



Le journal du Médecin

www.lejournaldumedecin.com

LA RÉFÉRENCE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

40^E ANNÉE N° 2593 - VENDREDI 28 JUIN 2019 - € 3 - HEBDOMADAIRE - P309580 - BOULEVARD HENRI D'ARLON - RUE DE LA FUSÉE 50, BTE 14 - 1130 BRUXELLES

Le contingentement des MG ne se résume pas aux quotas

Le Collège de médecine générale (CMG) bat en brèche les discussions passées autour de la définition du nombre de médecins généralistes pour le futur. Les numéros Inami, l'examen d'entrée, les quotas et les comparaisons avec la Flandre tournent à vide. Pour le CMG, il faut plus que « des mesures partielles à court terme » grâce à « l'élaboration d'un plan stratégique de développement de santé publique à l'échelon fédéral, régional et communautaire avec une vision cohérente et à long terme (20 ans) basée sur une évaluation scientifique des besoins de la population en santé ».

« Pour procéder à un contingentement éventuel ou une régulation, les besoins réels en matière de nombre de médecins généralistes (MG), mais également de médecins spécialistes (MS), doivent d'abord être établis », estime le CMG. « La régulation et le contingentement actuels définis par les autorités semblent mettre la charrue avant les bœufs. Une analyse approfondie pour établir les (sous-)quotas de médecins (MG et MS) est nécessaire. »



Lire page 5

Un trou de 340 millions

Cette année, le budget de l'Inami présente, selon les dernières estimations techniques, un excédent de 18 millions d'euros. Pour l'année prochaine, il manquerait – à politique inchangée – 340 millions d'euros.

Selon plusieurs représentants des syndicats médicaux, présents à la Commission nationale médico-mutualiste du 17 juin, la sous-partie du budget des médecins est en boni à hauteur de 52 millions d'euros. Il est rassurant de savoir que le gouvernement actuel (en affaires courantes) n'est pas en train de chercher en urgence des mesures d'économies pour compenser un déficit. Cela s'annonce moins bien pour 2020.

Selon, le Dr Roel Van Giel (AADM) il y aura en 2020, 160 millions de dépenses 'one shot', des déficits uniques qui ne seront pas reportés sur les années prochaines.

Grâce à l'introduction de eAttest chez les dentistes, par exemple, les facturations se feront plus rapidement. Cela provoquera une augmentation temporaire des dépenses. Mais la plus grande partie du dépassement du budget de 340 millions provient à nouveau des dépenses du secteur du médicament.

Les montants repris dans les estimations techniques sont indicatifs. Ils peuvent encore être modifiés grâce à des ajustements. Mais le gouvernement

en affaires courantes ne va probablement pas participer à la confection du budget 2020 des soins de santé. Que fera le prochain gouvernement, se demande le Dr Van Giel. Va-t-il fermer les yeux sur les dépassements ponctuels et temporaires? Va-t-il chercher dans le secteur pharmaceutique ou ailleurs pour compenser les dépassements du budget des médicaments? À quelles économies supplémentaires les médecins doivent-ils s'attendre, dans le contexte d'un déficit de 10 milliards d'euros en 2020 pour le budget fédéral.

Marc Moens, président honoraire de l'Absym, partage ses préoccupations quant au budget alloué aux médecins en 2019. Il pointe un dépassement du budget de 3,5 millions d'euros dans la rubrique « consultations et visites ». Pour d'autres secteurs, il y a un excédent. Pour la chirurgie, ce « boni » s'élève à 27,5 millions d'euros. Pour rappel, en 2019 la plupart des secteurs n'ont pas été indexés, mis à part les honoraires des consultations et des visites.

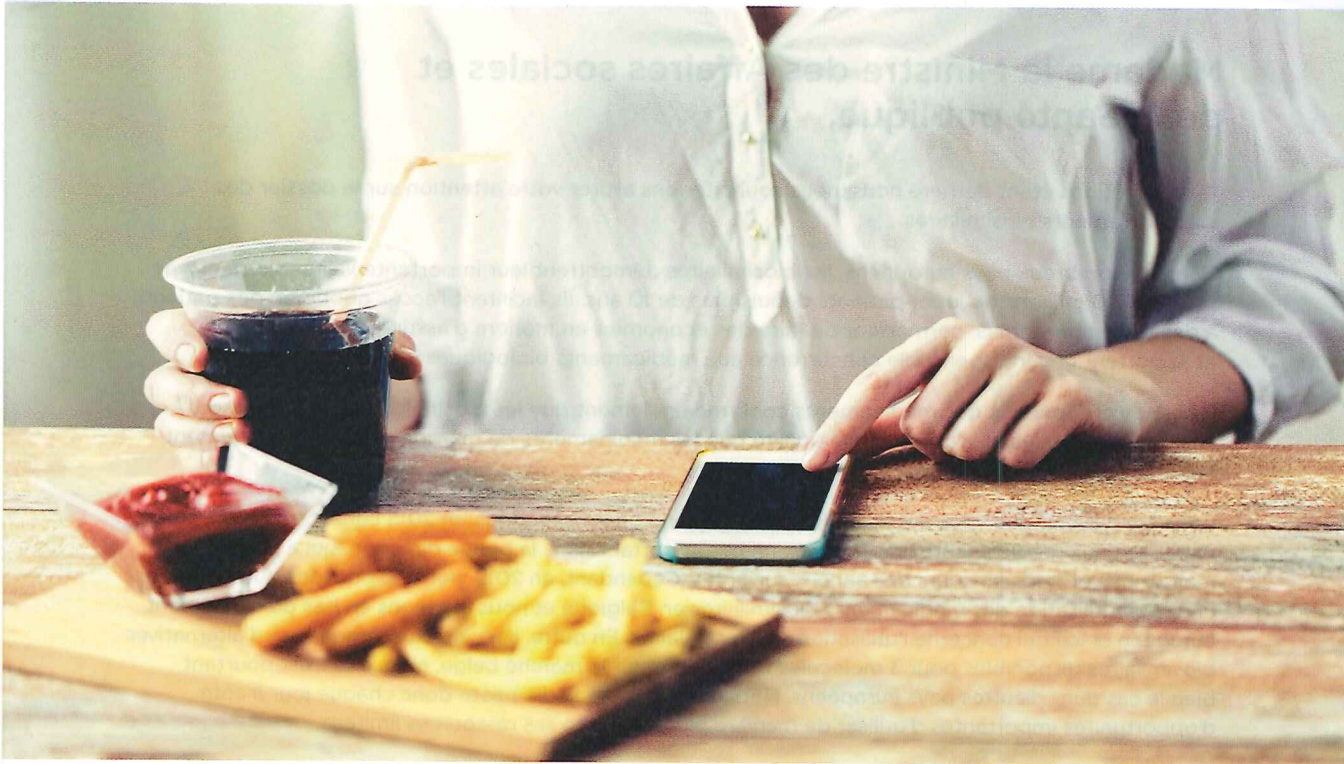
Wouter Colson

2 Médecine pour le peuple rentre dans l'Ordre

8 Maladies rares : remboursement et assistance

10 Autisme : nouveaux espaces de recherche

Pour en finir avec les régimes hypocaloriques



©Belga Image

NUTRITION Pourquoi grossit-on ? Comment maigrir ? À l'occasion de la journée de l'obésité, le 18 mai dernier, la Clinique du poids idéal du CHU Saint-Pierre à Bruxelles, a organisé un congrès sur la prise en charge de cette affection.

« **L'**évolution du poids des Belges commence à devenir alarmante : près de la moitié des adultes sont en surpoids et 14% obèses, et un jeune sur cinq est en surpoids et 7% obèses », fait observer le Dr Lucia Capone, médecin nutritionniste, qui a expliqué pourquoi il fallait oublier les régimes restrictifs.

Comment en est-on arrivé aux régimes hypocaloriques ? « Au départ, cela a correspondu à un simple calcul mathématique : il suffit de diminuer les entrées et d'augmenter les dépenses pour perdre du poids. Partant du principe que 1 g de graisse correspond à 9kcal, 1 g de sucre ou de protéines à 4kcal, à partir des années 50, on a commencé à chasser les graisses et, à partir des années 60, on a commencé à prescrire des régimes hypocaloriques. » Avec en corollaire une pyramide alimentaire désuète mettant en avant les céréales et les féculents, l'apparition de produits trafiqués, allégés, et des édulcorants, et la démythification des produits qui contiennent du sucre. « Y compris les féculents, alors qu'un

féculent n'est pas l'autre : une tranche de pain gris correspond plus ou moins à 3,8 morceaux de sucre, un quart de baguette à 14,4 morceaux de sucre... »

Pièges multiples

Les répercussions sur la santé ne sont pas négligeables, avertit-elle : « On forme des réserves sous forme de glycogène mais l'organisme fonctionne avec très peu de glycogène et l'excédent de sucre est transformé en graisse. Donc, ce n'est pas le bon plan de favoriser à ce point les féculents au détriment notamment des bonnes graisses. De plus, quand il y a des apports importants en sucre, la sécrétion en insuline augmente or, elle favorise aussi la synthèse du gras (qui a un tropisme abdominal). Tous les circuits de dépendance au sucre sont en place et une série de maladies métaboliques font ainsi leur apparition. »

Autre piège, celui des édulcorants : « L'industrie agro-alimentaire nous a baigné les oreilles avec les produits light, mais des études récentes prouvent que le cerveau se laisse berner par le goût sucré, sans faire la différence entre vrai et faux

sucré, et il y a stimulation de la sécrétion d'insuline et d'incrétine. »

Même combat avec le fructose : « On a remplacé le vrai sucre par du fructose ajouté dans un tas d'aliments. Or, on sait que le fructose stimule la lipogenèse et favorise la surcharge hépatique. Actuellement, on se retrouve avec une épidémie de la maladie du soda ou NASH. Avoir une résistance à l'insuline ou des inflammations métaboliques qui découlent de l'obésité, ce n'est pas anodin. » Dans une récente étude menée sur 41 enfants privés pendant dix jours de fructose ajouté dans l'alimentation, on a remarqué, au bout de dix jours seulement, une diminution de la lipogenèse chez tous, qu'il y ait eu ou non perte de poids.

L'art du yoyo

Des études concordent pour dire que la restriction calorique ne marche pas : un rapport de l'Anses de 2010 montre qu'après un an seulement d'arrêt du régime, 80% de la population reprend du poids. Pourquoi ? « Il y a d'abord des changements neurobiologiques », explique Lucia Capone. « La restriction

et la privation entraînent des frustrations sur le plan social et individuel. À la longue, le cerveau devient hypersensible à la palatabilité des aliments et à l'effet récompense. Le stress chronique lié à la privation provoque aussi une reprise de poids et le sujet augmente sa recherche de nourriture à faible densité nutritionnelle et à haute valeur calorique. »

Il y a aussi des changements hormonaux : la perte de la masse grasse provoque une diminution de la sécrétion de leptine (effet anorexigène) et une augmentation de celle de ghréline (orexigène) : « Voilà pourquoi à la fin d'un régime hypocalorique, on a plus d'appétit qu'avant. Une étude de 2017 montre que le régime restrictif engendre une inflammation chronique qui favorise la reprise de poids à la fin du régime. »

Enfin, il y a des changements métaboliques : « Le corps s'habitue à fonctionner avec moins de calories, par conséquent, dès qu'on reprend une alimentation 'normale', on reprend du poids : les kilos perdus plus une marge supplémentaire, c'est l'effet yoyo. »

« Ce n'est pas le bon plan de favoriser à l'extrême les féculents au détriment notamment des bonnes graisses. »

Quelle solution ?

« Il faut d'abord se poser la question 'pourquoi est-on en excès de poids ?', conseille le Dr Capone. « Les causes sont multiples : métaboliques, endocriniennes, psychologiques, sédentarité etc. Il faut donc être pris en charge par des professionnels qui vont lancer des pistes de recherche : anamnèse alimentaire et médicale, bilan de santé, examens complémentaires... Il faut arrêter de compter les calories, arrêter les régimes restrictifs farfelus, encourager la personne à revoir son mode de vie, à réapprendre à manger correctement et à corriger les éventuelles problèmes de santé responsables de l'obésité. »

Martine Versonne

>> www.bwlc.be

un avis approfondi du Pr Coucke sur l'éventuelle percée des nouvelles technologies dans les soins de santé belges, voire des recommandations de ce dernier pour y arriver.

Des propositions

Pour répondre aux nombreux défis liés aux nouvelles technologies, le natif de Gand recommande de mettre en place un nouvel écosystème. « On a insisté plusieurs fois sur la quantité de données médicales qui seront à dispo-

locaux et de faire confiance au cloud. Concernant la sécurité de l'échange dans un tel écosystème, l'homme prône la chaîne de blocs comme solution. C'est la fameuse *blockchain* dont beaucoup ont entendu parler et nombreux ne comprennent rien. « Il s'agit d'une technologie de stockage d'information, distribuée et partagée, qui permet la transmission de données de façon traçable entre utilisateurs de confiance », « La solution se caractérise par l'absence d'une instance de contrôle centralisée. La chaîne de blocs

me garantir, depuis la mise en place du RGPD, le Règlement général sur la protection des données, par la Commission européenne en 2018, que vous savez à tout moment où se trouvent les données, qui y a accès ou les a consultées ? »

L'humain à la marge ?

Si le livre fait la part belle à la technologie, certains sujets auraient mérité une approche plus approfondie. C'est le cas du rôle du médecin dans ce nouvel écosystème qui est trop peu élaboré. Bien que l'ouvrage comporte un chapitre dédié aux problèmes de la réglementation, on regrettera également que le cadre réglementaire et le débat éthique ne soient abordés que de manière sporadique.

On ne peut toutefois pas parler de confiance aveugle en les nouvelles technologies puisque l'auteur aborde également les questions liées au transhumanisme notamment. Mais l'humain est trop peu présent. Il pèse une sorte de fatalité sur l'avènement des technologies qui laisse peu de place à l'optimisme et au futur de la médecine au côté de la technologie et non par la technologie. Même si dans ses conclusions, l'auteur note que le nouvel écosystème qui accompagnera les nouvelles technologies est « une formidable opportunité pour replacer l'intérêt du patient au centre de la prise en charge et de le responsabiliser comme acteur. Les soignants, submergés aujourd'hui par des tâches

peu valorisantes et par des flux ininterrompus de données dont ils ne savent plus que faire, pourraient en embrassant ces nouvelles technologies mettre à profit le temps reconquis pour revenir aux vraies valeurs de ces formidables métiers de soignants : accompagner, expliquer, coordonner le parcours de soins et surtout avoir de l'empathie. Le médecin n'est pas appelé à disparaître, pas de sitôt ! Mais ceux qui ne comprennent pas la nécessité de prendre ce train à grande vitesse en marche risquent fort de se retrouver bien esseulés sur le quai, au profit de ceux qui s'adaptent au nouvel écosystème et aux attentes des bénéficiaires de soins. »

Laurent Zanella

>> La médecine du futur, Ces technologies qui nous sauvent déjà, Pr Philippe Coucke, Mardaga, juin 2019

Philippe Coucke : « Les médecins sont viscéralement allergiques à des changements majeurs. Nos politiciens très frileux ne leur imposent pas non plus des approches innovantes, bien au contraire. »

sition des soignants. Ils seront littéralement noyés. Ils vont forcément devoir faire appel à de l'IA pour en distiller et le diagnostic et le choix thérapeutique. Ces données qui proviennent de multiples sources nécessitent d'être échangées, croisées, complétées si on veut réellement exploiter le potentiel du big data. Pour collectionner et échanger ces données, il faut un format « standard » qui facilite l'interopérabilité. Visiblement, ce n'est pas gagné d'avance, même si maintenant des efforts sont consentis et des règles établies par les législateurs. »

Le professeur recommande également aux hôpitaux de se passer de serveurs

est donc une base de données distribuée. Dans une infrastructure de ce type, on a vérifié les liens internes à l'entrée. On le fait régulièrement par la suite afin d'instaurer de la confiance. Le registre distribué permet de tracer l'addition de nouvelles informations, de les valider et de les protéger contre toutes modifications. C'est ce principe de contrôle transparent qui restaure la confiance entre utilisateurs. »

« Je me doute bien que certains sont réfractaires à cette technologie », continue Philippe Coucke. « Mais à ceux-là, j'aimerais simplement adresser la question suivante : comment pouvez-vous

Pr Philippe Coucke

La médecine du futur Ces technologies qui nous sauvent déjà



Affaire Vincent Lambert : la Cour de cassation se prononcera aujourd'hui

DROIT

La cour d'appel de Paris pouvait-elle ordonner la reprise des traitements de Vincent Lambert ? La Cour de cassation a examiné lundi cette question juridique liée au sort de ce patient tétraplégique en état végétatif depuis dix ans, devenu symbole du débat sur la fin de vie en France. La plus haute juridiction de l'ordre judiciaire rendra sa décision à 17h00.

À l'audience, le procureur général François Molins a préconisé de casser la décision de la cour d'appel et ce, « sans renvoi » devant une autre juridiction. Si la Cour de cassation suit son avis, cela rendra possible un nouvel arrêt de l'hydratation et de l'alimentation

du patient par ses médecins du Centre hospitalier universitaire de Reims, dans le nord de la France.

Réunie en assemblée plénière, sa formation la plus solennelle, la Cour de cassation devra trancher un débat purement juridique en disant notamment si le juge judiciaire - la cour d'appel - était compétent alors que ce type de litige relève habituellement de la justice administrative.

Elle n'est pas saisie de la question de la fin de vie de cet ancien infirmier de 42 ans, victime d'un accident de la route en 2008.

Après des années de procédures entre les membres d'une famille déchirée, l'équipe du CHU de Reims qui s'occupe

de Vincent Lambert avait débuté le 20 mai l'arrêt de l'alimentation et l'hydratation le maintenant en vie dans un état végétatif irréversible, couplé à une sédation « profonde et continue ». Mais quelques heures plus tard, la cour d'appel de Paris, saisie par ses parents qui dénonçaient une « folie », avait ordonné contre toute attente la reprise de ces traitements, comme demandé par un comité de l'ONU, en attendant que celui-ci se prononce sur le fond du dossier. L'État français, les ministères de la Santé et des Affaires étrangères et le CHU de Reims s'étaient pourvus en cassation.

Leurs avocats, dans un front commun avec ceux de l'épouse et du cousin

de Vincent Lambert, favorables à un arrêt des traitements, ont plaidé pour la cassation préconisée par le procureur général, estimant que la Cour d'appel s'est arrogé une compétence qu'elle n'avait pas.

« Après vous, il n'y aura plus rien à juger », a lancé l'avocat de Rachel Lambert à la Cour. « Vous mettrez ainsi un terme définitif à cette affaire en laissant s'exécuter la décision d'arrêt des soins du corps médical. »

L'avocate des parents Lambert, catholiques intégristes, a demandé le rejet des pourvois au nom du respect des demandes du comité de l'ONU : « Il n'y a aucune urgence à tuer Vincent Lambert. »

S.L.