ensemble d'un hôpital et non un seul service), et après avoir rallié un maximum de collègues autour de ce projet, il est parvenu à ce que la Clinique Saint-Joseph décroche une accréditation pour son quartier opératoire.

D'abord l'accréditation pour son hôpital

Et quand la direction générale a vu que cela marchait pour une partie d'hôpital, elle a décidé de se lancer dans l'accréditation complète pour les 6 sites. «Cela demande bien sûr que l'on se mette autour de la table et que l'on se parle afin d'harmoniser nos pratiques. Cela ne sera que positif pour le déménagement à MontLégia puisque nous devons être prêts avant, étant donné que la visite définitive d'accréditation est prévue pour mars 2018, soit une bonne année avant le déménagement. C'est en discutant avec un représentant d'ACI en 2016 que l'idée m'est venue. Il m'a dit qu'ils étaient à la recherche de visiteurs francophones et qu'il trouvait que ce serait chouette que je rentre ma candidature», relate le Dr Van Erck.

Aussitôt dit, aussitôt fait: «L'unique condition était d'avoir eu une accréditation ou d'être engagé dans le processus. Nous venions d'être certifiés au mois de mars et une formation pour devenir visiteur était organisée en mai. J'ai rentré ma candidature. J'ai eu une interview par téléphone, puis j'ai été accepté à la formation. Je suis donc parti à cette formation à Ottawa, qui consistait en 3 jours et demi de théorie et en une demi-journée de pratique. Ce n'était pas simple car l'organisation des soins au Canada est différente de la nôtre... Mais c'était très intéressant.»

Puis le défi de devenir visiteur pour ACI

Après avoir réussi l'examen en fin de formation, le test ultime: la visite en tant que stagiaire qui s'est déroulée au Centre Hospitalier de Mouscron, avec 4 autres visiteurs d'ACI. «Tout s'est très bien passé. Et j'ai reçu mon diplôme de visiteur», se félicite Jacques Van Erck. Une double première en Belgique: le premier hôpital général belge recevait donc l'accréditation canadienne et le premier médecin belge recevait son diplôme de visiteur!

Entre-temps, le Dr Van Erck a également été sollicité pour la visite d'accréditation à l'hôpital Notre-Dame de Grâce à Gosselies. Et c'est donc sous le regard



attentif du Liégeois que l'hôpital a décroché son accréditation le mois dernier.

Enfin, le Dr Van Erck souhaite encore aborder deux aspects qui lui tiennent à cœur dans ce projet ACI: «Tout d'abord, l'accréditation amène souvent un vent de dynamisme dans les équipes. Ainsi, certains hôpitaux qui ne se portaient pas bien se sont vu pousser des ailes à partir du moment où ils ont été impliqués dans le processus d'accréditation. Ensuite, je suis aussi sensible au fait qu'ACI s'adapte au contexte et souhaite aider un maximum de gens. La mission d'accréditation est d'essayer de faire en sorte que la population bénéficie de la meilleure qualité de soins possible. Elle a ainsi été sollicitée par l'Equateur, et est allée aider ces hôpitaux qui fonctionnent avec de tous petits moyens à obtenir une accréditation dans le but d'améliorer leur qualité de soins, à leur niveau.»

Dr Jacques Van Erck, chef des quartiers opératoires du CHC à Liège.

De l'importance du travail en équipe

Pour cet anesthésiste, cette nouvelle expérience est riche en enseignements. «A titre personnel, cela m'a montré à quel point il est important de toujours se remettre en cause et à quel point le travail en équipe est important. Il faut absolument que les médecins se rendent compte que si l'on ne travaille pas main dans la main, entre nous, mais aussi avec les infirmières et avec l'administration, cela ira plus ou moins bien, mais avec des accidents. Si l'on veut aller vers une sécurité aussi efficace que dans l'aviation, ce n'est possible qu'en travaillant en équipe».

A 64 ans, l'anesthésiste ne songe donc pas à la pension... Il compte bien encore garder un pied à l'hôpital et souhaite ardemment continuer à travailler pour ACI. «J'aimerais notamment essayer de leur trouver des développements dans les pays francophones, notamment en Afrique du Nord, c'est-à-dire aller dans les hôpitaux, leur expliquer la démarche de l'accréditation et son intérêt. Il y a encore du pain sur la planche.» ■

France Dammel

Insuffisance cardiaque: à quand une rencontre avec la ministre?

Le Dr Pierre Troisfontaines, président du Belgian Working Group on Heart Failure (BWGHF), dresse un bilan positif des journées de l'insuffisance cardiaque qui se sont déroulées dans 24 hôpitaux du pays du 5 au 7 mai. Les hôpitaux bougent, par contre toujours pas de réponse de la ministre De Block, malgré des APR-DRG qui se dégradent de plus en plus.

«Au niveau local, la journée organisée conjointement par le CHU et la CHR de Liège a attiré quelque 500 visiteurs. Au niveau national aussi, les hôpitaux ont de nouveau fait preuve d'un grand dynamisme. Et l'on peut se réjouir des différentes cliniques de

l'insuffisance cardiaque qui voient le jour ainsi que de l'initiative du réseau d'IC qui vient d'être lancée en Flandre», se félicite le président du BWGHF.

Si, sur le terrain, les choses bougent. Hélas, force est de constater que la ministre reste sourde aux appels répétés

des cardiologues. «Malgré la Charte de l'IC signée par plus de 12.000 Belges, les recommandations européennes pour l'IC ne sont toujours pas toutes appliquées en Belgique. Quand on se penche sur l'évolution des APR-DRG, on ne peut qu'être inquiet face à l'évolution des coûts liés à l'IC. Selon des APR-DRG, les hospitalisations et réadmissions pour IC représentaient un coût de 152 millions d'euros en 2014, contre 87 millions 10 ans plus tôt, soit des coûts qui ont presque doublé», s'exclame le Dr Troisfontaines.

Les cardiologues réitèrent donc leurs demandes, basées sur ce qui se fait chez nos voisins, telles que le remboursement

du dosage des peptides natriurétiques (BNP, NT-ProBNP), le financement d'une infirmière coordinatrice, le remboursement de la revalidation...

Et d'espérer pouvoir enfin avoir une rencontre avec la ministre: «La Société Belge de Cardiologie et le BWGHF se tiennent à la disposition de la ministre afin de discuter de la problématique de l'IC et des enjeux qu'elle représente en termes de santé publique et socio-économique.» ■

F. D.

Harmoniser les comités de patient dans les hôpitaux?

Vu leur nombre grandissant, «il serait intéressant de connaître les méthodologies les plus pertinentes et de mettre en place des modèles à suivre» interpelle Joelle Kapompole, députée PS.

A travers le monde, les hôpitaux constituent de plus en plus des comités de patients comme au Canada, en Suisse, en France. Chez nous pour les maladies chroniques ou le cancer, un comité de patients existe déjà dans certains hôpitaux, en Flandre ou à Bruxelles. D'autres sont en place comme au CHU de Liège. «Ce dernier innove et permet aux patients qui en font partie de donner un avis sur toutes les activités de l'hôpital», reconnaît Joelle Kapompole, députée PS. «A Ambroise Paré, à Mons, il y a aussi des ateliers participatifs notamment dans le domaine de la cardiologie.» Selon elle, ces ateliers ont vraiment utilisé le phénomène d'intelligence collective, puisqu'il s'agissait de mettre sur un même pied à la fois les patients, les cardiologues, le personnel infirmier et même d'autres intervenants, susceptibles d'améliorer le parcours du patient. Pour la députée socialiste, «on pourrait aller vers une harmonisation des pratiques ou de la méthodologie, notamment en termes d'accréditation, puisque c'est un cadre bien déterminé que les hôpitaux wallons sont en train de développer.» Pour étayer son propos, elle prend l'exemple des sites internet du CHR de la Citadelle et du CHU de Liège et «des documents à disposition pour pouvoir intégrer le comité de patients (règlement d'ordre intérieur ou de fonctionnement).» Pour elle, «on voit vraiment des disparités. Il faut questionner les pratiques pour pouvoir avoir des méthodologies les plus pertinentes possible et en faire en termes de bonnes pratiques, les modèles à suivre.»

De son côté, Maxime Prévot, ministre de la Santé, rappelle qu'à ce stade «au CHU de Liège, pour faire partie de ce comité en tant que patient, il suffit de répondre à des critères comme être ou avoir été soigné ou être l'accompagnateur habituel d'un patient soigné. Une courte formation de quatre heures relative aux droits et devoirs du patient et au fonctionnement de l'hôpital est prévue.»

A Liège, quelques réalisations effectives peuvent déjà être dénombrées et trois initiatives vont être développées en 2017, concernant la disponibilité médicale sur la hotline de cancérologie, l'orientation des rendez-vous et les informations relatives aux suppléments d'honoraires. Depuis 2016, le CHR de la Citadelle a également mis en place son comité de patients.

«Il se réunit tous les deux mois ou plus si nécessaire. Il détache un membre du comité pour faire partie de certains groupes de travail du CHR ou de comités institutionnels» ajoute-t-il au Parlement. Depuis 2016, les centres hospitaliers Jolimont invitent des patients à intégrer cer-

tains de leurs structures organisationnelles, avec pour objectif de répondre au mieux aux besoins des patients. «Notons aussi, bien que ce ne soient pas à proprement parler des comités de patients, que plusieurs hôpitaux comptent, parmi les membres de leurs organes

des représentants directs ou en contact étroit avec des mouvements sociaux de patients, ce qui permet d'y relayer les expertises du vécu des patients» conclut le ministre Prévot. ■

Vincent Lievin

Conditionnement	Prix public
550 mg x 56 compr.	€ 323,62



Pour réduire les récurrences d'épisodes d'encéphalopathie hépatique manifeste (EHM)

Être à la maison ne signifie pas être en sécurité



Targaxan® 550

Rifaximine-α

Prophylaxie secondaire à long terme de l'EH^{1,2}

Dénomination du médicament: TARGAXAN® 550 mg comprimés pelliculés. **Composition qualitative et quantitative:** Chaque comprimé pelliculé contient 550 mg de rifaximine. Forme pharmaceutique: Comprimé pelliculé. Comprimés pelliculés ovales biconvexes de 10 mm x 19 mm de couleur rose portant la gravure «RX» sur une face. **Indications thérapeutiques:** TARGAXAN est indiqué pour réduire les récurrences d'épisodes d'encéphalopathie hépatique manifeste chez les patients âgés de ≥ 18 ans. Dans l'étude pivot, 91 % des patients prenant du lactulose de façon concomitante. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibiotiques. **Posologie et mode d'administration:** Posologie: Posologie recommandée: 550 mg deux fois par jour. Le bénéfice clinique a été établi à partir d'une étude contrôlée dans laquelle les patients ont été traités pendant 6 mois. La poursuite du traitement au-delà de 6 mois doit être envisagée au cas par cas en tenant compte de la balance entre les bénéfices et les risques, y compris ceux associés à la progression de la dysfonction hépatique. TARGAXAN peut être administré au cours ou en dehors des repas. **Population pédiatrique:** La sécurité et l'efficacité de TARGAXAN chez les enfants âgés de moins de 18 ans n'ont pas été établies. **Patients âgés:** Aucune adaptation de la posologie n'est nécessaire, car les données de sécurité et d'efficacité de TARGAXAN n'ont pas montré de différences entre les patients âgés et plus jeunes. **Altération de la fonction hépatique:** Aucune adaptation de la posologie n'est nécessaire chez les patients présentant une dysfonction hépatique. **Altération de la fonction rénale:** Bien qu'une modification de la posologie ne soit pas prévue, la prudence s'impose chez les patients présentant des troubles de la fonction rénale. **Mode d'administration:** Par voie orale, avec un verre d'eau. **Contre-indications:** Hypersensibilité à la rifaximine, aux dérivés de la rifamycine ou à l'un des excipients. En cas d'occlusion intestinale. **Effets indésirables:** Études cliniques: La sécurité de la rifaximine chez les patients en rémission d'une encéphalopathie hépatique (EH) a été évaluée dans deux études: une étude de phase III randomisée en double aveugle contrôlée versus placebo, RFHE3001, et une étude en ouvert à long terme, RFHE3002. Dans l'étude RFHE3001, 140 patients traités par la rifaximine (dose de 550 mg deux fois par jour pendant 6 mois) ont été comparés à 159 patients recevant le placebo, tandis que dans l'étude RFHE3002, 322 patients, dont 152 patients de l'étude RFHE3001, ont été traités par la rifaximine 550 mg deux fois par jour pendant 12 mois (66 % des patients) et 24 mois (39 % des patients), pour une exposition médiane de 512,5 jours. En plus, dans trois études complémentaires, 152 patients atteints d'EH ont été traités avec des doses variables de rifaximine allant de 600 mg à 2400 mg par jour pendant des périodes allant jusqu'à 14 jours. Le tableau ci-dessous présente tous les effets indésirables survenus chez les patients traités par la rifaximine dans l'étude RFHE3001 avec une incidence ≥ 5 % et avec une incidence (≥ 1 %) plus élevée que chez les patients recevant le placebo.

Les effets indésirables observés dans l'étude RFHE3001 contrôlée versus placebo, dans l'étude RFHE3002 à long terme et issus de l'expérience post-commercialisation, sont présentés ci-dessous par classe de système d'organes MedDRA et catégorie de fréquence. Les catégories de fréquence sont définies selon la convention suivante: Très fréquent (≥ 1/10); fréquent (≥ 1/100, < 1/10); peu fréquent (≥ 1/1.000, < 1/100); rare (≥ 1/10.000, < 1/1.000); très rare (< 1/10.000); fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Au sein de chaque groupe de fréquence, les effets indésirables sont présentés suivant un ordre décroissant de gravité. **Classe de système d'organes MedDRA:** Fréquence: Effet indésirable: Infections et infestations: Peu fréquent Infection à Clostridium, infection du tractus urinaire, candidose. Rare Pneumonie, cellulite, infections respiratoires hautes, rhinite. Affections hématologiques et du système lymphatique: Peu fréquent Anémie. Fréquence indéterminée Thrombopénie. Affections du système immunitaire: Fréquence indéterminée Réactions anaphylactiques, angio-œdèmes, hypersensibilité. Troubles du métabolisme et de la nutrition: Peu fréquent Anorexie, hyperkaliémie. Rare Déshydratation. Affections psychiatriques: Fréquent Dépression. Peu fréquent Confusion, anxiété, hypersomnie, insomnie. Affections du système nerveux: Fréquent Sensation de vertige, céphalées. Peu fréquent Troubles de l'équilibre, amnésie, convulsions, troubles de l'attention, hypoesthésie, altération de la mémoire. Affections vasculaires: Peu fréquent Bouffées de chaleur. Rare Hypertension, hypotension. Fréquence indéterminée Pré-syncope, syncope. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales: Fréquent Dyspnée. Peu fréquent Épanchement pleural. Rare Bronchopneumopathie chronique obstructive. Affections gastro-intestinales: Fréquent Douleur abdominale haute, distension abdominale, diarrhée, nausées, vomissements, ascite. Peu fréquent Douleurs abdominales, hémorragies des varices œsophagiennes, bouche sèche, gêne de l'estomac, Rare Constipation. Affections hépatobiliaires: Fréquence indéterminée Tests de la fonction hépatique anormaux. Affections de la peau et du tissu sous-cutané: Fréquent Rash, prurit. Fréquence indéterminée Dermatite, eczéma. Affections musculo-squelettiques et systémiques: Fréquent Spasmes musculaires, arthralgie. Peu fréquent Myalgie. Rare Dorsalgies. Affections du rein et des voies urinaires: Peu fréquent Dysurie, pollakiurie. Rare Protéinurie. Troubles généraux et anomalies au site d'administration: Fréquent Œdème périphérique. Peu fréquent Œdème, fièvre. Rare Asthénie. Investigation: Fréquence indéterminée Valeurs anormales de l'INR. Rapport Normalisé International. Lésions, intoxications et complications liées aux procédures: Peu fréquent Chute. Rare Contusions, douleur liée à la procédure. Déclaration des effets indésirables suspects: La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via:

Belgique: Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, Division Vigilance, EUROSTATION II, Place Victor Horta, 40/40, B-1060 Bruxelles. Site internet: www.afmps.be, e-mail: adversedrugreactions@afmps.be. **Luxembourg:** Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments, Villa Louvigny - Allée Marconi, 1-2120 Luxembourg. Site internet: <http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicaments/index.html>. **Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché:** Norgine B.V., Hogeweg 7, 1101 CA Amsterdam, Pays-Bas. **Numéro(s) d'autorisation de mise sur le marché:** BE433151. **Mode de délivrance:** Médicament soumis à prescription médicale. **Date de mise à jour du texte:** 07/2016 Date d'approbation du texte: 10/2016. Le texte complet des caractéristiques du produit est disponible sur demande.

Classe de système d'organes MedDRA	Effets indésirables	Placebo N = 159		Rifaximine N = 140	
		n	%	n	%
Affections hématologiques et du système lymphatique	Anémie	6	3,8	11	7,9
Affections gastro-intestinales	Ascite	15	9,4	16	11,4
	Nausées	21	13,2	20	14,3
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	Douleur abdominale haute	8	5,0	9	6,4
	Œdème périphérique	13	8,2	21	15,0
Affections musculo-squelettiques et systémiques	Fièvre	5	3,1	9	6,4
	Spasmes musculaires	11	6,9	13	9,3
Affections du système nerveux	Arthralgies	4	2,5	9	6,4
	Sensation de vertige	13	8,2	18	12,9
Affections psychiatriques	Dépression	8	5,0	10	7,1
Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales	Dyspnée	7	4,4	9	6,4
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Prurit	10	6,3	13	9,3
	Rash	6	3,8	7	5,0

Références:

1. Viistrup H, et al. J Hepatol 2014; 61(3): 642-659.
2. Mullen KD, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2014; 12(8): 1390-1397.

Produit sous licence d'Alfa Wassermann S.p.A.

TARGAXAN est une marque déposée du groupe Alfa Wassermann, concédée sous licence au groupe Norgine.

Les images figurant dans le présent matériel de promotion sont exclusivement utilisées à des fins d'illustration.

NORGINE et le logo avec la voile sont des marques déposées du groupe Norgine.

BE/XIF/0516/0012(1) • Date de création 11/2016 • TAR1018

Bénéfices hospitaliers des essais cliniques

L'attractivité de la Belgique en matière d'essais cliniques constitue une donnée presque évidente pour le secteur des soins de santé. Mais quels sont exactement les critères qui font de notre petit pays une place de choix pour les multinationales? Et quels sont les bénéfices qu'en retirent médecins et hôpitaux? Lors du forum organisé par pharma.be le 9 mai dernier autour des essais cliniques, le CEO du CHU de Liège, Julien Compère, a esquissé les avantages de la recherche et développement pour les institutions de soins.



Figure 1:
How does Belgium perform for the defined key drivers?



La Belgique revendique la présence d'une *pharma valley* en perpétuel développement, comme l'un de ses fleurons économiques. A raison puisque 20% des essais cliniques européens en oncologie, 25% des essais cliniques sur le système digestif ou encore 23% des essais cliniques dédiés aux maladies virales sont réalisés en Belgique. Pour quels motifs? Quels sont, aux yeux des boards internationaux, les critères qui président au choix d'un pays pour y développer la recherche et développement, et com-

ment notre pays les rencontre-t-ils? Désireuse de maintenir la Belgique à une très enviable seconde place européenne en termes d'essais cliniques par habitant, pharma.be a lancé une enquête auprès de ses membres. Il en ressort que les compagnies attachent une importance prépondérante à la rapidité des délais d'approbation des essais, à l'efficacité du recrutement des patients, à la qualité des centres de recherche et à la densité de l'infrastructure médicale et à l'existence d'une expertise concrète (*real-life*) des investigateurs.

Une fois ces critères définis, les entreprises interrogées ont eu à évaluer la façon dont la Belgique les rencontrait (Figure 1) (1). Et si l'on excepte l'efficacité du recrutement des patients, un peu en retrait, il apparaît clairement que le choix d'effectuer sa recherche dans notre pays est dûment justifié puisqu'il excelle par la qualité de ses centres, la rapidité des délais d'approbation (à peine 15 jours pour les phases 1, grâce à l'efficacité de l'afmps) et l'expertise en vie réelle des investigateurs.

plus récentes, parfois d'importance vitale, capables d'améliorer la qualité de vie, mais aussi le traitement et le diagnostic. Outre l'amélioration des soins administrés aux patients, les essais cliniques permettent d'élargir les connaissances médicales, favorisent la collaboration entre spécialistes et les échanges de concepts innovants en matière de recherche qui soutiennent à leur tour le développement de nouveaux traitements. Un cercle vertueux dont les institutions peuvent aussi retirer publications et prestige.

Enfin, et cette thématique est plus rarement soulevée, les collaborations avec les leaders industriels soutiennent l'excellence des soins de santé, l'implémentation de nouvelles technologies et avancées scientifiques, et le développement de nouveaux programmes de recherche. Ces collaborations ont également, note le CEO du CHU de Liège, un impact positif sur la qualité du service dans la mesure où elles contribuent aux processus d'accréditation et accélèrent l'acquisition des connaissances dans les aires thérapeutiques clés. Enfin, si elle est source d'excellence tant en soins qu'en recherche, l'implication dans les essais cliniques constitue une source de revenus non négligeable pour les institutions de soins confrontées à une disette budgétaire... qu'elles pallient par l'expertise de leurs leaders médicaux. ■

Quels bénéfices pour les institutions de soins?

Si la qualité des centres de recherche et la densité des infrastructures médicales rendent la Belgique attractive et compétitive en matière de recherche et développement de médicaments innovants, quels sont en retour les effets positifs de la recherche sur les 71 hôpitaux participants? Les premiers bénéfices, explique Julien Compère, sont pour les patients qui peuvent accéder aux thérapies les

Valérie Kokoszka

Référence

1. Belgium, a european leader in clinical trials, pharma.be, may 2017, p. 6.

PATIENT-CENTRIC CARE

L'European Patient Forum plaide pour le co-design des soins à domicile

Lors d'une passionnante session organisée par le *think thank Friends of Europe* autour des soins à domicile, Nicola Bedlington, la secrétaire générale de l'*European Patient Forum*, a plaidé pour une participation accrue des patients au design de l'organisation des soins.

Notre système de soins de santé a été conçu pour prendre en charge les pathologies aiguës. Face à la croissance exponentielle des pathologies chroniques, l'organisation des soins s'avère de plus en plus inadaptée pour répondre aux besoins et attentes spécifiques des patients. Comment dessiner un cadre organisationnel

soutenable, efficient et centré sur ces besoins, telle était la question au centre du débat organisé par *Friends of Europe*, avec des acteurs clés du monde de la santé européen dont Andrzej Rys (directeur des systèmes de santé à la DG Health & Food safety), Frederic Hofman (general manager Baxter Benelux), Santiago Delgado (vice-président Ribeira

Salud Group) et Nicola Bedlington. L'un des réquisits majeurs de la construction d'un système de soins à domicile efficient consiste dans l'impérieuse nécessité d'aligner les intérêts des acteurs autour d'objectifs communs, ce qui implique notamment de redéfinir le rôle de l'hôpital et d'assurer techniquement l'administration des soins extramuros. Mais cela suppose également, a indiqué Nicola Bedlington, d'impliquer les patients dès le début dans le design organisationnel, afin que celui-ci soit effectivement adapté aux besoins et au vécu des patients chroniques. Ce plaidoyer en faveur d'une collaboration et d'une

implication effective des associations de patients dans l'organisation des soins témoigne tout à la fois de la volonté d'être des partenaires à part entière des systèmes de soins de santé (*empowered*) et du refus d'être cantonné aux aspects éducatifs ou de soutien aux malades. ■

V.K.

Note

1. Le rapport de cette session du 3 mai est disponible à l'adresse: <http://www.friendsofeurope.org/media/uploads/2017/05/FoE-HEA-CC-Financing-health-care-Report.pdf>

SAVE
THE DATE

17-25
novembre 2017



7^e Symposium Médico-Pharmaceutique Club Med 2

17/11/2017 - 25/11/2017

P R O G R A M M E

Vendredi 17/11/2017

- Ouverture
(Dr Jean-Marie Massart, médecin responsable)

Samedi 18/11/2017

- La chirurgie bariatrique peut-elle guérir le diabète de type 2?
(Pr dr Luc Van Gaal; Chef de service Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, UZ Antwerpen)
- Sarcopénie de l'obésité, carence en vitamines et en minéraux suite à une chirurgie bariatrique: Quelles recommandations pouvez-vous donner en tant que pharmacien ou médecin généraliste à vos patients?
(Pr David Nocca; Professeur de chirurgie digestive, CHU Montpellier, France)

Dimanche 19/11/2017

- Les urgences en chirurgie dentaire: Quand, où et quels médicaments donner? Conseils pour dentistes, généralistes et pharmaciens
(Pr Marc Braem; Chef de service adjoint Dentisterie générale, UZ Antwerpen / Orthodontiste Sophie Leroy; UZ Anvers, Vice-Présidente de la Interdisciplinary Belgian Dental Sleep Medicine Academy)

Lundi 20/11/2017

- Troubles du cartilage: évolution et prise en charge / Traitement de la déchirure du ligament croisé antérieur chez l'enfant
(Dr José Huylebroek; Chirurgie orthopédique - Traumatologie sportive, Clinique Parc Léopold - Membre du Board of Directors de l'ESMA et de ISAKOS - Membre du Conseil d'administration du RSCA)
- La technologie dans la communication pharmacien-médecin: nouveaux développements anno 2017-2018
(Pharmacien Charles Ronlez; Ex-président de l'Association Pharmaceutique Belge)

Mardi 21/11/2017

- Football: aspects éthiques et sociaux
(Dr Michel D'Hooghe; Président de la Commission Médicale de la FIFA et de l'UEFA, Membre du Comité Exécutif de la FIFA)
- L'obésité et ses complications: toutes les spécialités sont concernées
(Pr Luc Van Gaal; Chef de service Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, UZ Antwerpen)

- "Fitness sur Ordonnance": intérêt dans les maladies chroniques et les différentes spécialités
(Mr Yves Devos; Spécialiste du mouvement et auteur de l'ouvrage 'Fitness sur Ordonnance')

Mercredi 22/11/2017

- Pas de symposium

Jeudi 23/11/2017

- Nouveautés en Rhumatologie
(Dr Jean-Paul Engelbeen; Rhumatologue, CHIREC - Clinique Ste-Anne St-Rémi)
- L'Evolution médicale dans le monde du football
(Dr Michel D'Hooghe; Président de la Commission Médicale de la FIFA et de l'UEFA, Membre du Comité Exécutif de la FIFA)

Médecin responsable:

Dr Jean-Marie Massart (INAMI 1-23889-77-004)
ACCREDITATION DEMANDÉE



Inscrivez-vous et recevez
un exemplaire du livre «Fitness
sur ordonnance» de Yves Devos.

Inscription en ligne
[http://www.lespecialiste.be/fr/
symposium-medico-pharmaceutique-cm2](http://www.lespecialiste.be/fr/symposium-medico-pharmaceutique-cm2)



▼ This medicinal product is subject to additional monitoring. This will allow quick identification of new safety information. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions. See section 4.8 of SmPC for how to report adverse reactions.

1. NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT, QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION Daklinza 30 mg film-coated tablets. Each film-coated tablet contains daclatasvir dihydrochloride equivalent to 30 mg daclatasvir. Excipient(s) with known effect: Each 30-mg film-coated tablet contains 58 mg of lactose (as anhydrous). Daklinza 60 mg film-coated tablets. Each film-coated tablet contains daclatasvir dihydrochloride equivalent to 60 mg daclatasvir. Excipient(s) with known effect: Each 60-mg film-coated tablet contains 116 mg of lactose (as anhydrous). For the full list of excipients, see section 6.1 of SmPC.

4. CLINICAL PARTICULARS 4.1 THERAPEUTIC INDICATIONS Daklinza is indicated in combination with other medicinal products for the treatment of chronic hepatitis C virus (HCV) infection in adults (see sections 4.2, 4.4 and 5.1 of SmPC). For HCV genotype specific activity, see sections 4.4 and 5.1 of SmPC.

4.2 POSOLOGY AND METHOD OF ADMINISTRATION Treatment with Daklinza should be initiated and monitored by a physician experienced in the management of chronic hepatitis C. Posology The recommended dose of Daklinza is 60 mg once daily, to be taken orally with or without meals. Daklinza must be administered in combination with other medicinal products. The Summary of Product Characteristics for the other medicinal products in the regimen should also be consulted before initiation of therapy with Daklinza.

Patient population*	Regimen and duration
	HCV GT1 or 4
Patients without cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir for 12 weeks
Patients with cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir + ribavirin for 12 weeks
CP A or B	or
CP C	Daklinza + sofosbuvir (without ribavirin) for 24 weeks
	Daklinza + sofosbuvir +/- ribavirin for 24 weeks
	(see sections 4.4 and 5.1 of SmPC)
	HCV GT 3
Patients without cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir for 12 weeks
Patients with cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir +/- ribavirin for 24 weeks
	(see section 5.1 of SmPC)
	Recurrent HCV infection post-liver transplant (GT1, 3 or 4)
Patients without cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir + ribavirin for 12 weeks
	(see section 5.1 of SmPC)
Patients with CP A or B cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir + ribavirin for 12 weeks
GT1 or 4	Daklinza + sofosbuvir +/- ribavirin for 24 weeks
GT 3	Daklinza + sofosbuvir +/- ribavirin for 24 weeks
Patients with cirrhosis	Daklinza + sofosbuvir +/- ribavirin for 24 weeks
	(see sections 4.4 and 5.1 of SmPC)

GT: Genotype; CP: Child Pugh *Includes patients co-infected with human immunodeficiency virus (HIV). For dosing recommendations with HIV antiviral agents, refer to section 4.5 of SmPC. Daklinza + peginterferon alfa + ribavirin This regimen is an alternative recommended regimen for patients with genotype 4 infection, without cirrhosis or with compensated cirrhosis. Daklinza is given for 24 weeks, in combination with 2448 weeks of peginterferon alfa and ribavirin: - If HCV RNA is undetectable at both treatment weeks 4 and 12, all 3 components of the regimen should be continued for a total duration of 24 weeks - If undetectable HCV RNA is achieved, but not at both treatment weeks 4 and 12, Daklinza should be discontinued at 24 weeks and peginterferon alfa and ribavirin continued for a total duration of 48 weeks. Ribavirin Dosing Guidelines The dose of ribavirin, when combined with Daklinza, is weight-based (1,000 or 1,200 mg in patients <75 kg or ≥75 kg, respectively). Refer to the Summary of Product Characteristics of ribavirin. For patients with ChildPugh A, B, or C cirrhosis or recurrence of HCV infection after liver transplantation, the recommended initial dose of ribavirin is 600 mg daily with food. If the starting dose is well-tolerated, the dose can be titrated up to a maximum of 1,000-1,200 mg daily (breakpoint 75 kg). If the starting dose is not well-tolerated, the dose should be reduced as clinically indicated, based on haemoglobin and creatinine clearance measurements (see overview). Overview: Ribavirin dosing guidelines for coadministration with Daklinza regimen for patients with cirrhosis or post-transplant: if Laboratory Value/Clinical Criteria of Haemoglobin are >12 g/dl then ribavirin 600 mg daily, if >10 to ≤ 12 g/dl then ribavirin 400 mg daily, if > 8.5 to ≤ 10 g/dl then ribavirin 200 mg daily, if ≤ 8.5 g/dl then discontinue ribavirin. If Laboratory Value/Clinical Criteria of Creatinine Clearance >50 ml/min then follow guidelines above for haemoglobin, if >30 to ≤ 50 ml/min then ribavirin 200 mg every other day, if ≤ 30 ml/min or haemodialysis then discontinue ribavirin. Dose modification, interruption and discontinuation Dose modification of Daklinza to manage adverse reactions is not recommended. If treatment interruption of components in the regimen is necessary because of adverse reactions, Daklinza must not be given as monotherapy. There are no virologic treatment stopping rules that apply to the combination of Daklinza with sofosbuvir. Treatment discontinuation in patients with inadequate on-treatment virologic response during treatment with Daklinza, peginterferon alfa and ribavirin It is unlikely that patients with inadequate on-treatment virologic response will achieve a sustained virologic response (SVR); therefore discontinuation of treatment is recommended in these patients. The HCV RNA thresholds that trigger discontinuation of treatment (i.e. treatment stopping rules) are presented in Table 3. **Table 2: Treatment stopping rules in patients receiving Daklinza in combination with peginterferon alfa and ribavirin with inadequate on-treatment virologic response**

HCV RNA	Action
Treatment week 4: >1000 IU/ml	Discontinue Daklinza, peginterferon alfa and ribavirin
Treatment week 12: ≥25 IU/ml	Discontinue Daklinza, peginterferon alfa and ribavirin
Treatment week 24: ≥25 IU/ml	Discontinue peginterferon alfa and ribavirin (treatment with Daklinza is complete at week 24)

Dose recommendation for concomitant medicines Strong inhibitors of cytochrome P450 enzyme 3A4 (CYP3A4) The dose of Daklinza should be reduced to 30 mg once daily when coadministered with strong inhibitors of CYP3A4. Moderate inducers of CYP3A4 The dose of Daklinza should be increased to 90 mg once daily when coadministered with moderate inducers of CYP3A4. See section 4.5 of SmPC. Missed doses Patients should be instructed that, if they miss a dose of Daklinza, the dose should be taken as soon as possible if remembered within 20 hours of the scheduled dose time. However, if the missed dose is remembered more than 20 hours after the scheduled dose, the dose should be skipped and the next dose taken at the appropriate time. Special populations Elderly No dose adjustment of Daklinza is required for patients aged ≥65 years (see section 5.2 of SmPC). Renal impairment No dose adjustment of Daklinza is required for patients with any degree of renal impairment (see section 5.2 of SmPC). Hepatic impairment No dose adjustment of Daklinza is required for patients with mild (Child-Pugh A, score 5-6), moderate (Child-Pugh B, score 7-9) or severe (Child-Pugh C, score ≥10) hepatic impairment (see sections 4.4 and 5.2 of SmPC). Paediatric population The safety and efficacy of Daklinza in children and adolescents aged below 18 years have not yet been established. No data are available. Method of administration Daklinza is to be taken orally with or without meals. Patients should be instructed to swallow the tablet whole. The film-coated tablet should not be chewed or crushed due the unpleasant taste of the active substance. **4.3 Contraindications** Hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients listed in section 6.1 of the SmPC. Coadministration with medicinal products that strongly induce cytochrome P450 3A4 (CYP3A4) and P-glycoprotein transporter (P-gp) and thus may lead to lower exposure and loss of efficacy of Daklinza. These active substances include but are not limited to phenytoin, carbamazepine, oxcarbazepine, phenobarbital, rifampicin, rifabutin, rifapentine, systemic dexamethasone, and the herbal product St John's wort (*Hypericum perforatum*). **4.8 Undesirable effects** Summary of the safety profile The overall safety profile of daclatasvir is based on data from 2215 patients with chronic HCV infection who received Daklinza once daily either in combination with sofosbuvir with or without ribavirin (n=679, pooled data) or in combination with peginterferon alfa and ribavirin (n=1536, pooled data) from a total of 14 clinical studies. Daklinza in combination with sofosbuvir The most frequently reported adverse reactions were fatigue, headache, and nausea. Grade 3 adverse reactions were reported in less than 1% of patients and no patients had a Grade 4 adverse reaction. Four patients discontinued the Daklinza regimen for adverse events, only one of which was considered related to study therapy. Daklinza in combination with peginterferon alfa and ribavirin The most frequently reported adverse reactions were fatigue, headache, pruritus, anaemia, influenza-like illness, nausea, insomnia, neutropenia, asthenia, rash, decreased appetite, dry skin, alopecia, pyrexia, myalgia, irritability, cough, diarrhoea, dyspnoea and arthralgia. The most frequently reported adverse reactions of at least Grade 3 severity (frequency of 1% or greater) were neutropenia, anaemia, lymphopenia and thrombocytopenia. The safety profile of daclatasvir in combination with peginterferon alfa and ribavirin was similar to that seen with peginterferon alfa and ribavirin alone, including among patients with cirrhosis. Overview list of adverse reactions Adverse reactions are listed by regimen, system organ class and frequency: very common (≥1/10), common (≥1/100 to <1/10), uncommon (≥1/1,000 to <1/100), rare (≥1/10,000 to <1/1,000) and very rare (<1/10,000). Within each frequency grouping, adverse reactions are presented in order of decreasing seriousness. **Adverse reactions in clinical trials** Daklinza + sofosbuvir + ribavirin (N=203) Blood and lymphatic system disorders: very common: anaemia/ Metabolism and nutrition disorders: common: decreased appetite/ Psychiatric disorders: common: insomnia, irritability/ Nervous system disorders: very common: headache – common: dizziness, migraine/ Vascular disorders: common: hot flush/ Respiratory, thoracic and mediastinal disorders: common: dyspnoea, dyspnoea exertional, cough, nasal congestion/ Gastrointestinal disorders: very common: nausea – common: diarrhoea, vomiting, abdominal pain, gastroesophageal reflux disease, constipation, dry mouth, flatulence/ Skin and subcutaneous tissue disorders: common: pruritus, dry skin, alopecia, rash/ Musculoskeletal and connective tissue disorders: common: arthralgia, myalgia/ General disorders and administration site conditions: very common: fatigue. Daklinza + sofosbuvir (N=476) Psychiatric disorders: common: insomnia/ Nervous system disorders: very common: headache – common: dizziness, migraine/ Gastrointestinal disorders: common: nausea, diarrhea, abdominal pain/ Musculoskeletal and connective tissue disorders: common: arthralgia, myalgia/ General disorders and administration site conditions: very common: fatigue. Laboratory abnormalities In clinical studies of Daklinza in combination with sofosbuvir with or without ribavirin, 2% of patients had Grade 3 haemoglobin decreases; all of these patients received Daklinza + sofosbuvir + ribavirin. Grade 3/4 increases in total bilirubin were observed in 5% of patients (all in patients with HIV co-infection who were receiving concomitant atazanavir, with Child-Pugh A, B or C cirrhosis, or who were post-liver transplant). Description of selected adverse reactions Cardiac arrhythmias Cases of severe bradycardia and heart block have been observed when Daklinza is used in combination with sofosbuvir and concomitant amiodarone and/or other drugs that lower heart rate (see sections 4.4 and 4.5 of SmPC). Paediatric population The safety and efficacy of Daklinza in children and adolescents aged <18 years have not yet been established. No data are available. Reporting of suspected adverse reactions Reporting suspected adverse reactions after authorisation of the medicinal product is important. It allows continued monitoring of the benefit/ risk balance of the medicinal product. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions via the Federal Agency for Medicines and Health Products. Division Vigilance Eurostation II Place Victor Horta 40, boîte 40. B-1060 Brussels, Site internet: www.afmps.be, e-mail: adversedrugs@afmps.be. **7. MARKETING AUTHORISATION HOLDER Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG Uxbridge Business Park Sanderson Road Uxbridge UB8 1DH United Kingdom** **8. MARKETING AUTHORISATION NUMBER(S) EU/1/14/939/001 EU/1/14/939/003** Medicine under medical prescription. Creation date January 2016



EXTENSION REIMBURSEMENT CRITERIA AS OF JANUARY 1, 2017

Genotype 1-6 AND extension to F2 AND F0-F1
for certain patient populations

Dosages	Public Price
Daklinza® 30 mg 1x28 tablets, blist.	€ 9760,48
Daklinza® 60 mg 1x28 tablets, blist.	€ 9760,48



**WITH DAKLINZA®,
THE FIRST NS5A
INHIBITOR AS YOUR ALLY,
YOU CAN ACHIEVE CURE*...**



- For the majority of your HCV patients, including those with high unmet needs^{1,2}
- Thanks to a potent, **MULTI GENOTYPIC** activity^{1,2}
- In an all-oral, Interferon-free, combination^{1,2}

1. Daklinza® (daclatasvir) Summary of Product Characteristics. [insert local details] Bristol-Myers Squibb Company; March 2014. 2. Sulkowski MS, Gardiner DF, Rodriguez-Torres M *et al.* Daclatasvir plus sofosbuvir for previously treated or untreated chronic HCV infection. *N Engl J Med.* 2014;370:211-221. 3. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol.* 2014;60:392-420. 4. Swain MG, Lai MY, Shiffman ML, *et al.* A sustained virologic response is durable in patients with chronic hepatitis C treated with peginterferon alfa-2a and ribavirin. *Gastroenterology.* 2010;139:1593-1601.



© 2014 Bristol-Myers Squibb Company
DAKLINZA® is a registered trademark of Bristol-Myers Squibb and its affiliates



■ ZEBRA ACADEMY ■

La télémédecine embarquée dans l'ambulance

Zebra Academy compte parmi les rares projets pilotes en e-Santé retenus par la ministre Maggie De Block auxquels participent des hôpitaux francophones. Issu de l'initiative de neurologues de la VUB et de l'UZ Brussel pour améliorer la prise en charge pré-hospitalière de l'AVC, le dispositif télé-médical de la jeune spin-off devrait intégrer 4 ambulances dans les prochaines semaines et desservir l'UZ Brussel, l'hôpital Erasme, les Cliniques universitaires Saint Luc et l'UZ Antwerpen. Entretien avec Bastien Ritzen, le CEO de Zebra Academy.

Comment est né Zebra Academy?

Bastien Ritzen: Zebra Academy est le résultat d'un projet de recherche et développement conjoint de l'UZ Brussel et de la VUB qui a démarré il y a un peu plus de 4 ans à l'initiative du département de neurologie. Les neurologues réfléchissaient à la manière dont il serait possible de rassembler les indications et données critiques sur l'état d'un malade potentiellement victime d'un AVC durant le trajet ambulancier, et de partager ces données avec le staff de l'hôpital afin de gagner un maximum de temps pour le patient. Comme chacun le sait, dans la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, le facteur temps est essentiel puisque chaque minute perdue peut signer la disparition de quelques 2 millions de neurones avec les conséquences délétères que l'on imagine sur la santé des patients à court et à long terme. Après avoir regardé ce qui était disponible sur le marché et constaté l'absence de solutions adéquates, une recherche et développement a été lancée, financée par Innoviris (ndlr: l'institut bruxellois de promotion et de soutien à l'innovation technologique).

Concrètement comment fonctionne ce nouveau dispositif télé-médical?

B.R.: Il y a deux parties au dispositif: le hardware installé dans l'ambulance et la plateforme web. Le hardware intégré dans l'ambulance se compose d'une caméra audio-vidéo, d'un lecteur de carte d'identité, et offre la possibilité de se connecter en bluetooth avec les dispositifs médicaux disponibles dans l'ambulance. Souvent on me demande pourquoi avoir installé un dispositif spécifique là où l'on aurait pu fournir une tablette au staff ambulancier. La raison est que le hardware est conçu de manière à minimiser les interactions avec le staff ambulancier qui est présent pour s'occuper du patient et non de la technologie (par exemple: le staff ambulancier doit uniquement appuyer sur un bouton et le hardware se lance automatiquement;

Les fondateurs: de gauche à droite et de haut en bas Helio Fernandez, André Convents, Dr. Guy Nagels, Dr. Raf Brouns, Bastien Ritzen.



la caméra et l'écran sont placés de manière à rendre la discussion possible directement entre le patient et le médecin qui est à distance). Techniquement, ce choix impose un placement précis de l'angle de la caméra disposée sous l'écran, qui permette au médecin d'avoir une bonne vue sur le patient. De son côté, le médecin hospitalier se connecte à une plateforme web qui d'une part, le met en contact audio-visuel avec le patient dans l'ambulance et, d'autre part, lui offre un support d'aide à la décision. Ce support est composé de différentes tables qui permettent, entre autres, d'enregistrer les données de base relatives au patient (nom, prénom, heure

de l'incident), et sur base de 16 questions validées scientifiquement, d'évaluer la possibilité qu'il s'agisse d'un AVC et sa sévérité. Grâce à ces données, le médecin peut établir un premier diagnostic et préconiser une prise en charge à l'hôpital. Un rapport est automatiquement créé et partagé avec le staff hospitalier qui peut sans tarder organiser la suite des soins: enregistrer le patient, prévenir le neurologue de garde et le radiologue qui doit procéder au scanner...

Si la plateforme a démarré avec les AVC, le support d'aide à la décision pourrait être adapté à d'autres situations critiques tels que les traumatismes ou les infarctus par exemple. Le dispositif pourrait également

s'inscrire dans la logique de spécialisation des hôpitaux mis en réseaux, en fonctionnant comme centre de tri des patients qui seraient orientés vers la structure de soins la plus adéquate selon la pathologie et sa sévérité.

Quels sont les contours du projet pilote?

B.R.: Le projet pilote se fait avec l'UZ Brussel, l'Hôpital Erasme, les Cliniques universitaires Saint Luc et l'UZ Antwerpen. Il est en phase de démarrage et d'ici quelques semaines les ambulances équipées du dispositif devraient entrer en fonction.

Qu'en est-il du remboursement des prestations?

B.R.: Le projet pilote que nous avons rentré s'accompagne d'un schéma de remboursement qui couvre l'ensemble des coûts (télémédecine, médecin, ambulanciers, etc.) et qui doit être testé. Il faut pouvoir montrer la valeur ajoutée du projet en termes de résultats cliniques et de réduction des coûts (hospitalisation et révalidation moins longues et moins lourdes, suivi facilité, etc.).

Vous participez également comme répondant technique à un autre projet pilote, beroertecoach. De quoi s'agit-il?

B.R.: Beroertecoach assure le suivi, par téléconsultation, des patients qui ont eu un AVC. Ce suivi s'effectue via notre plateforme web et ses outils audiovisuels, et intègre à nouveau le support d'aide à la décision d'une part, pour structurer la discussion avec le patient et, d'autre part, générer automatiquement un rapport qui sera introduit dans le dossier médical informatisé du patient. C'est une autre application de notre solution qui pourrait, elle aussi, nous ouvrir de nouveaux horizons...

V.K.

JOB Health

Le 1^{er} service de recrutement
100% dédié à la santé

Augmentez vos chances de trouver le bon candidat!

Jobhealth® publie vos annonces de recrutement dans tous
nos médias, ainsi que sur notre site www.jobhealth.be



NOUVEAU!
INSÉREZ
VOS OFFRES
AUSSI DANS NOTRE
NEWSLETTER



JOB Health

Contactez-nous sans plus attendre!

Natalie Van de Walle - n.vandewalle@rmnet.be - T. 02 785 05 44

Que coûte vraiment résidence secondaire à

Recharger vos batteries lors d'un week-end? Rencontrer de nouvelles personnes? Vivre de fantastiques vacances? Qui n'a jamais rêvé d'une maison à l'étranger? Actuellement, plus de 170.000 Belges ont franchi le cap et possèdent un bien immobilier dans un pays comme l'Espagne, la France ou l'Italie. Selon la région, une résidence secondaire présente de multiples avantages. Toutefois, une telle décision ne se prend pas à la légère. Les variables à étudier sont nombreuses: la fiscalité du pays, les possibilités d'emprunt, la succession, etc. Marleen De Vijt, directrice de l'agence immobilière Azull, Alexandre Missal, avocat chez Cazimir, et Alain Lacourt, consultant en ingénierie patrimoniale auprès de Lacourt PatrimoniA, nous parlent du régime fiscal des résidences secondaires à l'étranger.

Les Belges sont-ils friands de résidences secondaires à l'étranger?

Marleen De Vijt: Oui, sans aucun doute. Compte tenu de la densité de population du pays, les Belges sont champions en Europe pour l'achat d'un bien immobilier en Espagne. Pour 2016, nous avons recensé 403.743 ventes en Espagne, dont 3.243 acquisitions faites par des Belges, soit une augmentation de 11,6% par rapport à 2015.

Alain Lacourt: Rien que pour la France, nous comptons chaque année environ 10.000 transactions (tous biens confondus) faites par des Belges. Il faut se rendre compte que les 11.000.000 de Belges ont plus de secondes résidences en France que les 80.000.000 d'Allemands ou que les 18.000.000 de Néerlandais.

Certaines destinations sont-elles plus prisées que d'autres? Constate-t-on une évolution au cours des 10 dernières années?

M.D.V.: Les Belges sont très présents en Espagne. Leurs destinations préférées sont la Costa Del Sol, la Costa Blanca et Tenerife. Pour l'année 2008, nous comptons environ 670 acquisitions immobilières à l'étranger effectuées par des Belges. En 2013, on atteignait 2.666 opérations. Aujourd'hui, nous en comptons plus de 3.000 par an.

Alexandre Missal: L'Espagne et la France sont très prisées. Le Portugal est également populaire, car le pays propose un régime fiscal intéressant. Il ne connaît pas l'impôt sur la fortune et, de manière limitée, l'impôt sur la succession. Actuellement, nous avons des demandes pour des résidences secondaires un peu partout dans le monde.

L'acquisition d'une résidence secondaire à l'étranger s'envisage-t-elle avant tout comme un investissement?

M.D.V.: Tout dépend de la situation individuelle de l'acheteur et du pays choisi. Traditionnellement, les francophones acquièrent une résidence secondaire pour passer les vacances ou la louer. Pour les néerlandophones, ce sera surtout un achat plaisir.

A.L.: C'est un investissement dans la pierre. Au regard des conditions et du niveau très bas des taux d'intérêt, il est préférable d'investir dans une résidence secondaire que d'avoir de l'argent qui dort sur un compte en banque.

Est-il possible de faire de bonnes affaires?

M.D.V.: Oui, principalement en achetant un bien qui n'est pas encore construit. Nous estimons l'avantage à 10%. Les saisies bancaires sont moins évidentes, car les banques ne demandent pas toujours les prix du marché mais des prix plus élevés. En 2017 ou 2018, une nouvelle augmentation de la TVA à 12 voire 14% est fort probable en Espagne. Il ne faut donc pas attendre pour acquérir un bien immobilier.

A.L.: Il y a 10 ans, nous courrions derrière les prix. Actuellement, le marché est revenu dans les mains de l'acheteur. Il propose un prix inférieur à celui demandé et attend que le vendeur s'aligne. La probabilité qu'un autre acheteur pose une surenchère est désormais très faible.



Pour un indépendant qui dispose d'un capital à investir ou qui touchera un capital lors de sa pension, quels sont les avantages à envisager lors de l'achat d'une résidence secondaire à l'étranger?

A.M.: L'Espagne se compose de 17 régions autonomes, donc 17 régimes fiscaux différents. Les avantages ne sont pas identiques dans chaque région et pour chaque individu. Ce qui est bien pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre.

A.L.: Les avantages dépendent du pays et de ce que l'acheteur recherche, de son capital de départ, etc. Les prix varient fortement d'un pays à l'autre. En France, il est possible d'éviter les droits de succession mais les impôts régionaux sont élevés.

Quels sont les points auxquels il faut être attentif au moment d'envisager une acquisition à l'étranger?

M.D.V.: Toujours désigner un notaire et un avocat spécialisé dans l'immobilier, car ils exercent des tâches différentes. Le notaire ne fera aucune recherche, sa fonction est plus limitée qu'en Belgique. Quant à l'avocat, il se renseignera sur l'hypothèque du bien, les dettes, etc. Il est impératif de ne jamais payer d'avance à un agent immobilier ou de verser un acompte sur une vente car cela ne donne aucune garantie sur l'acquisition finale.

A.L.: Vous devez analyser les lois de chaque pays. En Espagne, il faut être attentif si vous êtes bien propriétaire du terrain, des charges, des aspects fiscaux. La fiscalité de la résidence secondaire est toujours celle du pays dans lequel se trouve le bien.

«Il faut éviter de regarder un pays étranger avec des lunettes fiscales belges.»

Cependant, lorsqu'un Belge achète un bien à l'étranger, il est tenu d'en déclarer les revenus en Belgique. En matière de succession, les droits restent dus en Belgique, avec imputation des droits déjà payés à l'étranger.

Les banques belges prêtent-elles pour des acquisitions à l'étranger?

M.D.V.: Oui, avec une garantie sur un bien ou un portefeuille de titres en Belgique. Il existe toutefois des banques espagnoles qui ont établi un bureau à Bruxelles. Il est alors possible d'acquiescer un bien espagnol en contractant un crédit soumis à la législation belge, avec une garantie hypothécaire en Espagne.

A.M.: Il n'y a pas de restrictions sur le sujet. Néanmoins les banques resserrent de plus en plus leurs conditions. De plus, l'hypothèque ne sera jamais prise sur un bien à l'étranger, mais toujours sur un bien en Belgique. Eventuellement, il est possible de faire appel à une banque étrangère qui prendra une garantie sur le bien à l'étranger.

une l'étranger?



Faut-il montrer plus de garanties que pour un achat en Belgique?

M.D.V.: Non, pas spécialement. La banque doit avoir la garantie qu'il vous sera possible de rembourser. Dans certains cas, elle demandera 100 ou 50% de garantie. En Espagne, il n'est pas possible d'emprunter plus de 80% de la valeur du bien. En général, pour une seconde résidence, le Belge n'emprunte pas plus de 50% du montant total.

A.L.: La banque analyse la situation financière du client. Dans le cas d'un médecin au milieu de sa carrière, les banques peuvent estimer qu'il gagne bien sa vie et que sa résidence principale est déjà remboursée en grande partie. Si le même médecin contracte un emprunt en fin de carrière, on peut estimer que c'est parce qu'il a besoin de liquidités à court terme et qu'il attend de toucher une assurance groupe ou le produit de la vente d'un bien. Il n'empruntera plus pour rembourser avec des rémunérations ultérieures.

Quelles sont les différentes formules de crédit envisageables?

M.D.V.: En Espagne, ce sont des taux à intérêts variables, plus élevés qu'en Belgique. Les taux fixes y sont peu fréquents. Dès lors, il est plus intéressant d'emprunter pour un crédit à court terme. Parfois, certains acheteurs ne disposent pas de l'intégralité de l'argent pour l'achat, car ils doivent encore vendre un bien. Dans ce cas, la banque propose un prêt relais; c'est un crédit immobilier destiné à financer un nouveau logement en attendant la vente d'un bien. La banque avance entre 50 et 80% de la valeur du bien à vendre pour une durée de 1 à 2 ans. Une fois vendu,

l'emprunteur remboursera le prêt dans son intégralité: le capital et les intérêts dus pendant la durée de l'emprunt.

A.M.: Pour les indépendants, il existe le crédit bullet, aussi appelé crédit à terme fixe ou crédit in fine. Il se distingue du prêt traditionnel par le fait que vous remboursez seulement les intérêts durant la durée du crédit. Le capital est remboursé dans son intégralité lors de l'échéance finale, au bout de 10 à 20 ans. Il se reconstitue par le biais de l'assurance vie, l'épargne pension, etc. Ce type de crédit permet d'alléger les mensualités, qui servent à rembourser les intérêts et les primes d'assurance liées au prêt. Il est fiscalement avantageux.

A.L.: Il est effectivement possible d'emprunter en mettant son engagement individuel de pension (EIP) en caution. Cette formule est souvent recommandée, car elle présente un certain attrait sur le plan fiscal. Néanmoins, le taux d'intérêt supporté sur ce type de crédit est plus élevé que sur un emprunt classique. Ce qui est économisé comme impôt est payé en intérêts.

Certains pays sont-ils plus avantageux ou plus pénalisants que d'autres sur le plan fiscal?

A.M.: En général, les impôts seront plus élevés à l'étranger. Par exemple en Belgique, les revenus locatifs ne sont pas

taxés. En France, il y a un impôt sur la fortune, une taxation sur la plus-value. Ce sont tous des éléments à prendre en compte.

Y a-t-il des pièges fiscaux à éviter à tout prix?

M.D.V.: Lorsque vous décidez d'acheter une résidence secondaire, il est primordial de vous renseigner aussi bien sur la loi belge que sur la loi du pays d'achat. En Espagne, il faut être prudent avec les revenus locatifs, car ce sont des rendements bruts auxquels il faut soustraire les frais communs, taxes immobilières espagnoles, taxes de revenu, eau, électricité, internet, etc.

A.M.: Il faut éviter de regarder un pays étranger avec des lunettes fiscales belges. Par exemple, un bien immobilier peut être acheté en société à l'étranger et mis à votre disposition en tant qu'administrateur de la société. En procédant de la sorte, vous serez taxé sur un avantage de toute nature (ATN) en Belgique. En France, c'est un peu plus complexe: comme c'est la société qui met ce bien à votre disposition, elle obtient des revenus locatifs fictifs et sera également taxée en France. C'est une double imposition.

A.L.: Vous devez faire attention aux achats scindés: usufruit et nue-propiété. C'est une opération qui exige la plus grande prudence car la loi belge et la loi étrangère peuvent s'appliquer simultanément.

Comment inclure une résidence secondaire à l'étranger dans la planification d'une succession ou d'une donation?

M.D.V.: Le mieux est d'inclure les enfants dès l'acquisition de la résidence en l'achetant à leur nom. Concrètement, cela signifie que les parents achètent l'usufruit et jouissent du bien, tandis que les enfants achètent la nue-propiété du même bien. Il est possible d'établir un contrat de location à long terme pour s'assurer que les enfants ne vendent pas tant que vous êtes en vie. Au décès des usufruitiers, la propriété reviendra aux enfants dans sa totalité. En Belgique, cela se fait sans frais supplémentaires. En Espagne, cette démarche n'est pas intéressante, car les droits de succession sont élevés. En effet, les héritiers paieront des droits d'enregistrement sur leur part.

Un résident belge peut-il planifier sa succession en incluant des biens immobiliers à l'étranger auprès d'un notaire belge? Ou doit-il obligatoirement transiter par un notaire sur place?

M.D.V.: Il est primordial de planifier la succession avec un notaire belge et un notaire à l'étranger. Il est possible d'établir un second testament à l'étranger pour ce bien. Le document belge prouvant le décès sera transféré dans le pays de la résidence secondaire.

A.M.: Dans 95% des cas, il faut passer par un notaire belge et un notaire sur place. Pour une donation, tout doit être enregistré auprès du cadastre dans le pays où se trouve le bien.

Si je décide d'établir mon domicile à l'étranger, par exemple pour ma retraite, quelles conséquences cela peut-il avoir sur les droits de succession au moment de mon décès?

M.D.V.: Pour l'administration belge, si une personne passe toute sa vie en Belgique et qu'elle possède des biens à l'étranger, il y aura des droits de succession sur l'ensemble de ses biens. Les tarifs sont déterminés par les Régions. Si vous établissez votre domicile à l'étranger et que vous ne possédez plus aucun bien en Belgique, c'est le lieu de la dernière résidence du défunt qui détermine la législation applicable à l'ensemble des biens de la succession. Lors de l'héritage en Espagne, les possessions espagnoles des héritiers ont un impact sur le taux à payer: plus ils sont riches et plus le taux de succession sera élevé. En Belgique, ce n'est pas le cas.

A.L.: Grâce à un nouveau règlement européen entré en vigueur le 17 août 2015, vous pouvez demander d'appliquer la loi de votre nationalité sur l'entièreté de vos biens (mobiliers et immobiliers). Cette démarche doit s'inscrire dans l'acte d'acquisition ou dans un acte ultérieur. ■

Céline Demaret

■ SUITE DU FOCUS PARU DANS NOTRE ÉDITION PRÉCÉDENTE ■

Cancer de la prostate: les chiffres (2/2)

Mortalité par cancer de la prostate

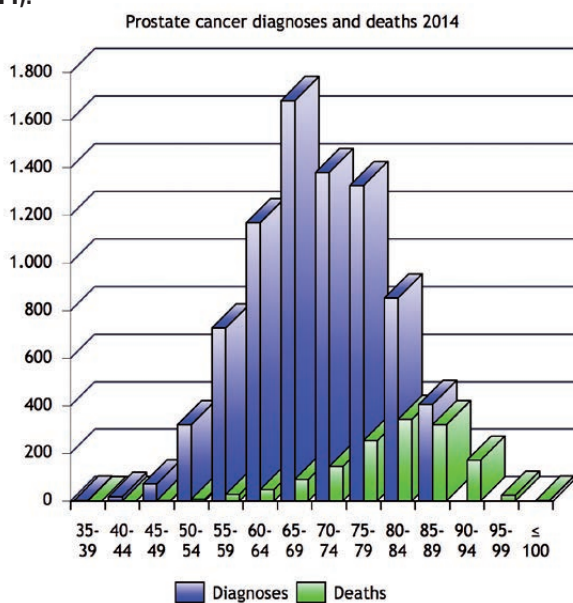
Chaque traitement du cancer de la prostate n'est malheureusement pas couronné de succès et il y a chaque année un plus grand nombre d'hommes qui meurent du cancer de la prostate que de citoyens décédant dans un accident de la circulation.

La **figure 1** présente côte à côte et selon l'âge les diagnostics de cancer de la prostate et la mortalité par cancer de la prostate.

En 2014, 1.430 hommes sont morts du cancer de la prostate et un bien plus grand nombre d'autres sont décédés d'autres causes. La tranche d'âge de 80-84 ans est celle dans laquelle le plus grand nombre d'hommes décèdent du cancer de la prostate. Il ressort de la comparaison de l'âge lors du diagnostic et de l'âge lors du décès qu'il s'écoule en moyenne 15 ans entre le diagnostic et le décès (65-69 ans pour le nombre maximal de diagnostics et 80-84 ans pour le nombre maximal de décès).

Si nous prenons ensuite, par approximation, le nombre de décès spécifiques du cancer de la prostate et le nombre de diagnostics, il s'avère que 18% des hommes diagnostiqués décèdent du cancer de la

Figure 1: Diagnostics et mortalité par cancer de la prostate. En bleu, diagnostics et, en vert, mortalité par catégories d'âge, diagnostics jusqu'à 90 ans (2014).



prostate. Si nous prenons, à titre d'exercice, le nombre de diagnostics de stade I et de diagnostics sans données 33,13% comme stade I, il reste 4.848 diagnostics avec un risque moyen à élevé et la mortalité de ceux-ci pourrait alors atteindre 29,5%, ce qui n'est pas négligeable.

Conclusion

La Belgique est un pays où beaucoup de données chiffrées concernant les maladies les plus diverses peuvent être trouvées si l'on cherche bien. Cela est également valable pour le cancer de la prostate.

Nous pouvons déduire dans les grandes lignes des données disponibles que les médecins (urologues) belges sont très circonspects avant d'effectuer une biopsie chez un homme. Avec un score positif de près de 70%, dont tout de même un tiers est au stade I, une amélioration est encore possible, mais cela devient difficile. C'est la version positive, où l'on présume que le résultat ultime sera de 100% de biopsies positives, mais nous avons alors la certitude que des cancers n'auront pas été détectés. Quant à savoir quel pourcentage peut être jugé raisonnable, nous l'ignorons, mais pour le cancer du sein, il est question d'environ un tiers de biopsies positives, ce qui paraît acceptable. Ce résultat serait-il également raisonnable pour le cancer de la prostate?

Le fait que des patients jeunes soient plus fréquemment diagnostiqués à un stade plus élevé n'est pas bon signe et pourrait être lié au fait que cette catégorie d'âge ne se soumet pas à un test systématique. Il serait temps de réfléchir à nouveau à un dépistage bien organisé, susceptible de faire baisser le nombre de décès spécifiques du cancer de la prostate. ■

Erik Briens PhD

Références, les données proviennent de l'Inami, du Registre du Cancer et du ministère des Affaires économiques.

ÉDITORIAL ■

Les soins de santé: en partenariat, sinon rien?

Travailler en partenariat est le nouveau mantra dans la pratique de la médecine et les soins de santé. Les hôpitaux doivent collaborer, voire fusionner, tout comme les services. Le but ultime est de parvenir à des soins à la fois plus performants et abordables pour l'ensemble de la population. Dans le secteur des laboratoires, ce mouvement est déjà en marche depuis longtemps.

Sur plus de 1.000 laboratoires dénombrés il y a 25 ans, il en reste moins de 250 aujourd'hui.

De nombreux laboratoires (privés) pour patients ambulatoires ont fusionné pour former de vastes groupes efficaces, capables d'assurer la mise en œuvre de techniques et d'équipements de plus en plus coûteux, mais aussi de programmes de promotion de la qualité.

Les associations de patients encouragent elles aussi cette tendance: c'est particulièrement vrai dans la prise en charge du cancer, car il n'est pas tenable que chaque hôpital veuille traiter chaque type de cancer. Si l'on ne considère que les cancers rares, dont le nombre est déjà supérieur à 250, il est évident que cet objectif n'est

pas réaliste. Mais même pour les «grands cancers» comme les cancers du sein et de la prostate, il est exclu que chaque hôpital puisse tous les traiter à l'avenir. Il existe un besoin de réseaux d'expertise. Les soins seront mis à disposition dans ces réseaux et toutes les modalités de traitement possibles y seront rassemblées. Ces modalités pourront être proposées au sein du réseau. En d'autres termes, le médecin traitant ne se verra pas privé de ses patients ni de son gagne-pain, mais seuls les meilleurs chirurgiens pourront encore opérer en concertation.

Pour le cancer du sein, cela a même déjà fait l'objet d'une loi. Dès 2009, le KCE (rapport KCE 113A) avait conclu, pour le cancer du sein, que des améliorations au niveau des résultats chirurgicaux et d'autres paramètres étaient constatées dans les centres traitant chaque année de nombreux cas ou de très nombreux cas. Dans un arrêté royal du 26 avril 2013, la ministre fédérale a dès lors imposé un minimum de 150 nouveaux patients par an et un minimum de 50 interventions par médecin. Malheureusement, ces chiffres ont été revus à la baisse ultérieurement. Les patients comprennent qu'après les

longues études que les médecins ont suivies, ils doivent pouvoir gagner leur vie correctement, mais ils refusent que cela se fasse au détriment de leur qualité de vie en tant que patients traités.

Des associations de patients telles que *Borstkanker-Vlaanderen* (www.borstkanker-vlaanderen.be) et *Wij-Ook* (cancer de la prostate) (www.wijook.be) militent activement pour le développement de ces réseaux d'expertise, au sein desquels des spécialistes de toutes disciplines vont collaborer dans le seul but de fournir des soins optimaux aux patients. À cet égard, ils ne visent nullement l'exclusion de spécialistes mais bien l'inclusion de quiconque est déterminé à poursuivre les objectifs fixés.

Les soins associés au cancer peuvent être en grande partie pris en charge et suivis par un médecin généraliste proche du patient, après concertation avec l'équipe soignante pluridisciplinaire dans le réseau d'expertise. Chacun – tant le patient que le clinicien – doit se sentir bien dans le système de partenariat, sinon celui-ci ne fonctionnera malheureusement pas.

Citons un exemple récent dans le domaine de la haute technologie: la protonthérapie. Vous trouverez ci-après des informations plus détaillées sur ParTICLe, le nouveau centre de protonthérapie dont la construction est en cours sur le site de l'UZ Leuven. Il s'agit d'une technique thérapeutique hautement spécialisée, réservée à un nombre limité d'indications. La Belgique n'a donc nul besoin de 10 installations de ce type. C'est pourquoi la ministre Maggie De Block a souligné, lors de l'inauguration de ParTICLe, qu'il s'agissait d'un bel exemple de partenariat entre centres universitaires et hôpitaux liés, même par-delà les frontières linguistiques et autres. Lorsqu'une technologie est très onéreuse mais cependant souhaitable sur le plan clinique, des choix doivent être faits. Et c'est ce qui s'est passé ici.

Notons cependant que tout le monde ne s'est pas joint à ce partenariat: du côté francophone, les universités de Bruxelles (ULB), Liège, Namur et Mons, avec le soutien de la Région wallonne, ont décidé de créer leur propre centre de protonthérapie à Charleroi. En conséquence, il existera bientôt (2019-2020)

en Belgique deux centres actifs de protonthérapie, qui voudront éventuellement attirer les mêmes patients car une infrastructure aussi coûteuse nécessite une certaine rentabilité. Ajoutons à cela

que les Pays-Bas aussi envisagent de lancer prochainement leurs projets en matière de protonthérapie: pas moins de quatre centres sont prévus, comportant chacun plus d'une salle de traitement.

Les partenariats sont indispensables pour assurer des soins de santé optimaux, mais ils donnent également lieu à des situations complexes. Surtout lorsque le monde politique est à l'affût. ■

Erik Briers PhD

ParTICLe: premier patient attendu à l'automne 2019

La protonthérapie n'est pas une nouvelle technique, mais elle continue d'évoluer. C'est une forme de radiothérapie anticancéreuse qui s'avère particulièrement onéreuse, mais qui peut être très efficace. La sélectivité est indispensable. Et comme les coûts sont extrêmement élevés, des partenariats sont de mise. Le centre de protonthérapie de Louvain est le fruit d'une coopération qui incluait au départ les deux universités «louvanistes», à savoir la KUL et l'UCL, avec leurs hôpitaux respectifs, l'UZ Leuven et les Cliniques universitaires Saint-Luc. Plus tard, les hôpitaux universitaires de Gand (UZ Gent),

d'Anvers (UZ Antwerpen) et de Bruxelles (UZ Brussel) se sont ajoutés, emmenant dans leur sillage tous leurs centres hospitaliers affiliés. Par conséquent, presque tous les hôpitaux de Flandre, de Bruxelles et (en partie) de Wallonie pourront faire appel aux services du centre. Bien entendu, il existe aussi un partenariat avec le gouvernement car il serait difficile de s'en passer. Par ailleurs, il est d'ores et déjà établi que le patient pourra être pris en charge dans son service oncologique habituel pour les préparations nécessaires à la protonthérapie, à condition qu'un médecin formé à cette technique soit disponible.

Pourquoi les protons?

Les protons ne sont pas comparables aux photons, dont l'utilisation est plus classique. Les protons sont les noyaux des atomes d'hydrogène, des particules chargées ayant une masse équivalente à un. Cela présente des avantages importants dans l'application. Du fait qu'il s'agit de particules chargées, elles peuvent être accélérées plus efficacement dans un synchrocyclotron, jusqu'à atteindre presque toute énergie souhaitée. En utilisant des champs électromagnétiques, il est possible de rendre ces faisceaux mono-énergétiques, et ils peuvent en outre être dirigés via un tube sur de longues distances pour atteindre une cible précise. Un autre aspect important est que via la manipulation des mêmes champs, un faisceau de protons peut être rétréci en un faisceau très mince (*pencil beam*), qui sera utilisé dans un contexte thérapeutique.

En soi, ce processus est déjà difficilement réalisable avec des photons (difficile ne voulant pas dire impossible, bien sûr), mais il y a plus. Le deuxième problème majeur lié aux photons est de parvenir à appliquer la dose thérapeutiquement active sur la cible sans léser toute la zone environnante. Avec la protonthérapie, l'interaction entre la matière (tissu) et les particules à haute énergie vient à point. Les protons perdent leur énergie grâce aux interactions avec le nuage d'électrons entourant les noyaux. Les nuages d'électrons sont suffisamment concentrés, alors que pratiquement rien n'entoure les noyaux, les électrons se trouvent à une distance relativement grande. La densité du matériau traversé par le faisceau joue évidemment un rôle. Mais tous les protons subissent statistiquement les mêmes processus et perdent progressivement leur énergie jusqu'au moment où ils s'arrêtent à un certain endroit, mais ils le font presque tous à la même profondeur. Du fait que ces protons n'étaient pas tous chargés d'une même quantité d'énergie au départ et qu'il existe bien entendu des différences statiques dans leur perte d'énergie, cette position ne s'apparente pas à un fin trait mais à un pic, le pic de Bragg (Figure 1).

Supériorité des protons

En résumé: le faisceau peut être rendu techniquement extrêmement étroit, et l'énergie est alors libérée dans une zone très réduite, ce qui permet de laisser intacts les tissus traversés par le faisceau en amont et en aval de l'organe cible. Il y aura donc moins de dommages collatéraux. Cette prouesse n'est pas possible avec les photons qui perdent leur énergie par absorption.

Indications

Nous abordons ici le point le plus important. Une technologie coûteuse qui n'est disponible qu'en quantité limitée

radiothérapie classique par photons est largement suffisante.

Des indications claires ont néanmoins déjà été avancées. Les cancers concernés comprennent les tumeurs localisées dans des endroits difficiles d'accès et entourées de tissus fragiles, en particulier le cerveau, les voies nerveuses, les ganglions... et bien entendu aussi les cancers affectant des patients vulnérables, comme les enfants.

Personne ne contestera qu'il faille accorder la priorité de la protonthérapie (actuellement seulement disponible à l'étranger) au traitement des enfants

du nerf optique ou de la colonne vertébrale. De même, les tumeurs dites «de la tête et du cou» peuvent aussi être éligibles, mais les indications feront certainement encore l'objet de recherches.

Et les grands cancers?

Dans les cancers de la prostate et du sein, la protonthérapie n'est indiquée que dans peu de cas, même si les lésions nerveuses associées par exemple au cancer de la prostate ont déjà été bien documentées à cet égard. Il peut cependant exister des situations où une métastase mal située, quelque part dans l'os, pourra être traitée par une protonthérapie de courte durée, mais des recherches ultérieures devront confirmer cette hypothèse. Un grand nombre des cancers de la prostate déjà traités par protonthérapie (aux États-Unis) ne présentaient au départ qu'un risque faible à très faible, ce qui peut naturellement expliquer les bons résultats observés...

Recherche

Une particularité du centre de protonthérapie de Louvain tient au fait qu'il est équipé d'un deuxième bunker contenant son propre synchrocyclotron et un faisceau de particules horizontal qui permet de mener des recherches sans interférer avec le traitement des patients. Ces équipements pourront être utilisés sur la base de projets par toutes les universités partenaires. Si nécessaire, cette installation pourra être convertie en une salle de traitement normale permettant de doubler la capacité du centre.

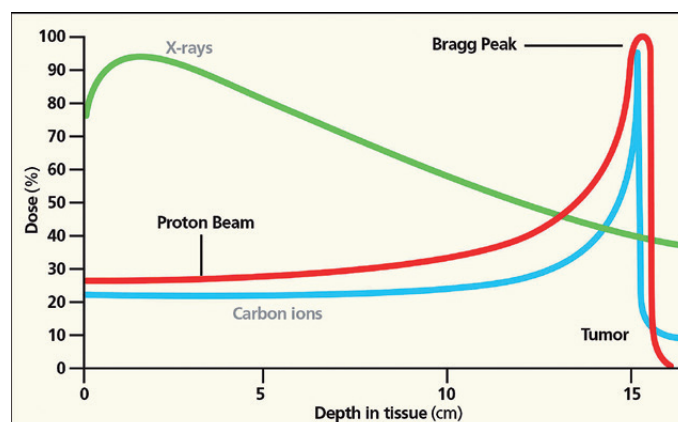
Conclusion

ParTICLe peut devenir un bel exemple de collaboration future dans le traitement du cancer. Nous devons accepter qu'il est impossible que tous les hôpitaux traitent leurs patients en s'appuyant uniquement sur leurs ressources propres.

Le travail se fera en partenariat ou... ne se fera pas. ■

Dr Erik Briers

Figure 1: Le pic de Bragg – Les rayons X sont des photons qui, conformément aux lois de l'optique, perdent progressivement leur énergie par absorption. Par conséquent, une partie importante de l'énergie est libérée en amont et en aval de la tumeur. Les particules (protons et ions carbone) perdent leur énergie principalement par des interactions avec les électrons et s'arrêtent dans la tumeur: c'est ce que l'on appelle le pic de Bragg. Plus la particule est lourde, plus le pic sera étroit.



doit impérativement être utilisée de manière optimale. Étant donné les propriétés remarquables de la protonthérapie, on pourrait en fait décider de l'utiliser pour tous les patients et dans tous les cas, mais ce serait déraisonnable. Dans la plupart des cancers, la radiothérapie par faisceaux de photons s'avère très efficace et même optimale. Comme toujours, des études cliniques sont nécessaires pour déterminer quand la protonthérapie est indiquée et quand la

atteints d'une tumeur au cerveau. La radiothérapie classique par photons coûte en effet à ces enfants plus de 15 points de leur intelligence (QI): pour un sujet moyen, cela représente une chute d'un QI de 100 à un QI de 85, une différence considérable et irréversible.

Mais outre le cerveau, d'autres tumeurs et localisations vont constituer des indications primaires pour la protonthérapie. Par exemple, les tumeurs proches

■ RÉUNION ANNUELLE DE L'ABEFORCAL ■

Allergie aux arthropodes, induction de tolérance à l'arachide et score de sévérité de l'allergie alimentaire

Association spécialisée en allergologie, l'Abeforcal a notamment pour but d'informer et promouvoir les activités autour de l'allergologie, d'organiser des conférences sur le sujet et de créer des ateliers interactifs. C'est un résumé des présentations effectuées par les orateurs étrangers invités à la réunion de mars qui vous est présenté ici à travers les abstracts fournis par les auteurs.

Les réactions de type allergique aux piqûres et morsures d'arthropodes

Claude Ponvert
(Service de Pneumologie & allergologie pédiatriques, Hôpital Necker-Enfants malades, Paris)

Les arthropodes sont des animaux invertébrés possédant un exosquelette articulé (cuticule ou carapace) et des appendices (antennes, pattes) articulés. L'embranchement des arthropodes est celui qui possède le plus de familles, le plus d'espèces et le plus d'individus de tout le règne animal (50 à 80% des espèces connues, selon les sources).

Dans le monde, les risques liés aux piqûres ou morsures de certains de ces animaux sont principalement infectieux (paludisme, dengue, filariose lymphatique par piqûres de moustiques; onchocercose ou cécité des rivières par piqûres de simuliés; trypanosomiase ou maladie de Chagas par piqûres de punaises; typhus par piqûres de poux; maladie de Lyme, tularémie, babésiose, fièvre Q, fièvre boutonneuse méditerranéenne, encéphalite virale liées aux tiques dures; etc.) ou toxiques (venin de scorpion, poils de certaines chenilles, etc.).

Toutefois, certains arthropodes sont également susceptibles d'induire des réactions allergiques plus ou moins graves liées aux (glyco)protéines enzymatiques, bien souvent an-

tigéniques/allergéniques, de leur salive, de leurs venins ou de leurs poils. Les principaux arthropodes susceptibles d'induire de telles réactions sont des insectes (hyménoptères, dont nous ne parlerons pas ici; moustiques, simuliés, taons, punaises, poux, puces, et chenilles de certains lépidoptères) et des arachnides (tiques et scorpionidés).

Mis à part quelques cas particuliers, comme celui des chenilles processionnaires dont les poils sont urticants et allergéniques, celui des taons qui mordent pour arracher la chair, celui des scorpions qui piquent pour se «défendre», ce sont les femelles qui sont responsables des réactions de type allergique. En effet, ce sont elles qui piquent car elles ont besoin de «repas de sang» pour assurer le développement de leurs œufs qui, après la ponte, se transformeront en larves ou nymphes ou pupes donnant naissance à des animaux adultes.

Les réactions les plus fréquentes sont les réactions locales inflammatoires, souvent «normales» et régressant en quelques heures à quelques jours, mais parfois pathologiques du fait de leur importance ou de leur durée. Les réactions systémiques et anaphylactiques plus ou moins graves sont relativement rares.

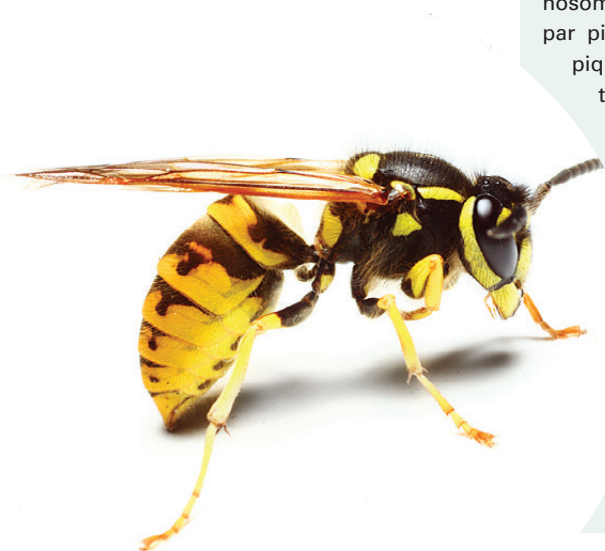
Le diagnostic étiologique est généralement simple, par l'identification des animaux piqueurs/mordeurs par le patient lui-même ou par son entourage,

ou bien sur leur seule description ou sur les circonstances des piqûres ou morsures.

Sur le plan allergologique:

- il n'existe qu'un seul extrait allergénique disponible pour les tests cutanés, l'extrait de corps entier de moustique (*Aedes communis*) qui n'est pas standardisé et dont la spécificité et la sensibilité sont très imparfaites;
- il n'existe que très peu de dosages des IgE sériques spécifiques: moustique et taon, et, sur demande spéciale, tique molle (*Argas reflexus*), et les sensibilités et spécificités sont plutôt mauvaises;
- il n'existe pas d'extrait allergénique standardisé et validé pour l'immunothérapie spécifique.

L'essentiel du «travail» de l'allergologue est donc d'identifier l'arthropode responsable des réactions, sur la description qu'en fait le patient, les circonstances dans lesquelles sont survenues les réactions et l'examen des spécimens éventuellement apportés par le patient, et d'indiquer les mesures *ad hoc* de prévention des récurrences, à savoir les mesures «d'évitement» des arthropodes extérieurs, la désinsectisation des locaux, du mobilier, de la lingerie et des vêtements, en ce qui concerne les arthropodes parasitant les domiciles, la prescription d'une trousse contenant les médicaments adaptés à la nature et la gravité (potentielle) des réactions, etc.



Les protocoles d'induction de tolérance à l'arachide chez l'enfant en 2017

Jean-Luc Fauquert (Unité d'allergologie de l'enfant CHU Estaing, Clermont-Ferrand)

La prise en charge de l'allergie à l'arachide pose de réels problèmes. En l'absence de guérison spontanée à vrai dire rare, des protocoles d'induction de tolérance ont été élaborés. Ils ont pour but essentiel d'une part d'améliorer la qualité de vie

de nos patients en éliminant un régime alimentaire d'exclusion aujourd'hui discuté et d'autre part de réduire le risque de réactions sévères susceptibles de survenir quelle que soit la dose d'arachide ingérée.

Il faut bien distinguer la désensibilisation de l'induction de tolérance, pour lesquelles la traduction de l'anglais provoque parfois des ambiguïtés. La «désensibilisation» entraîne seulement

une augmentation du seuil réactogène: elle met le patient à l'abri d'une réaction provoquée par de faibles doses d'allergènes mais il faudra consommer très régulièrement l'aliment pour maintenir ce seuil de réactivité. La «tolérance» est la guérison (absence définitive de réactivité à l'allergène) indépendamment de sa consommation régulière: elle doit mettre définitivement le patient à l'abri d'un accident allergique.



Les protocoles testés avec l'arachide chez l'enfant en clinique sont les suivants

- L'immunothérapie par voie sublinguale (SLIT) a montré une efficacité pour la désensibilisation à court terme et une très bonne tolérance. A long terme son intérêt est limité par une altération de la compliance.
- L'immunothérapie par voie épicutanée (EPIT) est basée sur la pénétration dermique de toutes petites quantités d'arachide. C'est une voie d'avenir car les effets secondaires sont minimes. A ce jour, elle a fait l'objet de nombreuses communications et levées de fonds mais aucune publication n'emporte la conviction du clinicien.
- L'immunothérapie par voie orale (OIT) est la technique la plus aboutie, même si les effets secondaires sont fréquents et parfois sévères (œsophagite à éosinophiles). Malgré une réelle efficacité, son utilisation comme celle des autres techniques suscitée n'est donc pas encore conseillée en dehors de protocoles d'étude clinique.

Le protocole d'induction de tolérance à l'arachide (PITA) a été élaboré

par l'équipe pédiatrique de Clermont-Ferrand pour pallier les inconvénients des techniques mentionnées ci-dessus et permettre à des adolescents atteints d'allergie sévère d'éliminer leur régime d'éviction rendu indispensable par un seuil bas de réactivité à l'arachide. L'originalité de la technique est la présentation de l'arachide sous forme de gélule qui n'est pas mélangée au bol alimentaire, shuntant ainsi la bouche et l'oesophage. Il s'agit d'une étude prospective multicentrique en double aveugle contre placebo dont l'efficacité est évaluée sur la capacité des patients à ingérer, au terme de la phase d'incrémentation, une dose de 2 grammes d'arachide (400 mg de protéines d'arachide). Les résultats présentés sont très positifs: 19 des 21 patients traités par arachide sont désensibilisés, malgré des effets secondaires modérés, sans œsophagite. Les mécanismes sont les mêmes que ceux mis en évidence par les études préalables: réduction de la taille des prick-tests, des IgE spécifiques à l'arachide et aux fractions recombinantes à risque en particulier ara h2, et augmentation significative des

IgG4 pour les mêmes antigènes. Les résultats de la deuxième phase, dite de maintenance, sont en attente. Elle doit conduire le patient à l'induction d'une tolérance dont le suivi doit être assuré.

La prise en charge des enfants atteints d'une allergie à l'arachide à haut risque anaphylactique invite à la plus grande prudence, comme nous l'enseigne cette étude et le suivi de nos patients. En dehors des cas peu sévères pour lesquels l'ingestion quotidienne de petites quantités d'arachide peut être maintenue, protégeant ainsi l'enfant qui n'a jamais présenté de réaction anaphylactique, les autres situations doivent conduire à la pratique d'un test de provocation par voie orale dont les modalités rigoureuses doivent être discutées. Pour ces derniers patients, les protocoles d'induction de tolérance doivent être conduits au sein d'une équipe pluridisciplinaire de recherche, soutenue par un comité d'éthique et d'experts. ■

Développement et validation d'un score de sévérité de l'allergie alimentaire

Montserrat Fernandez Rivas
(Allergy Dept., Hospital Clinico San Carlos, IdISSC, Madrid)

L'allergie alimentaire touche environ 5% des enfants d'âge préscolaire et 2% des écoliers et des adultes. Les réactions allergiques aux aliments peuvent se présenter comme des réactions faibles avec des symptômes oraux, ou des réactions avec symptômes cutanés et gastro-intestinaux relativement modérés, jusqu'à l'anaphylaxie potentiellement mortelle. L'allergie alimentaire est la cause la plus fréquente de réactions allergiques sévères, en particulier chez les enfants et les jeunes adultes. Ces réactions allergiques graves ont un impact majeur sur les patients souffrant d'allergies alimentaires. Les professionnels de la santé utilisent la gravité d'une réaction pour guider le traitement de cet événement et orienter le traitement futur des patients. Être capable de décrire avec précision la

sévérité des réactions allergiques est d'une grande importance. Un certain nombre de systèmes générés à partir de l'opinion d'experts ont été développés pour quantifier la sévérité des réactions allergiques, mais aucun n'est validé ni largement utilisé. Dans le cadre du projet européen iFAAM (réf. 312147), on a élaboré un score de sévérité des allergies alimentaires (FASS) avec deux formats reliés, un nFASS numérique développé avec modélisation mathématique et un oFASS ordinal développé par consensus d'experts. Les deux scores ont fait l'objet d'une validation interne avec la base de données de l'Europrevall et d'une validation externe utilisant différents ensembles de données couvrant différents aliments, patients pédiatriques et adultes, et toute la gamme de la sévérité de l'allergie alimentaire.

La disponibilité d'un score de sévérité des aliments dûment développé et validé aura un impact important sur les

soins aux patients. Une approche harmonisée pour définir la sévérité dans différentes populations permettra de comparer directement les données de différentes études. Compte tenu de la relation entre la gravité passée et future des réactions, cela devrait permettre de développer de meilleurs modèles de prédiction pour identifier les patients à risque d'anaphylaxie future. Cliniquement, le score oFASS devrait améliorer la communication de la sévérité de la réaction entre les soins primaires, les fournisseurs de soins actifs et les spécialistes de l'allergie. Cela devrait permettre aux spécialistes de mieux définir qui doit prendre des précautions supplémentaires et peut-être qui pourrait bénéficier le plus de l'immunothérapie. La nFASS devrait être un outil de recherche utile pour comparer la sévérité entre différentes populations et déclencheurs, et pour analyser l'impact dans la sévérité des allergies alimentaires des différents (co-)facteurs et interventions.



Dr Dominique-Jean Bouilliez

■ THE INTERNATIONAL LIVER CONGRESS (ILC) 2017, AMSTERDAM, 19-23/04/2017 ■

Recherche désespérément programmes de santé publique pour traiter **TOUS** les

Après le tsunami qui a submergé les deux dernières éditions de l'ILC, véritable déferlante de combinaisons moléculaires et d'études cliniques établissant les antiviraux à action directe (AVD) comme le premier et unique traitement, à la fois simple, efficace et sûr, capable d'éradiquer une infection virale, l'hépatite C, la vague s'est retirée laissant place à une autre préoccupation majeure, l'urgence de mettre en place des programmes de santé publique nationaux et/ou supranationaux pour dépister ET traiter **TOUS** les patients VHC, ce sans restrictions liées au stade de fibrose, au statut social, économique ou à la nationalité du patient, aux addictions, aux co-infections, etc., avec, pour unique feuille de route, l'éradication du virus de l'hépatite C à l'orée de 2030. Un chemin qui, au terme de l'édition 2017 de l'ILC, se révèle mille fois plus ardu, incertain et semé d'embûches que celui qui a mené à l'arrivée des antiviraux à action directe.

Pour nombre d'experts réunis à Amsterdam, l'argument du prix n'est qu'un paravent pudique qui cache une réalité bien plus terre à terre, l'absence totale de vision et de motivation de nos responsables de la santé!

L'Europe des restrictions

En boulangerie, on appelle cela gâcher la pâte. A force de restrictions sur les conditions d'accès au remboursement des AVD, toutes évidemment motivées par un impardonnable motif économique, l'Europe n'est-elle pas en train de réduire comme peau de chagrin les immenses potentialités d'une des découvertes thérapeutiques les plus marquantes de ces dernières décennies et, par là, l'espoir d'éradiquer enfin l'hépatite C? Une étude paneuropéenne, présentée lors des *Late Breaker Posters*, atteste de cette frilosité (Indécision? Inconscience?) européenne (1). Si tous les pays de l'Union européenne et la Suisse remboursent les AVD, majoritairement les combinaisons ombitasvir/paritaprévir/ritonavir ± dasabuvir ± ribavirine (97%) et sofosbuvir/lédipasvir ± ribavirine (88%), 40% exigent au moins un stade F2 de fibrose, 26% un stade F3 et seuls 8 pays permettent l'accès quelque soit le stade de fibrose. Il s'agit de la France, du Portugal, du Luxembourg, de l'Islande, de l'Irlande, de l'Allemagne, des Pays-Bas et de la Pologne. Certains pays, principalement dans l'ex bloc de l'Est, vont même plus

loin et exigent que les patients avec addictions fassent la preuve de leur sevrage d'alcool et/ou de drogues injectables comme préalable à tout remboursement du traitement par AVD. Comme en Belgique, la vaste majorité des pays européens (91%) exigent que la prescription des AVD soit du ressort exclusif des spécialistes en hépatologie exerçant ou non en milieu académique. Enfin, bonne nouvelle, aucun pays n'impose de restriction à l'accès aux AVD pour les patients co-infectés VHC/VIH et certains, comme la Belgique, offrent même à ces patients un accès prioritaire, à savoir sans aucune des restrictions imposées aux patients mono-infectés VHC. Ces données soulignent l'importante variabilité des conditions d'accès aux AVD en Europe surtout au regard du degré de fibrose ce qui va à l'encontre des recommandations 2016 de l'EASL selon lesquelles tout patient VHC doit être traité adéquatement par AVD et parvenir à une réponse virale soutenue pour limiter le risque de complications, de transplantation et de contagion. Un gros effort politique reste donc à fournir et vite!



L'Islande: un programme de santé publique exemplaire

L'Islande n'est pas un pays riche, loin s'en faut. La crise des subprimes est passée par là laissant le pays quasi exsangue économiquement. Mais nos lointains voisins nordiques ont un sens exacerbé du bien-être social et ils le prouvent avec la mise en place, dès janvier 2016, d'un programme national d'éradication du VHC appelé, avec beaucoup de bon sens, TRAP HEP C (2).

Avec une population de 330.000 habitants et un taux de prévalence de la séropositivité à l'hépatite C de 0,3%, l'Islande compte entre 800 et 1.000 patients VHC au total. Début 2016, tout patient infecté par le VHC s'est vu proposer un traitement par AVD. D'abord, la combinaison sofosbuvir/lédipasvir ± ribavirine puis, à partir de d'octobre 2016, la combinaison sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirine. Priorité absolue a été donnée aux prisonniers, aux patients utilisateurs de drogues injectables et aux patients co-infectés par VHC/VIH. Les utilisateurs de drogues ont, de plus, été inclus dans des groupes de suivi de proximité pour optimiser leur adhésion au traitement et traiter leur addiction. Le programme

ainsi mis en place a pour objectif d'initier le traitement par AVR auprès de 20% des patients VHC tous les 4 mois, ceci afin que tous les patients islandais porteurs du VHC soient sous traitement dans les 36 mois à compter du début du programme d'éradication, soit fin 2018. Bel exemple de programme de santé publique mais quels en sont les résultats sur le terrain? Neuf mois après le lancement du programme, 479 patients ont déjà été évalués (50-60% des patients), 406 patients ont été mis sous traitement (85% des patients dépistés) et 292 ont terminé leur traitement avec un RVS12 de 96% pour les 188 patients évaluable 12 semaines post traitement. Plus de 90% des prisonniers infectés, des co-infections VHC/VIH et des patients cirrhotiques ont initié le traitement. Le taux de suivi est excellent puisque seuls 5% ont interrompu le traitement et 0,5% ont été perdus de vue, des résultats inespérés lorsqu'on sait que 95% des patients infectés sont en fait des utilisateurs de drogues injectables, soit les patients les plus difficiles à maintenir sous traitement. Conclusion: avec un bon plan, on peut TRAPper l'HEPatite C!

patients VHC (1/2)

La prison, une opportunité pour éradiquer l'hépatite C

Eradiquer le VHC ne passe pas que par des programmes nationaux. Des plans plus ciblés sont aussi envisageables comme ceux visant les prisonniers incarcérés et porteurs du VHC, voire d'une co-infection par VIH. Dans l'état de Victoria, en Australie, les autorités sanitaires ont décidé de saisir l'opportunité de leur incarcération pour évaluer et traiter par AVD les prisonniers porteurs du VHC. Une population importante puisqu'on estime la séroprévalence pour VHC à 40% parmi les quelque 6.200 prisonniers que compte l'état, soit 2.500 patients potentiels, majoritairement des hommes âgés d'une quarantaine d'années et à 98% utilisateurs de drogues injectables. La particularité de ce programme est qu'il est mené par des infirmiers visiteurs spécialement formés qui rencontrent, sur site, les prisonniers, les informent du programme, obtiennent leur accord, réalisent l'anamnèse, l'examen clinique, les diverses prises de sang ainsi que la mesure de la fibrose hépatique par

élastographie. Ensuite, le triage est effectué par un hépatologue qui prescrit le traitement sur base des données transmises. Les résultats présentés à Amsterdam portent sur 1.178 prisonniers évalués dont 718 déclarés éligibles (souvent sur base de la durée de leur incarcération pour optimiser le suivi thérapeutique et obtenir le taux de RVS12) dont 633 ont débuté un traitement soit par sofosbuvir/ledipasvir (43%), soit par sofosbuvir/daclastavir (52%) (3). Sur les 244 patients dont les résultats sont déjà disponibles, on observe un RVS12 de 68% en analyse «intention de traiter» car, il faut l'avouer, on a un taux de 30% de «perdus de vue» suite à libération et un RVS12 de 95% en «per protocole» avec 4 rechutes, 2 réinfections et 2 décès. Au final, ce programme mené chez des prisonniers avec le soutien d'infirmiers visiteurs se révèle faisable, efficace et sûr. Une manière innovante de faire d'un mal un bien pour toute la société et l'individu en particulier.



Etude PREVAIL: comment optimiser la prise en charge des toxicomanes VHC

Les consommateurs de drogues injectables constituent, à l'heure actuelle, le vecteur principal de transmission du VHC. Il s'agit aussi du groupe de patients le plus difficile à évaluer, à traiter et à suivre même lorsqu'ils sont inclus dans un groupe de désintoxication. Aux Etats-Unis, les investigateurs de l'étude PREVAIL ont testé trois différentes options de prise en charge de ces patients (4). Pour la première option, que nous appellerons «suivi rapproché», les patients sont convoqués chaque jour, à heure fixe, et prennent leur traitement antiviral ainsi que leur traitement de substitution opioïde en présence d'un infirmier. Pour la seconde option, dénommée «traitement en groupe», les patients participent chaque semaine à un groupe d'information et de motivation sur le traitement VHC et sur leur traitement de substitution. Les médicaments sont distribués lors de cette consultation en groupe puis le patient est laissé libre de gérer son traitement. Enfin, pour la troisième option, appelée «traitement libre», le patient est pris en charge de façon classique et gère seul ses traitements. Sur les 150 patients inclus dans l'étude et répartis en trois groupes comparatifs équipotents pour un traitement par AVD d'une durée de 12 à 24 semaines, on constate un taux global de réponse virale (toutes options confondues) en fin de traitement

de 96%, un taux global de réponse virale à 4 semaines de 94% et, enfin, un taux global de réponse virale soutenue à 12 semaines (critère primaire d'évaluation de cette étude prospective) de 93%. Intéressant de noter que le taux de réponse virale soutenue à 12 semaines diffère selon les options de suivi thérapeutique puisqu'il est de 98% pour le groupe sous strict suivi, de 93% pour les patients suivis lors de consultations hebdomadaires de groupe et de 89% pour les patients suivis classiquement et qui se gèrent seuls. Cependant, ces différences inter-groupe n'atteignent pas le seuil de significativité ($p = 0,19$).

Deux enseignements sont à retenir de cette étude prospective concernant la prise en charge de consommateurs de drogues injectables porteurs du VHC et en cure de sevrage. Premièrement, le taux de patients atteignant une réponse virale soutenue à 12 semaines est élevé et proche des chiffres observés dans les populations générales non drogues dépendantes. Deuxièmement, les options de «suivi strict» et de «suivi en groupe» semblent plus adaptées à ce type de patients avec des taux de RVS12 plus importants (> 90%) qu'au sein du groupe de gestion classique même si, au final, on ne constate pas de différence significative entre les 3 options de suivi.

AVD: enfin des données cliniques sur le traitement des enfants!

Si les AVD ont profondément modifié la prise en charge du l'hépatite C chez les patients adultes, qu'en est-il de leur efficacité et de leur sécurité d'emploi chez les enfants (< 12 ans) pour lesquels le traitement recommandé demeure toujours l'interféron pégylé associé à la ribavirine pour une durée de traitement de 48 semaines. Enfin une réponse claire avec les résultats d'une étude menée aux USA, en *open label*, auprès de 90 enfants dont 86 étaient porteurs du génotype 1, 2 du génotype 3 et 2 du génotype 4 (5). Les patients étaient âgés de 9 ans en moyenne, 59% de garçons, 79% de caucasiens, 80% naïfs de tout traitement de l'hépatite. Le mode de transmission majoritaire, 97% des cas, était vertical (infection néonatale). Important pour ce type

d'étude, le poids moyen était de 33kg et l'IMC de 18. Tous les patients ont été traités par la combinaison fixe ledipasvir/sofosbuvir 45-200mg, 1X/j, avec ou sans ribavirine (15mg/kg/j jusqu'à la dose de 1.400mg/j) et durant 12 ou 24 semaines en fonction du génotype, du stade de fibrose (2 cas de cirrhose malgré le jeune âge) et des traitements antérieurs. Premier constat important, l'analyse pharmacocinétique a démontré que l'exposition au ledipasvir, au sofosbuvir et à son principal métabolite est en tout point comparable à celle observée chez les patients adultes lors des études cliniques de phase 2 et 3. Second constat, le taux de réponse virale soutenue à 12 semaines (RVS12) est de 99% pour le groupe ledipasvir/sofosbuvir durant 12 semaines et de

100% pour les groupes traités durant 24 semaines par cette combinaison fixe seule ou en association avec la ribavirine. La tolérance globale était bonne et aucun patient n'a abandonné le traitement pour cause d'intolérance. Un seul patient, porteur du génotype 1a, a présenté une rechute après 12 semaines de traitement par combinaison fixe sans ribavirine. Au final, cette étude, une vraie première clinique, montre l'efficacité et la bonne tolérance globale des AVD avec ou sans ribavirine durant 12 ou 24 semaines chez les enfants de 6 à 11 ans. L'étude est actuellement poursuivie avec, cette fois, un groupe d'enfants âgés de 3 à 5 ans. ■

Dr Jean-Luc Schouveller

Références

1. Marshall A. et al. LBP-505, ILC 2017, Amsterdam.
2. Olafsson S. et al. Parallel Session-129, ILC 2017, Amsterdam, 22/04/2017.
3. McDonald L. et al. Parallel Session-126, ILC 2017, Amsterdam, 22/04/2017.
4. Litwin A. et al. Parallel Session-130, ILC 2017, Amsterdam, 22/04/2017.
5. Murray K. et al. Parallel Session-101, ILC 2017, Amsterdam, 21/04/2017.

■ JEEP GRAND CHEROKEE SRT ■

Plaisirs inavouables

Quel bonheur! Un gros 6.4 V8 HEMI sous le capot, un habitacle très luxueux et des routes, au cœur des collines piémontaises, qui ne sont jamais droites... Le décor est planté, l'exercice est inédit à bord d'un 4x4 de plus de 2,3 tonnes. Comment va s'en sortir le SUV américain?



Pareille idée ne peut surgir que du cerveau d'un journaliste automobile toujours avide de sensations fortes. Emmener le Jeep Grand Cherokee, annoncé à 2,3 tonnes sur la balance, en balade très dynamique aux alentours d'Asti dans le Piémont... Mais avant de vous conter en détails cette petite excursion, revenons un instant sur les nouveautés 2017 de ce SUV 100% américain.

Visage expressif

La face avant du Grand Cherokee SRT a été retravaillée et se veut plus expressive avec des prises d'air supplémentaires pour alimenter en air frais le moteur et les freins. Les flancs sont marqués par des jupes latérales parfaitement intégrées et l'arrière est souligné par deux sorties d'échappement et un becquet arrière relativement discret. Les jantes noires de 20 pouces sont forgées sur notre modèle d'essai et abritent des disques de frein Brembo à six pistons à l'avant. Dans l'habitacle, l'ambiance est tout aussi sportive avec des sièges en cuir Nappa siglés SRT et un volant lui aussi spécifique. L'équipement est pléthorique. Impossible d'en faire le tour durant les quelques heures passées en sa compagnie.

Uconnect à la page

Le système multimédia a été modernisé et son écran tactile peut afficher un

certain nombre de données relatives aux performances. Les chronos du 0 à 100km/h ou du 400m départ arrêté occuperont les passagers. Le pilote occasionnel se concentrera plutôt sur ses trajectoires. Certes, l'engin n'est pas destiné à s'aligner en rallye, mais il nous a réellement bluffé. A l'allumage, c'est un peu comme à bord d'un hélicoptère: vous avez le sentiment d'avoir englouti un baril de pétrole avant d'avoir parcouru le moindre mètre. La sonorité du V8 est très étouffée. En ouvrant les fenêtres, nous comprenons mieux la réaction des gens lorsque nous abordons, pourtant à très basse vitesse, les passages cloutés en quittant le centre de Turin. Il a de quoi impressionner ce moulin, même en glougloutant à bas régime.

Passages en force

Nous choisissons de limiter l'usage de l'autoroute au minimum et, très vite, nous empruntons les petites routes qui mènent dans les vignobles de la région. Un serpent qui se glisse de colline en colline et que le Grand Cherokee avale avec une aisance étonnante. Certes, ce SRT est lourd et encombrant mais lorsque la visibilité le permet, il est possible de tirer des trajectoires au cordeau en avalant les courbes à des vitesses étonnantes pour un tel engin. Les freins réclament rapidement un moment pour s'en remettre. Il faut dire que nous



avons joué le jeu à fond en déplaçant la molette de la console centrale sur la position Track, ce qui désactive alors une partie des aides à la conduite. Les pneus Pirelli Scorpion Winter obtiennent rapidement une bonne température mais ils se mettent alors à se plaindre dans les épingles. Mais sincèrement, nous sommes certains que quelques petites berlines dynamiques auraient bien du mal à suivre le SRT.

Calculer son coup

Il faut toujours tenir compte de la largeur du SUV américano-italien lorsque vous sortez des virages tel un boulet mais les quatre roues motrices parviennent à compenser les systèmes d'aides déconnectés. La boîte automatique à 8 rapports est assez surprenante et les palettes au volant permettent des passages rapides en mode Track. La direction manque de précision et de fermeté, il reste possible de composer avec son caractère sans trop en souffrir.

Une fois la séance récréative terminée, nous retrouvons le mode Auto et le

confort redevient alors impressionnant. Certes, la finition n'est pas parfaite mais son niveau est néanmoins bien meilleur que celle que l'on trouvait il y a quelques années encore à bord des américaines.

Quelle concurrence?

Totalement injustifiable pour le commun des mortels, le Grand Cherokee SRT n'en demeure pas moins très attachant. Le genre de véhicule excessif qui nous plaît. Evidemment, le budget carburant est conséquent avec une consommation qui tourne aux alentours des 20 litres aux 100 km lorsque l'on fait chanter le V8 sans arrêt. Mais cela reste toujours impressionnant de gommer les files de véhicules d'un coup d'accélérateur.

Face à lui, le SRT trouve le Porsche Cayenne, le BMW X6 et l'Audi Q7, mais aucun n'offre un caractère aussi tranché et une exubérance totalement assumée de l'autre côté de l'Atlantique. ■

Benoît Lays

Trois adresses originales

1. MiTo, 151-153 rue Washington à 1050 Bruxelles.
Tél.: 02/201.75.44. Ouvert tous les jours de 12h à 14h30 et de 19h à 22h30 (le week-end, possibilité de déguster une formule cocktail + foccacia entre les deux services).

Le pitch de MiTo - pour Milan-Torino - est original: des pizzas et des cocktails. Le tout emballé dans un décor décontracté. Banquettes de cuir capitonnées façon Chesterfield, chaises vintage, murs de brique, luminaires industriels, béton lissé, plancher brut... autant d'éléments hétéroclites qui composent un ensemble paradoxalement harmonieux. Sans oublier une imposante terrasse qui fait face au parc Tenbosch, soit un véritable atout pour les beaux jours. Après seulement 15 jours de rodage, la cuisine est déjà convaincante. On a testé la pizza «numéro 8» (15 euros) de la carte - il y en a 10 au total en dehors des suggestions. Verdict? Une création jamais vue ailleurs faisant place à de la straciatella des Pouilles - ce fromage frais à base de crème onctueuse et de mozzarella effilochée à la main -, de la fior di latte - un fromage de Campanie -, des tomates jaunes, un pesto de pistache DOP - AOP en français -, du basilic frais et du poivre noir. Frais comme le printemps.

La pâte? Elle s'affiche très légère, digeste et, c'est la signature du lieu, se veut légèrement brûlée en certains endroits, ce qui lui donne un goût torréfié assez caractéristique. Conformément à l'intitulé, on a essayé un cocktail signature de la maison, le MiTo Gentile (10 euros). Là aussi, c'est du jamais vu, du moins à Bruxelles, celui-ci panache avec bonheur Campari, vermouth rouge et Frangelico, une liqueur de noisettes du Piémont. Le mélange notes vanillées, chocolatées et amertume s'affiche comme une bénédiction pour le palais.

Michel Verlinden



2. Le vin heure des artistes, 4 place de la Cure à 1300 Wavre. Tél.: 0475/63.96.89. Ouvert de 12h à 14h et de 19h à 22h, fermé le dimanche, le mardi midi, le jeudi midi et le vendredi midi.

A l'ombre de l'église Saint-Jean-Baptiste à Wavre, Le «Vin heure des artistes» se découvre comme l'un de ces bistrotards bardés de bois que l'on dirait sorti d'un film de Claude Autant-Lara. Serviettes à carreaux, objets chinés, vélo accroché au mur, tables taillées à même d'anciennes machines à coudre... le décor plante une atmosphère populo-sympa. La formule est réduite à l'essentiel: un patron, Giovanni Coniglio, à la fois chef en cuisine et garçon en salle. L'assiette est personnelle et convaincante: carpaccio de canard (19,50 euros) rehaussé de copeaux de foie gras et d'une sauce au vin épicée, mais surtout un très savoureux poulet en croûte de noix (24 euros) que du maïs grillé et une sauce au vin jaune électrisent. Seule ombre au tableau? Le «vin» que laisse entrevoir le nom du resto n'est pas au rendez-vous, la sélection est minime et... pas éclairée du tout.

3. Het Blauwershof, 9 rue d'Eecke, 59270 Godewaersvelde. (+33 3 28.49.45.11). Ouvert de midi à 14h et de 19h à 21, fermé le lundi.

Petit estaminet villageois, le Blauwershof donne d'emblée la couleur: noir et jaune. Soit les couleurs d'une Flandre historique qui suscite bien des nostalgies. Le pitch? Une cuisine régionale de l'étape plantée au milieu d'un décor nourri au grain, entre comptoir en bois sculpté et vieux carrelage. La Flandre attitude est répétée à l'envi dans les bières, les affiches au mur, les jeux d'un autre âge - genre toupie flamande ou billard à soufflet... Une attitude qui culmine dans le très bon potjevlees - un mélange local de trois viandes conservées dans la gelée - mais également dans de très moelleuses carbonnades flamandes, voire dans le coq à la bière ou le poulet au maroilles. Les frites excellentes parachèvent ce joli moment de dépaysement.

PHARMA INFO

Appel à projets pour les «Well Done – MSD Health Literacy Awards»

Avoir une question médicale mais ne pas oser la poser. Ne pas comprendre un diagnostic. Accorder du crédit à des sources d'information d'origine non scientifique ou considérer des

mythes et des tabous comme unique source de connaissances. Autant de situations malheureuses qui se produisent encore aujourd'hui, bien plus fréquemment qu'on ne l'imagine.

Quatre Belges sur dix ont du mal à comprendre les informations délivrées par leur médecin. Comment aider ces patients à agir sur leur santé? Les *Well Done – MSD Health Literacy Awards* récompensent depuis cinq ans déjà les meilleures initiatives en faveur de la littératie en santé en Belgique. Grâce à cette initiative, soutenue par **14 acteurs de la santé**, plus de **170 projets belges** ont été identifiés comme améliorant le niveau de littératie en santé.

Cette année marque le **cinquième anniversaire** des *Well Done – MSD Health Literacy Awards*. **Toute personne travaillant ou œuvrant dans le secteur de la santé est invitée à soumettre sa candidature.** Le gagnant de chaque catégorie remportera en plus d'une visibilité médiatique, la somme de **3.000 euros**. Les candidatures peuvent être soumises dès aujourd'hui jusqu'au **15 juin 2017** sur www.welldoneawards.be.



soutient les Well Done -
MSD Health Literacy Awards

l'initiative qui met à l'honneur
des projets visant à améliorer
la littératie en santé.

Vous êtes actif dans le secteur
de la santé en Belgique et
œuvrez pour une meilleure
littératie en santé?

Participez dès maintenant
et tentez de remporter 3000 €.

www.welldoneawards.be

EDITION 2017



PETITES ANNONCES

Offre d'emploi

Cherche gastroentérologue pour gastroscopies dans un cabinet privé à Woluwe-Saint-Lambert.

Dr Leblanc. c.leblanc@lmc-leblanc.com. 0475 46 55 78.

MG Hainaut cherche 1 MG pour collaboration, 2 cabinets, patientèle variée et sympa, possibilité de véhicule à disposition. Urgent.

contact 0475/802159

Médecin généraliste région Bruxelles Nord-Ouest recherche association provisoire en vue de fin de carrière. Cabinet en pleine activité. Conditions à convenir

Tél du lundi au vendredi au 0498/335222

BRABANT WALLON RIXENSART OPHTALMOLOGUE fin de carrière recherche confrère -consœur pour collaboration et reprise éventuelle de clientèle 02/6540277 - 0498/089503

Association de 2F MG à Braine-l'Alleud cherche 1 ou 2 MG pour partager patientèle, expérience et DMI, dans cabinets neufs et équipés, quartier résidentiel, travail garanti, gardes we PMG.

Isabelle.schiepers@gmail.com et murielzwings@skynet.be

ch. rempl. MG du 01/08/17 au 31/10/17 congé mat. à Nivelles. Pas de rétrocession. Cabinet à partager avec mon collègue. 0479/377.499

Cherche médecin généraliste indépendant (H/F) pour remplacement pour congé maternité de mi mars 2017 à début juillet 2017 à temps plein dans maison médicale à l'acte à Bouge(Namur) Région et patientèle agréables. Travail assuré et en équipe pluridisciplinaire, secrétariat compris, rémunération à l'acte. Possibilité d'augmenter la durée du remplacement. Modalités pratiques à convenir. contact: renard_anne@hotmail.com 0483/384 494

Centre de jour et d'hébergement les Tropiques situé 18 rue de l'Equateur 1180 Bruxelles cherche psychiatre ouvert à la psychothérapie institutionnelle un jour par semaine à partir de septembre 2017

Contacteur Jacques Bégasse (0479450929) ou Dr Anne Capet (0486482197)

Cse retraite patientèle de med générale pleine activité à céder sans frais à 20km de Liège ds jolie vallée de l'Ourthe près du CHU Sartilman en contre partie d'un loyer correct pour locaux loués-Présentation et accompagnement assuré.

Rens. 0470/355242 ap 20h

Médecin Généraliste en SPRL cherche un ou une associé (e) pour lui succéder.

Un confrère intéressé par médecine naturelle nutri méso relaxation.

4030 Grivegnée 10 Grande Rotisse Tel 04 342 22 53 ou 0496 41 43 22

Les pédiatres du Centre de Santé des Fagnes Chimay cherchent un remplaçant pour la période du 01/04/2017-31/07/2017 (congé de maternité) Horaires à discuter.

Pour plus de renseignements, contactez Dr Croisier Catherine; Téléphone: 0477628904

Cherche Assoc Mg pour partager patientèle bilingue de caractère familiale. Heures et jours de consultations à convenir.

Tel: 0479 280 910 après 20H

TELE-SECRETARIAT MEDICAL

Transcription (saisie et mise en page) de comptes-rendus médicaux toutes spécialités: radiologie, cardio, traumatisme, néphro, uro, anapath etc. Formation médicale pointue.

Contact: Mr Norbert DOUTI -Tel: 0498 72 52 92 - E-mail: donino85@gmail.com

Cabinet MG de groupe Schaerbeek Meiser cherche collaborateur MG ou MS. Possibilité 1/2 journée. Contact 0495/107710

BRUXELLES. Consultation de cardiologie à reprendre dans une polyclinique située dans un quartier animé et commerçant.

Pour info tél: 0479-88 42 42

Maison médicale à 1030 et 1200 Bruxelles cherche pour collaboration immédiate 1 échographiste (consultation existante à reprendre), 1 psychiatre, un orthopédiste pour rejoindre l'équipe des 7 spécialistes en place. Patientèle existante et fidèle. Pas de rétrocession d'honoraires. Secrétariat et agenda électronique à disposition.

Intéressé? Contactez le Dr Philippe

Burton par email sur drphburton@gmail.com, en fixant un rdv au 02.762.93.82 ou en envoyant un sms au 0475.48.64.43.

Matériel médical

A VENDRE: Appareil d'échographie cardiaque PHILIPS Philips Med Systems EnVisor C HD version C.1.2 (2006) en excellent état, utilisé par un seul praticien en activité privée et à temps partiel, avec sonde sectorielle cardiaque adulte, pour cause de double emploi. Faire offre à partir de 5000 €.

Dr Delforge tel: +3271304860, courriel marc.delforge.cardio@skynet.be

A vendre: table gynéco neuve Ritter 100- valeur 2500 € pour 600 € et tous les instruments pour cabinet de gynécologie. Liste sur demande. A donner: scialytique plafonnier halogène Dr Mach. Tel Dr LYBEER 02-647 15 67

A vendre: escabeau de phlébologie excellent état 125 € (valeur à neuf 400 €), stérilisateur Memmert U15 parfait état 450 €, anidro ionophorèse 125 €, appareil de dermabrasion Elco +pièce à main quasi pas servi: tel 0474 486717

AV cause cessation activité: Echo GE Voluson Pro 730

2 sondes: vaginale 2D 3D 4D doppler, nouvelle sonde abdominale 2D 3D 4D doppler RAB4 8L, tous logiciels gynéco/obstétricaux, imprimante couleur intégrée y comprise.

13000€ tel 0496/239947

A Vendre: Fil Suture Dermalon: 3 boîtes de 36 fils. 150 € pour les 3, frais de port compris. Deux btes 4-0 (19mm et 24mm), une bte de 5-0 (19mm). Exp: 06-2019. Mail: o.paul@scarlet.be

A v Echographe Hitachi EUB 525 Doppler couleur.3 Sondes: Convex 3,5 MHz Lineair 5 MHz Endovag 7,5 MHz 1200 euro Info L Molendijk e-mail: warempel@yahoo.fr Tel 0477- 495.602 Cabinets à louer pour médecins spécialistes ne nécessitant pas de matériel spécifique(ex: homéo, ortho, rhumato, endocrino, expertise...) dans centre médical et paramédical super bien situé en région liégeoise. tél 0496308864 ou philippe@espacesantelarotonde.be

Vends pour Dermatologue ou Médecin esthétique appareil LED Sybaritic, valeur d'achat 16.000 euros.

Etat impeccable, bonne puissance Toutes infos fournies. Demande 3.000 euros. Contact 0478/982390

Urgent: le possesseur d'un appareil d'épilation MacPeel, de BVA, est-il prêt à s'en séparer, prix à convenir?

Je recherche des pièces de rechange.

Contact 0478/982390

Cause déménagement .A vendre 2 banquettes de 3 places+ tablette pour salle d'attente 125 € pièce.Très bon état.

Lampe d'examen sur pied à roulettes 140 €

Tabouret sur roulettes 65 €

Fauteuil de bureau sur roulettes 65 €

2 Chaises de bureau avec accoudoirs 15 € pièce

Tout doit partir.

Tel 0478 58 58 58

A vendre deux echographes portables parfait etat philips 1200 un avec une sonde abdo l autre avec deux sondes abdo et pour sein Envoyer mail jean.schmitt@belgacom.net ou tel 0475283891

À vendre pèse bébé Seca mécanique, parfait état, toise Seca bébé, 200 Euros, tel 0470249367

Immobilier

A louer RDC CAB. MED./spécialiste/dentiste/paraméd.: 60M²(cabinet lumineux, salle d'attente, 2ème bureau, hall central, wc) gd park. arboré.

4672 Saint- Remy, gd route Barchon-Visé(3km E40). Libre 1er octobre.

T.04-387.74.38 /0474-53.43.13 /0477-72.42.70 (ap.15h).

A Louer - Ixelles (Trône) - maison médicale entièrement rénovée comprenant 5 cabinets + accueil et salle d'attente - rens: 0475/72.80.80

A vendre à Lovrval, belle demeure ancienne, Surface habitable 530 m² + maison avec appartement près de l'entrée de la propriété; endroit calme et verdoyant, 2 accès séparés, 23 ares, garages 3 voitures, double vitrage, chaudière GN à condensation 2010, alarme anti-intrusion, gd salon, SAM, pièces de réception, bureau, 5 grandes chambres, greniers mansardés, etc...

Prix souhaité: 520.000 €.

Contact 0475/39.15.42

Pour cause de retraite, cabinet médical équipé à louer (loyer modeste) + patientèle de M.G. à céder sans frais, en Hesbaye (Donceel).

Renseignements: 0476.66.79.50 ou 04.259.52.68

A LOUER Espace professionnel au rez-de-chaussée d'une maison de maître à Schaerbeek. 3pièces en enfilade(60m2) + jardin(25m2) avec

terrasse + WC . 2(3) accès séparés. 1050 euros /mois(chauffage compris). Electricité et eau à charge du locataire .Câblages internet et téléphone disponibles pour activation . Parlophone . Renseignements et visites: 0477/75.46.58

Cabinet consultation à louer place Châtelain à Ixelles - Bruxelles. Rez-de-chaussée comportant salle d'attente avec WC 9m2 et cabinet avec cuisine équipée 45m2. Vitrine bien

exposée sur la place de Châtelain. Internet et charges inclus. Location par plage horaire de 4h. Pour plus d'informations veuillez visiter le site: <http://www.chatelainmedical.com>.

Cabinets à louer - centre pluridisciplinaire avec équipe jeune et dynamique - court st etienne - location à l'heure, demi-journée ou journée - rdc - 3 cabinets 15-20m2 - salle d'attente - wc - cuisine - cave et jardin - parking aisé infos: 0475.802.156

cse retraite cabinet médical équipé a louer dans la sympathique ville de Theux.Accompagnement assuré . loyer modeste Rens 0475899505

A vendre: Maison bourgeoise 4 façades avec annexe pour activité professionnelle (dentiste, médecin, kiné..) Près hôpitaux de Gosselies et Charleroi (Roux) Parking aisé, jardin, piscine couverte Renseignements au 0495 40 00 44

JOB Health

chr Sambre & Meuse

Dans le cadre de l'ouverture prochaine de son **Centre du Cancer**, L'APP « CHR Sambre et Meuse », Association de Pouvoirs Publics gérant le CHR de Namur et le CHR du Val de Sambre, **RECRUTE pour le CHR de Namur (h/f)**

UN MÉDECIN CHEF DE SERVICE EN ONCOLOGIE

Dépôt des candidatures : à adresser à la Direction médicale du CHRN, avenue Albert 1^{er}, 185 à 5000 Namur, par lettre recommandée **pour le 6 juin 2017 au plus tard.**

Si vous souhaitez plus d'informations : vous pouvez prendre contact avec le Dr Guy Vandermoten, Médecin Directeur du CHRN, au 081/72.66.02.

www.chrn.be • www.chrvs.be • www.chrsm.be

SILVA medical asbl
LE BOIS DE LA PIERRE

La Clinique du Bois de la Pierre à Wavre **cherche un médecin généraliste** mi-temps pour un remplacement du 1/10 au 31/12. Travail d'équipe stimulant encadré par un médecin de médecine physique, unité de rééducation locomotrice.

Renseignements: Dr Van Pottelsberghe
Anne.vanpottelsberghe@silva-medical.be
T +32 10 882 201 | M +32 495 71 14 17

Vivalia
Votre santé, notre quotidien

Vivalia regroupe, en une Intercommunale unique, six sites hospitaliers (dont un hôpital psychiatrique), une polyclinique, quatre Maisons de Repos / Maisons de Repos et de Soins, des Habitations Protégées et une Maison de Soins Psychiatriques. Cette nouvelle entité compte plus de 1400 lits, emploie 3800 personnes et s'adjoint les services d'environ 400 médecins spécialisés.

Vivalia engage en vue de la création d'un service médical interne (H/F) :

CONSEILLER EN PRÉVENTION – MÉDECIN DU TRAVAIL ADJOINT
Pour l'ensemble des sites de Vivalia

CONSEILLER EN PRÉVENTION – MÉDECIN DU TRAVAIL
Pour la direction de la section chargée de la surveillance de la santé du SIPP - pour le site de Bertrix

MÉDECIN RESPONSABLE DU DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE DE VIVALIA

Infos et procédure sur www.vivalia.be/jobs

Envie de rejoindre Vivalia ? Réagissez pour le 2 juin 2017 au plus tard.

Expertise • Professionnalisme • Proximité • Interdisciplinarité • Sens humain

Soignons ensemble votre carrière.

A louer appartement COXYDE - 2 chambres - Vue latérale mer - Tv HD - wifi - DVD.
 Equipement ménager complet - chaise haute BB- ascenseur - disponible entre Noël et nouvel an- Week end- mid week - semaine complète. Contact 0497 264540

Charleroi: cabinet médicale ophtalmo à céder 'encore en activité', locaux 100 mètres carrés + équipements complet en parfait état de marche, modalité de reprise à négocier.
 Contact: GSM: 0475/82.09.46

Cabinet à louer à Marchienne-Au-Pont dans pratique pluridisciplinaire. Rez-de-chaussée. Belle situation. Proximité métro Cartier. Convient pour médecin généraliste ou spécialiste, ostéopathe, psychologue, logopède.
 Infos: ydoffiny@skynet.be ou 071/512047

LASNE CENTRE - A LOUER - CABINET MEDICAL:
 Par demi-jour, dans petit CENTRE DE CONSULTATIONS privé (www.medlasne.be) pour SPECIALISTES (5 cabinets), Parking privé 8 places, bâtiment neuf, grosse demande en ORL - GYNECO - DERMATO - CARDIO - PEDIATRIE... Localisation optimale le long voie principale, accès pers. Mobilité réduite, Bus 50m, tarifs intéressants et dégressifs tout compris
 Contact: 0477-50-97-79

Cabinet à louer à Marchienne-Au-Pont dans pratique pluridisciplinaire. Rez-de-chaussée. Belle situation. Proximité métro Cartier. Convient pour médecin généraliste ou spécialiste, ostéopathe, psychologue, logopède.
 Infos: ydoffiny@skynet.be ou 071/512047

A.v.Middelkerke Résidence Dirika. STUDIO 37 m². Liv.,coin salon,coin repas,cuis.,sdb av. baign.,lavabo & toilettes,cave. 064.848308

A vendre HACCOURT, 10 min clinique de Hermalle, superbe et grande propriété, 4 façades, très aérée.
 Ancienne ferme rénovée en 84, pouvant convenir pour profession libérale ou comme investissement pour en faire deux grands appart..Située sur hauteurs à 150 m et en face du centre commercial. Très grand jardin arboré.
 Contact: Agence Jamin 0497 70 32 44

A louer cabinet médical ou professions para-médicales RDC bien situé, 58 m², avec salle d'attente et sanitaires, parking privé et cave, prox EU, transports en communs. Libre 01/09/2016.
 Contact: 0476/ 454.338

Pour cause départ étranger cabinet de MG à céder (bâtiment, matériel et patientèle). Région de Mons - zone

résidentielle en milieu semi-rural.
 0476 930825

Cabinet médical à louer. Dans le quartier du parvis Saint-Pierre en plein centre d'Uccle. A proximité immédiate pharmacie, écoles, tous commerces, transports en commun, polycliniques et hôpitaux. Un hall d'entrée, une grande salle d'attente avec WC + sas lave-mains, un grand cabinet lumineux avec lavabo et mini frigo. Vidéophone. Rez de chaussée. Totalement indépendant du reste du bâtiment. Conditions flexibles à discuter: meublé ou non, bail de durée variable... convient à toute spécialité: pédiatre, psy, interniste, chirurgie, autre prof libérale... Loyer attractif. Libre à partir de septembre. Plus d'info: yasmina.serroukh@gmail.com ou téléphone: 0477610438

Centre Thérapeutique de Luttre loue cab. med. pour médecins généralistes et spécialistes. Contacter S. Debauche au 0476/50.19.66. ou info@sophie-debauche.be

Cabinet à louer à Woluwé St Lambert dans pratique pluridisciplinaire. Belle situation. Proximité métro Tomberg. Convient pour médecin généraliste ou spécialiste, kiné, ostéo ou dentiste (conduites existantes).
 Infos: catherinemouart@gmail.com ou 0495.811.077

A louer cab. Méd. Gén. À 1150 BXL (Stockel, place Dumon)
 60 m², possibilité full équip.
 Tél. 0472/599.444.

A louer - Bruxelles 1040-Square Montgomery dans immeuble de standing: cabinet médical ou paramédical de 27 m². Pour tout renseignement: Mme Willem tél 0477672001.

Pour fin de carrière: Attenhoven (Landen): Pharmacie et immeuble à Attenhoven (Landen). Pharmacie (société) avec beaucoup de potentiel. L'immeuble est privé et comprend une vaste habitation de luxe avec jardin + grand parking/terrain à bâtir utilisable pour une extension de la pharmacie ou pour l'installation d'un espace pour profession médicale. Immédiatement disponible.
 paul.meuwissen@skynet.be
 T 0479.23 18 69

A vendre Bruxelles Quartier Roosevelt, av. du Pérou, Rez immeuble résidentiel Bureau (idéal cab. Méd.) 170m² + grde cave archives, 2 entrées pet. Cuisine, 2 WC.
 Possibilité: caves parkings dans l'immeuble.
 Contact: 0479215338/piel@skynet.be

Cabinet médical dans centre de Court-St Etienne à louer. Cabinet de 32m²,



CLINQUES
DE L'EUROPE

EUROPA
ZIEKENHUIZEN

Les Cliniques de l'Europe renforcent leurs équipes

Un endocrinologue - diabétologue (m/f)

Pour le service d'endocrinologie (principalement pour le site St-Michel à Etterbeek)

Afin d'y exercer vos compétences en :

- Gestion du diabète y compris du diabète gestationnel vu l'excellente collaboration avec le service d'obstétrique
- Gestion des problèmes thyroïdiens

Pour cette position ambitieuse, vous travaillerez en étroite collaboration avec une équipe dynamique comprenant 2 infirmières en éducation diabète, une diététicienne et un secrétariat très performant, bénéficiant depuis de nombreuses années de la convention diabète.

Vous parlez couramment le français et le néerlandais ou, le cas échéant, êtes prêt à suivre une formation en vue de perfectionner la connaissance de la deuxième langue. La connaissance d'autres langues constitue un avantage.

Merci d'adresser votre dossier de candidature (CV + lettre de motivation) aux Cliniques de l'Europe ASBL (siège social), Av. De Fré 206, 1180 Bruxelles, à l'attention du Dr A. Veys, Directeur Médical, ou par mail : dir@cliniquesdeleurope.be
 Pour plus d'information, veuillez prendre contact avec Dr M-C. Humblet-Koch via le secrétariat du service de Médecine Interne : 02/614.37.10 ou 02/614.48.10.

lumineux, rdc, parking aisé, coin cuisine et salle d'attente commune avec pédiatre et ophtalmologue.
Tel:0478/440694.

A vendre, REGION LIEGE, 10min CHC Mont Legia, 15min centre ville, superbe maison parfait état, usage privé et/ou professionnel. Rez: hall, bureau, wc, gd living, sàm, salon, veranda, cuisine, sdjeux, buanderie, bureau, terrasse. 1er: 5 ch, 2sdb, grenier. 2e: 1 ch, cab. toilette. Garage, beau jardin, caves. Contact 085314242, heures bureau. Immoweb 6431799

A vendre fontaine l'évêque maison de maître 3 façades,entièrement rénovée, convenant pour profession libérale, à proximité R3,CHU Vesale et Lobbes À voir absolument! Tel 0475 830658

A louer: cabinet médical ou paramédical comprenant 2 bureaux (9 et 25m²) et une salle d'attente avec secrétariat situé à Macon (Momignies).
Tel:0475/27.40.08.

Cabinets de consultation disponibles à Chaumont-Gistoux (brabant wallon). Cabinets équipés d'un bureau et d'une table d'examen si nécessaire. Location à la demi journée. Plusieurs plages horaires sont disponibles. Parking accessible et salle d'attente. Pour toute information, Mr. Brasseur (pb@medicalgistoux.be) ou le 0471/630170.

Cabinet médical dans centre de Court-St Etienne à louer. Cabinet de 32m², lumineux, rdc, parking aisé, coin cuisine et salle d'attente commune avec pédiatre et ophtalmologue.
Tel:0478/440694.

A vendre très bien situé app. pouvant convenir prof.lib. hall, grand living, 2 ch, sdb, cuis.équipée, cave, WC, possibilité gar en ss-sol, prox.métro, bus, W.Shopping Center. 290.000€
Tél.: 0479728208

Maison de maître sur Fontaine-l'Évêque
Maison 3 façades comprenant: cabinet médical (cessation d'activité) + salle d'attente, 4 chambres, hall, living, salon/salle à manger, cuisine, buanderie, salle de bain, wc, caves, grenier, garage, jardin + terrasse couverte. Chauffage central au mazout, châssis double vitrage, citerne à eau de pluie, groupe hydrophore
S'adresser au notaire LAMBIN: 071.52.31.77 (Fontaine-l'Évêque)

Vacances

Knokke.A Louer Zoutelaan Appartement 3 chambres;entièrement rénové. Tout confort ..Balcons,exposition sud ,1 er étage avec ascenseur .Emplacements voitures.Photos sur demande. Renseignements: 0498/114157

Cote d'Azur a.l. 2 maisonnettes 1Ch et 2Ch dans domaine gardé avec piscine. Prix/sem: 250 à 500 et 450-900€. Contact auribeau2017@outlook.com ou 0498 50 20 20

Cévennes, à louer Juillet et Août, ancien mas restauré, tout confort, dans propriété de 33 Ha, piscine à flanc de rocher, rivière sur 3 km.
tel: 083/213798
Site: www.masdelaborie.net

Luberon vue remarquable Roussillon villa 6 personnes toutes commodités Piscine privée chauffée 3 chambres 2 salle d'eau 3 terrasses au calme mais non isolé.
Dispo et infos au 0475/681301

Provence à louer:
Sympathique maison 12 personnes(une maison principale de 8 personnes + une petite annexe pour 4personnes). Région: Isle sur La Sorgue, piscine, rivière, vélos, barbecue...
Tarifs, photos,disponibilités et renseignements, voir notre site: www.borddesorgue.fr
0475/478301

Costa del Sol region Marbella Exceptionnel appartement à louer pour 4 à 6 pers..
Au coeur d'un des plus beaux golfs d'Espagne "Finca Cortesin"
Vue mer et golf.Emplacement garage. ZAPINVEST HOLIDAY / LOCATION / ref 2156

A louer: ARDECHE SUD havre de paix, 5ch piscine, calme, rivière; ideal vtt et randos à voir: www.pairet.be/gri-maldes tel 010 65 70 79

Luberon Gordes JOUCAs
Mas tout confort,piscine ronde 10m,Calmesur 50 ares,vue panoramique,amandiers oliviers lavandes,2 ou 3 ch,5ou 7 pers
MAI à Septembre.PHOTO VIDEO sur www.grand-vigne-joucas.be

A louer côte d'azur bormes les mimosas (domaine privé du cap benat)
Villa très confortable comprenant 4

chambres et sale de bain; logement prévu pour 11 personnes. Vue exceptionnelle sur la presqu'île de Saint Tropez, piscine de 15x7
Équipement menager complet wi-fi
04/2634096 0475/282890

Périgord superbe demeure XVIII 6-8 pers.,piscine,vue vallée
Prix exceptionnels 1.200 euros (06-09) 1.500 eur.(07-08)
0495:509838 site gaumière.wordpress.com La Gaumière

A louer La Panne appartement 2 chambres,7 personnes max, près de la mer, TV,équipement ménager complet,par semaine, quinzaine, mois
Tél 0474934003

A louer Costa del Sol, entre Marbella et Estepona, splendide penthouse avec superbe vue, près de la mer, 3 chambres, 3 salle de bain, garage, air conditionné, TV avec chaines francophones, WIFI.Photos sur demande. Renseignement 0474934003.

A louer Sud France Cantal belle maison cantalienne dans hameau isolé. 3chambres, SDB, SDD, LV, LL, FO

- randonnées-excursions Luberon et la Provence verte.
Site internet et photos sur demande.
Tel 0476/411.773

A louer Esparron de Verdon- très beau mas provençal avec piscine chauffée, pool house et vue panoramique sur le lac -3 ch-1sdd -1 sdb -cuisine supérieure- Salon de jardin.Club nautique-randonnées-gorges du verdon-luberon. Site int sur demande,Tel 0476 411 773

A louer luxueuse maison bord ocran BALI indonesie 4 chambres avec salles de bain en suite grande piscine et jardin, staff fourni avec petits dejeuners et possibilite autres repas Photos sur facebook "villa rigpa" tel 0475283891

Suisse 4 vallées Veysonnaz, à louer appartement Cosy 6 pers. à 200m de la piste de l'ours,beaucoup de charme, 2 semaines de Noel pour 1200 euros
0475/92.84.54

A louer: Haute Savoie Vallée des aravis Superbe chalet 4 chambres tout confort
Cybevasion.fr: chalet Aline gi6424
tel 0496266522

Location vacances Saint Cyprien (Languedoc Roussillon) les pieds dans l'eau.

Appartement à louer à la semaine pour 4 à 6 pers dans une résidence privée avec piscine, situé à 5 min. des plages dans une marina, comprenant 2 chambres, 1 sdb, 1 sdd, wi-fi, climatisation, cuisine équipée et lave-linge. Libre: mai, juin, octobre.
Prix pour 1 semaine: à partir de 500 euros.

Renseignements:
0477/56.26.76.



(Cantou),jardin 1 hectare avec tout le matériel, boulodrome, ping-pong extérieur, piscine HS.Libre juin, juillet, 15 au 30 août, septembre.
Tél: 0479/403076.

A louer Provence-Esparron de Verdon, belle villa rénovée et climatisée avec vue panoramique sur le lac d'Esparron-2 chambres-1 salle de bain neuve- grande terrasse -salon de jardin et barbecue-grand parking- club nautique - baignade-gorges du Verdon

Vous aussi souhaitez publier une annonce dans nos prochaines éditions?

Envoyez-nous votre petite annonce à l'adresse
petitesannonces@gambelnet.be



Dans la réflexion sur les réseaux, la participation des médecins dans la gouvernance de ceux-ci est un élément crucial. Sans une co-gouvernance équilibrée, la représentation des médecins sera démantelée. Et cette fragmentation serait précisément le coup mortel pour les réseaux!



Maître Filip Dewallens

La co-gouvernance financière des médecins hospitaliers en réseaux

Pour Pâques, les aspects juridiques des réseaux devaient être réglés. C'était sans doute un peu trop optimiste comme timing. Nous ne savons donc toujours pas comment le Fédéral rendra possibles ces réseaux hospitaliers. Un point sensible ici est le rôle que se verront attribuer les médecins hospitaliers dans ces réseaux.

Aujourd'hui, nous connaissons le double flux de financement polarisant dans nos hôpitaux. D'une part, il y a le budget des moyens financiers (BMF), qui doit couvrir les coûts du séjour des patients. Mais d'autre part, étant donné que le BMF n'est pas assez élevé, des contributions financières sont demandées aux médecins et aux patients. Vis-à-vis des patients, ce n'est pas si simple, parce que le législateur est d'avis que le BMF couvre tous les coûts hormis les exceptions prévues par la loi. Donc, même si l'intervention des pouvoirs publics via le BMF est trop faible, les surcoûts des soins ne peuvent pas être facturés au patient.

Sécurité juridique conflictuelle

Pour ce qui est de la retenue de coûts sur les honoraires, le législateur est un peu plus souple. Sur les honoraires, il n'y a pas non plus de retenues possibles s'ils sont déjà financés par le BMF. C'est le gestionnaire hospitalier qui doit toutefois démontrer que les coûts ne sont pas financés par le BMF. Le médecin hospitalier peut donc toujours contester une facture. Étant donné que l'intervention du BMF dans les coûts n'a pas toujours été formulée clairement, il y a une grande insécurité juridique, tant chez les médecins que chez les gestionnaires. Cette insécurité arrive aujourd'hui encore trop souvent à son paroxysme dans des conflits qui doivent être résolus par le tribunal.

Lorsque les retenues des coûts sont formulées en pourcentage de contribution sur les honoraires, les règles du jeu sont alors plus simples. Le Conseil médical joue alors le rôle de trésorier.

Des pourcentages de retenues ne peuvent en effet uniquement être augmentés que pour autant que le Conseil médical soit d'accord.

Quelles règles du jeu seront d'application dans les réseaux? Que savons-nous aujourd'hui déjà de ce nouveau financement? Que les soins médicaux seront divisés en clusters en fonction de leur prévisibilité, de leur complexité et des risques que comporte le traitement. Les soins à faible variabilité seront financés au moyen d'un prix fixe par patient traité et les honoraires seront rassemblés par traitement. Cela signifie que ces honoraires seront détricotés et devront être répartis sur les médecins qui étaient impliqués dans ce traitement. De plus, une concertation devra aussi avoir lieu avec l'hôpital, car les coûts non médicaux du traitement seront aussi repris dans le prix unique. Nul besoin d'être pessimiste pour déjà voir les prémices de nouveaux foyers de conflits. Quant au financement des soins à moyenne et haute variabilité, nous en savons peu, à part qu'il y aura probablement des financements pour référer et renvoyer. Cela s'inscrit donc parfaitement dans la philosophie des réseaux.

Les médecins au niveau du réseau

En outre, les réseaux pourront quand même, et plus qu'on le pensait initialement, déterminer leur propre rythme d'intégration et le contenu de leur gouvernance. Le niveau du réseau se verra attribuer quelques compétences qui touchent bien l'offre de soins et la stratégie. Mais apparemment, on pense aussi à la possibilité d'engager des médecins au niveau du réseau, par exemple pour des traitements qui ne sont proposés qu'à ce niveau. C'est assez révolutionnaire. Aujourd'hui, un médecin hospitalier est toujours attaché légalement à un hôpital. Quel statut ces médecins de réseau auront-ils donc et quelles dispositions de protection seront d'application?

Ce sont là encore deux inconnues. Toutes les autres compétences (c.-à-d. les compétences résiduelles) se maintiendront au niveau de l'hôpital par le principe de subsidiarité. Il y aura un Conseil médical au niveau du réseau qui sera compétent pour les questions du réseau afin de pouvoir éviter des avis contradictoires des conseils médicaux sous-jacents. Mais les conseils médicaux continueront donc heureusement d'exister.

Quels points d'action les conseils médicaux doivent-ils prendre en considération à court terme? Tout d'abord, ils doivent être impliqués dans la construction des réseaux, dans la création du réseau. À ce moment-là, une co-gouvernance peut encore y être négociée. Plus tard, cela deviendra beaucoup plus compliqué. Les conseils médicaux deviendront, probablement encore plus qu'aujourd'hui, la plaque tournante de la représentation médicale. Ils désigneront des représentants dans le conseil de réseau. Ces représentants ne pourront pas trop se distancer de ce que prévoient les conseils médicaux. La compétence des conseils médicaux de désigner des gestionnaires externes pourrait être directement ancrée dans la construction du réseau.

Enfin, n'oublions pas l'impact de la politique des investissements médicaux. Si on a l'idée de créer des fonds d'investissement au niveau du réseau, il faut alors bien réfléchir à la question de savoir si ces fonds ne doivent pas avoir de cloisons, afin que la provenance et l'attribution des moyens puissent rester quelque peu équilibrées pour chaque hôpital du réseau.

Le grand avantage d'une co-gouvernance poussée avec les médecins est qu'ils développeront de ce fait nécessairement de l'empathie pour la politique des réseaux. Sinon, la distance entre le lieu de travail des médecins et le Conseil médical du réseau deviendrait trop grande. Sans une co-gouvernance équilibrée, la représentation des médecins sera démantelée et cette fragmentation constituerait précisément un coup mortel pour le réseau. ■

Le SPÉCIALISTE
L'ACTUALITÉ DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

Le Spécialiste est une publication réservée aux médecins spécialistes et médecins spécialistes en formation.

Bimensuel • 21 numéros/an

Tirage: 18.500 exemplaires

Rédactrice en chef:
Valérie Kokoszka

Collaborateurs rédactionnels:

Erik Briers, Dominique-Jean Bouilliez, France Dammel, Jean-Yves Hindlet, Michèle Langendries, Vincent Liévin, Johanne Mathy, Philippe Mauclet, Martine Versonne, Jean-Luc Schouvelier, Albin Wantier, Valérie Kokoszka

Assistants de rédaction: Kris Heyvaert, Julie Gueulette

Régie publicitaire: Philip Bergé
ph.berge@lespecialiste.be

Production:
Sandrine Virleée, Witold de Campo, Isabelle André

Coordinateur général:

Pascal Selleslagh

Editeur responsable:

Dr Vincent Leclercq

Abonnement annuel (Belgique):
200€

Tous droits réservés, y compris la traduction, même partiellement. Paraît également en néerlandais. L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable du contenu des articles signés, qui engagent la responsabilité de leurs auteurs. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande une vérification extérieure des attitudes diagnostiques ou thérapeutiques recommandées.

Copyright

Gambel net

Gambel sprl
Avenue des Fougères 6
1950 Kraainem
Tel 02/785.07.20
Fax 02/731.33.55
E-mail info@gambelnet.be