
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

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

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 3 / AVRIL 2001

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

ADIEU, VICTOR

Accompagné de Colette, il s'était encore rendu à l'assemblée générale statutaire de février 2000. Deux êtres inséparables, qui étaient également indissociables du GBS. Comme s'ils avaient fusionné en une seule entité.

"Pour la quarante-deuxième fois", avait-il déclaré en étalant un large sourire, "d'abord comme représentant des pédiatres et ensuite comme Secrétaire général".

"En es-tu sûr?", avait-elle rétorqué sans tarder, non pas parce qu'elle mettait en doute son calcul mais avec un air presque attendri car, même dans les choses les plus banales, "oui" et non", la thèse et l'antithèse, la pensée critique faisaient partie intégrante de leur vie de tous les jours. Comme s'ils avaient fusionné en un seul psyché.

Et il lui lança un regard de défi tout en la menant par le bras vers la salle de réunion. "Evidemment", avait-il encore répondu.

C'est la toute dernière fois que nous les avons vus ensemble. Tels des témoins silencieux et chers du passé, la mémoire collective qui repose au fond de notre être, de sorte que nous compatissons.

Plus tard dans l'année, sa santé avait chancelé. Après une intervention, malheureusement, c'était au tour de l'homme de chanceler. Peu de temps après la quarante-troisième assemblée annuelle, il s'en est allé dans un échange de regards déchirants avec sa compagne, avec encore en mémoire les centaines d'éditoriaux et de comptes rendus qu'il avait rédigés, pesant chaque mot avec la minutie d'un orfèvre, car il n'ignorait pas que c'était et cela reste notre pensée.

Adieu, Victor Chevalier, nous tenons à t'exprimer notre plus profonde gratitude pour tout ce que tu as entrepris pour cette, pour ton, organisation. Ta science, ta sensibilité, ton humour, ton jugement, tes valeurs éthiques, ta tolérance sans oublier ton sourire amical nous manqueront. Tu étais originaire du Borinage, une région minière rude et noire, mais tu avais ensuite parcouru le monde entier. Il y a quelques semaines, tu as entamé ton ultime voyage. Tu as mérité une place quatre étoiles là-haut.

A Madame Colette Chevalier-Théwissen, nous tenons humblement à exprimer notre sympathie, notre sincère gratitude et l'amitié des nombreux collègues qui l'ont connu. A leurs enfants et petits-enfants, nous pouvons également dire que leur père et grand-père était un grand homme.

Au nom du Comité directeur du GBS

Le Dr Victor Chevalier a été secrétaire-général du GBS de février 1966 à février 1990. Il a également été secrétaire de l'Association professionnelle belge des pédiatres de 1958 à février 1983.

LE GOUVERNEMENT CONCOCTE UNE "MEGA-LOI"

Dans les prochains mois, l'unanimité parmi les médecins spécialistes sera plus que jamais essentielle pour leur avenir. Tout le monde n'en a pas conscience pour l'instant. Et les développements les plus récents suivant un schéma politique bien défini ne sont pas non plus de nature à faciliter une telle prise de conscience.

L'accord médico-mutualiste vient à peine d'être conclu qu'un train important d'économies est décidé, plusieurs milliards devant être immédiatement épargnés suite à la bombe à répétition que le gouvernement a placée dans l'assurance-maladie il y a un an. Une cascade d'économies donc. Jusqu'il y a peu, nous vivions encore dans une logique pratiquement exclusivement budgétaire. Aujourd'hui, nous vivons dans la logique virtuelle des objectifs budgétaires. S'agit-il d'ailleurs d'une "logique"? En effet, en marge de cette valse des économies, le gouvernement envisage une réduction des recettes fiscales de pas moins de 150 milliards...

Et loin de rendre les choses plus aisées, le gouvernement pense dévoiler dans les prochains jours sa grande loi récapitulative sur les soins de santé : toute une série d'adaptations de dispositions existantes et de nouvelles dispositions concernant l'assurance-maladie, les mutuelles, les médicaments, les hôpitaux, l'art de guérir, les droits des patients, etc.

Le projet a fini par prendre une telle ampleur, avec un "timing" si court, qu'il a été décidé de postposer certains de ses éléments. Il y aura donc une deuxième "loi relative à la santé". En effet, il est, par exemple, rapidement apparu que les "droits du patient", une matière qui a déjà fait l'objet de plusieurs initiatives à la Chambre ainsi que d'auditions en ce début d'année et de siècle, nécessiteront un large débat socio-éthique. Espérons que le bon sens et la recherche du véritable intérêt du patient l'emporteront : il n'est point besoin de droits virtuels. Comme le lecteur pourra le constater dans la suite de ce numéro, dans nos commentaires relatifs au projet de la ministre Aelvoet, il n'est pas du tout exclu que même les juristes les plus compétents peuvent avancer les idées les plus superficielles et que dans certains quasi-slogans, l'intérêt du patient n'est souvent pas le principe moteur sous-jacent.

Dans la nouvelle mouture de la loi sur les hôpitaux, l'article 138 est reformulé afin de résoudre, d'une manière qu'il faut espérer équilibrée, le problème toujours en suspens de l'article 50bis de la loi S.S.I. (la problématique des suppléments d'honoraires). Ce dernier article sera supprimé de la loi S.S.I. dans le volet "assurance-maladie", conformément à l'engagement du ministre Vandembroucke dans le cadre de l'accord médico-mutualiste.

Cependant, dans le même temps, toute une série de dispositions inquiétantes sont insérées, qu'il s'agisse d'atteintes très importantes au statut du médecin hospitalier (qui ne sera bientôt plus un citoyen à part entière) ou de menaces directes à l'encontre de la médecine extra-hospitalière (qui devient le jouet des grands lobbies). En résumé, des matières très controversées qui avaient encore amené les médecins à entreprendre des actions dures il y a quelques années.

Plus loin dans ce numéro, nous vous donnons un aperçu des mesures les plus radicales et nous sommes revenus sur certaines d'entre elles dans une ultime tentative adressée au Premier ministre. Plusieurs de ces interventions conduisent à un darwinisme économique

implacable basé sur une inégalité dirigée des chances. Car l' "hospitalocentrisme" n'est plus le terme approprié. Le centrisme des "mégastructures" devient le nouveau leitmotiv.

Il vise à l'assujettissement professionnel définitif de la médecine, à la fin d'une profession "libérale" et du mythe désormais difficilement crédible du libre choix du patient. On ne cache plus la différence subtile entre "démocratie" et "démagogie", une différence qui se situe dans l'approche de l'intérêt du citoyen, de l'homme.

C'est pourquoi il est plus que jamais impérieux que la profession soit unie. Il faut être complètement aveugle pour ne pas s'en rendre compte.

PROJET DE LOI PORTANT DES MESURES EN MATIERE DE SOINS DE SANTE

(traduction)

Monsieur G. VERHOFSTADT
Premier ministre
Rue de la Loi 16
1000 Bruxelles

Bruxelles, le 13 mars 2001

Monsieur le Premier ministre,

Concerne : Projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé

Pas moins de 25 articles du projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé nous plongent dans la stupeur. Ils préfigurent le déclin irréversible de toute forme de liberté de l'exercice de la profession dans les secteurs médical et paramédical avec la mise en place permanente du collectivisme cloisonné ("zuilcollectivisme"). Est-ce là le "gouvernement Verhofstadt"?

Quelques-uns de ces articles suffisent pour déclencher une véritable révolution gauchiste dans le paysage des soins de santé. Ce qui, durant la période des quasi-pouvoirs spéciaux du précédent gouvernement, avait déclenché les grèves des médecins passerait aujourd'hui sans problème à travers les mailles du filet :

CLOISONNEMENT ("VERZUILING")

- L'art. 74 insérant l'art. 8, 9°, dans la loi sur les hôpitaux, définit la notion de "patient hospitalier". C'est donc le patient de l'hôpital et non plus le patient du médecin ou ... de la société professionnelle médicale, même pas pour les soins purement ambulatoires. Le gouvernement entend-il exclure définitivement l'exercice de la profession médicale dans le cadre d'une société unipersonnelle ou pluripersonnelle? Assez étrangement, le terme "patient hospitalier" n'est utilisé nulle part ailleurs dans la loi sur les hôpitaux. Cette définition est donc totalement superflue et doit être supprimée.
- L'art. 75 insère un art. 9ter instaurant un système de "réseaux" de "prestataires de soins" ("zorgaanbieders" en néerlandais) ... et de "circuits de soins", naturellement à partir des grands hôpitaux. Cet hospitalocentrisme au carré permet aisément d'assujettir ou d'éliminer toutes les initiatives de pratique indépendante individuelle.

Dans ou en dehors de l'hôpital. Cet article doit également être supprimé. Tout citoyen qui "consomme des soins de santé" deviendrait directement ou indirectement un "patient hospitalier" et perdrait dès lors son droit au libre choix du dispensateur (comme la ministre Aelvoet l'écrit dans son projet portant sur les droits des patients).

- L'art. 77 supprime définitivement le principe de la "gestion distincte de l'hôpital". C'était une limitation fondamentale des frais d'exploitation pouvant être répercutés sur les honoraires conformément au funeste art. 139bis que le précédent gouvernement avait promis de retirer avant d' "oublier" de le faire. Demain, une méga-asbl peut placer si nécessaire l'ensemble du secteur hospitalier flamand, bruxellois ou wallon avec ses circuits de soins et ses réseaux sous une seule gestion. On peut dès lors dire adieu à la médecine "libérale".

L'ETATISATION

- L'art. 31 prévoit la possibilité de fixer distinctement le budget des soins dispensés aux "patients hospitaliers" susvisés ("qui y sont admis et peuvent y séjourner" – cf. art. 2 de la loi sur les hôpitaux). Et le Roi peut même désigner les hôpitaux auxquels le budget est alloué. Ceci dénote une volonté manifeste de porter préjudice à la pratique extra-hospitalière pour des prestations qui sont identiques. En fait, on entend payer les soins ambulatoires désormais qu'à partir des hôpitaux.
- L'art. 33 peut conduire à l'incorporation des honoraires médicaux dans le budget des moyens financiers des hôpitaux. Les tarifs des honoraires réduits sont alors fixés par A.R., soit réglementairement (le système des accords devient-il dès lors superflu pour la médecine hospitalière?), soit par convention. Une partie, de préférence marginale sans doute, doit en effet rester variable, le statut social des salariés devenant progressivement trop coûteux.
- Last but not least, l'art. 132 prévoit que les médecins hospitaliers encore "indépendants" doivent conclure des conventions individuelles dans lesquelles l'élément essentiel des conditions de travail, à savoir le montant qui leur revient, ne peut même plus être contractuel.
Les médecins ne seront bientôt plus des citoyens à part entière. Nous ne pouvons pas l'accepter et exigeons qu'il faille au moins l'avis renforcé des conseils médicaux pour les médecins hospitaliers au cas où le gestionnaire décide de mettre un terme aux rapports juridiques.

Monsieur le Premier ministre, nous sommes stupéfaits par le contenu d'un certain nombre d'articles du "projet de loi en matière de soins de santé" que votre gouvernement entend présenter au Parlement prochainement. Outre les dispositions précitées, plusieurs autres mesures et sanctions nous semblent dictées par une constante politico-sociologique qui prend de l'ampleur. Elle porte déjà un nom, "iatriisme", et dénote une nouvelle forme de réductionnisme social à l'égard d'une catégorie professionnelle bien déterminée. La nôtre.

Nous tenons malgré tout à vous remercier, vous et le Groupe libéral, pour la résistance que vous avez opposée au fameux art. 50bis de la loi S.S.I. et à la solution finale prévue dans ce projet de loi.

Nous espérons dès lors que vous accepterez de prendre en considération ces quelques points. C'est d'une importance capitale pour la liberté de la profession.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Premier ministre, en l'expression de notre considération distinguée.

Dr M. MOENS
Secrétaire général

Prof. Dr J. GRUWEZ
Président

c.c. : A Monsieur L. MICHEL
Vice-Premier ministre

**LE GBS EST EN DESACCORD AVEC LES DERNIERES MESURES RELATIVES
AU FINANCEMENT DES HOPITAUX ET DES FORMATIONS DE SPECIALISATION**

Le ministre F. VANDENBROUCKE a pris tout récemment une série de mesures concernant le financement des hôpitaux (A.M. du 12.1.2001, M.B. du 6.2.2001). La palme revient aux dispositions prévoyant le financement de la fonction de formation à l'aide de la sous-partie B4 du budget hospitalier, à savoir :

- un montant de 1.200.000 FB par maître de stage,
- 190.000 FB par médecin spécialiste en formation.

Ces montants sont attribués (*n.d.l.r. : à concurrence de 50 % pour 2001*) aux hôpitaux – universitaires ou non universitaires, dit le texte, mais... – pourvu que les conditions suivantes (*en italiques, nous vous livrons nos premières réflexions; il va sans dire que des procédures juridiques seront engagées contre ces mesures*) soient remplies :

- être agréé pour les formations complètes dans les principales spécialités médicales, chirurgicales et médico-techniques (*n.d.l.r. : qu'entend-on par "principales"? Pourquoi pas une rémunération pour les MACS dans les services de stage agréés pour une formation partielle?*);
- assurer à tout moment au sein de l'hôpital la formation d'au moins un candidat spécialiste ayant un plan de stage agréé par 10 lits agréés (*n.d.l.r. : quel est le fondement de ce raisonnement? Pourquoi pas une rémunération des MACS dans les hôpitaux ayant un nombre inférieur d'assistants?*);
- rémunérer eux-mêmes tous les candidats spécialistes et appliquer les dispositions prévues à l'article 15bis de l'arrêté royal du 28 décembre 1944 (*n.d.l.r. : le statut social particulier "sui generis" des candidats spécialistes et donc pas la réglementation ONSS des travailleurs salariés. "Eux-mêmes" signifie-t-il que la réglementation par laquelle l'hôpital du stage paie la rémunération du candidat à l'hôpital universitaire est exclue?*);
- employer au minimum un médecin hospitalier, exprimé en équivalent temps plein, par 3 lits agréés (*n.d.l.r. : quelle est la signification socio-juridique de "employer"? Entend-on uniquement "employer" dans l'hôpital percevant la rémunération ou également dans d'autres établissements?*);
- prouver que plus de 70 % de leur activité médicale est effectuée par des médecins à temps plein (*n.d.l.r. : en quoi cela concerne-t-il la formation?*);

- rémunérer plus de 70 % des médecins exprimés en équivalents temps plein par un salaire pour leur activité complète (*n.d.l.r. : en quoi cela concerne-t-il la formation? Le "statut de l'art. 15bis" du MACS est-il compris? Mêmes questions que pour "employer"?*);

- effectuer la perception centrale de tous les honoraires médicaux (*n.d.l.r. : en quoi cela concerne-t-il la formation?*);

- appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs de l'engagement selon les conditions qui, dans l'accord national médico-mutualiste, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs (*n.d.l.r. : en quoi cela concerne-t-il la formation? La liberté légale de se déconventionner est en principe bien respectée, il ne peut d'ailleurs pas en être autrement, bien que l'on est en droit de se demander ce que "pour l'ensemble de l'hôpital" signifie en ce qui concerne la possibilité d'un conventionnement partiel.*

En l'absence d'accord, appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance maladie, selon les conditions qui, dans le dernier accord, sont d'application aux médecins conventionnés.

Les hôpitaux concernés devaient introduire au ministère, pour le 31.3.2001 au plus tard, un dossier mentionnant le nombre de maîtres de stage et de candidats spécialistes et d'où il ressort que les conditions précitées sont respectées.

LA FORMATION DES MEDECINS SPECIALISTES EN BELGIQUE A L'OCCASION DE L'A.M. DU 12 JANVIER 2001

Avant la dernière guerre mondiale, la formation des médecins spécialistes dans notre pays s'effectuait par le système de l'apprentissage, sans réglementation officielle. Après la guerre, le Groupement belge des spécialistes a vu le jour principalement dans le but d'organiser la formation. Les médecins de l'époque remplissant les exigences définies par les Unions professionnelles se sont ainsi vu octroyer une agrégation GBS par leurs pairs. Une structure officielle, régie par la loi, a été mise en place dans les années 1970, essentiellement à la suite d'une collaboration du Secrétaire général de l'époque du ministère de la Santé publique le Prof. S. Halter et le Prof. Dr A. Lacquet, avec notamment la création du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, des chambres d'appel et des commissions d'agrégation pour les différentes spécialités. Le deus ex machina du système, le Prof. Dr A. Lacquet, avait veillé à ce que les critères pour cette formation professionnelle impliquent une participation équilibrée de l'université et de la profession, comme en témoignait notamment la composition du Conseil supérieur et des commissions d'agrégation, composées paritairement d'universitaires et de non-universitaires.

Dans les pays limitrophes comme la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et l'Allemagne, la responsabilité de la formation échoit plutôt au groupe professionnel ou elle est répartie tout au plus (comme aux Pays-Bas) entre ces deux instances. Dans les pays méridionaux, la formation est placée dans une large mesure sous l'autorité des universités.

Jusqu'il y a peu, notre pays était ainsi doté d'une structure de formation sérieuse suivant les standards internationaux, une des meilleures en Europe, dont la qualité était de plus constamment améliorée de par une mise en œuvre correcte des critères et par la spécification du contenu.

Nul ne sait pourquoi le système a dû être adapté. Est-ce dû au lobby des facultés francophones qui souhaitaient depuis longtemps officialiser et étendre leurs licences de spécialisation? La formation constituait-elle le droit de primogéniture d'Esau ayant servi à acheter le numerus clausus, qui serait en quelque sorte le plat de lentilles? S'agissait-il, dans la perspective de la limitation du quota des assistants, de s'assurer une main-d'œuvre bon marché dans les hôpitaux universitaires ou simplement d'étendre le pouvoir des universités?

Dans tous les cas, l'A.R. du 16 mars 1999 (M.B. du 24.6.1999) du ministre COLLA (sélection par les facultés et enseignement théorique qui doit avoir "coïncidé" avec les deux premières années

de la formation) a entraîné un changement de cap significatif du système de formation. Le Conseil interuniversitaire flamand a profité de l'occasion pour donner une interprétation maximaliste à l'A.R. cité plus haut et tenter d'assurer la mainmise des universités sur la formation par voie de décret. Le débat à ce sujet n'a pas encore été engagé mais un nouvel A.M. relatif au financement hospitalier (A.M. du 12.1.2001, M.B. du 6.2.2001) du ministre Vandembroucke évince encore plus la profession et risque de confirmer l'hégémonie des universités sur la formation par des conditions qui n'ont rien à voir avec la formation mais sont taillées sur mesure pour les hôpitaux universitaires.

Dans le cadre d'un discours prononcé à l'hôpital Notre-Dame d'Alost, le ministre Vandembroucke a déclaré, il y a quelques mois, que les différentes fonctions des hôpitaux devraient faire l'objet d'un financement spécifique. En d'autres termes, on abandonnerait le financement global peu transparent aux multiples répercussions peu rationnelles sur le prix de journée (le prix de journée est ainsi plus élevé lorsque les services sont agréés pour la formation complète que lorsqu'ils sont agréés pour une formation partielle) pour donner la préférence à une distinction nette, au niveau du financement, entre les soins aux patients, la formation et l'évaluation du développement. Avec son A.M. relatif au financement des hôpitaux, le ministre nous donne l'impression de vouloir réaliser ses projets et prévoit une indemnité pour les frais découlant de la fonction de formation : 1.200.000 FB par maître de stage et 190.000 FB par médecin-spécialiste en formation aussi bien dans les hôpitaux universitaires que non universitaires !! Encourageant à première vue ! Cependant, pour en bénéficier, les conditions à remplir sont incroyablement élevées : seuls les hôpitaux entrent en ligne de compte avec une formation complète, avec 1 candidat spécialiste par 10 lits (ce qui représente 30 candidats pour un hôpital de 300 lits) avec un médecin hospitalier par 3 lits (soit 100 spécialistes pour un hôpital de 300 lits !) et, pour couronner le tout, avec au moins 70 % des médecins de l'hôpital rémunéré avec un salaire. En d'autres termes, seuls les hôpitaux universitaires sont en mesure d'y répondre. Assurément un bon exemple de camouflage (transparent) que l'on n'attendait pas de quelqu'un comme le professeur Frank Vandembroucke. Par ailleurs, il est surprenant de constater avec quelle ingéniosité on joue avec les critères et on manipule la formation. Le salariat médical a-t-il quelque chose à voir avec la formation?

S'agit-il vraiment d'introduire des systèmes doctrinaires (salariat) dans les hôpitaux? Le ministre Vandembroucke ne sait que trop bien qu'un salariat médical généralisé est impayable. Non, l'intention est de renforcer sans cesse l'influence des universités sur les soins de santé, ce qui est diamétralement à l'opposé du point de départ annoncé.

Cela ressort d'un projet d'adaptation de la loi sur les hôpitaux octroyant aux facultés de médecine un pouvoir d'initiative leur permettant de reconnaître également comme universitaires des services, fonctions et programmes de soins hospitaliers "eu égard à leur fonction propre dans le domaine des soins aux patients", ainsi qu'un monopole concernant "le développement de nouvelles technologies" et, last but not least, avec également une "évaluation des activités médicales" distincte. Ce qui revient à dire que le système de financement basé sur la comparaison statistique, les données cliniques minimums, ne pourrait pas conduire à la comparaison des hôpitaux universitaires avec d'autres hôpitaux. C'est-à-dire que la partie du budget fermé de l'assurance-maladie allouée aux hôpitaux universitaires devrait pouvoir être augmentée sans que ces hôpitaux ne doivent supporter la comparaison avec les autres.

Enfin, tant la mesure spécifique portant sur le financement de la formation proprement dit qui accorde un rôle de plus en plus grand dans la formation aux universitaires, que le développement de cette tendance, sont pour nous une grande source d'inquiétude. La source d'inspiration des actions de nos responsables politiques est fréquemment les Pays-Bas, où l'on privilégie une combinaison de formation universitaire et non universitaire en raison de la qualité de la formation. Un nombre relativement réduit de médecins spécialistes sont formés pour une fonction académique. La plupart d'entre eux exercent en effet dans des hôpitaux généraux. En fait, c'était la situation ici. Pourquoi cela doit-il changer?

Prof. J.A. GRUWEZ
Professeur titulaire émérite à la KUL
Président du GBS
Président de l'European Board of Surgery

**ASSEMBLEE GENERALE GBS
ALLOCUTION DU PROF. J.A. GRUWEZ**

Chers Amis,

Remerciements

La différence entre l'Union professionnelle des chirurgiens belges – dont je suis président – et le GBS est que dans l'Union, le Président est chargé de l'aperçu des activités – in extenso – le secrétaire se contente de quelques remarques, tandis qu'au GBS, la situation est inversée !

Je commencerai donc – quoique n'ayant pas encore entendu le rapport du Secrétaire –, mais connaissant sa valeur et la formidable source d'informations que représentent ses rapports – par remercier notre Secrétaire, également pour le travail accompli durant cette année, pendant laquelle il s'est acquitté de sa double et lourde charge de secrétaire de notre Groupement et de président de l'ABSyM.

Dans le même élan, je remercie également l'ensemble du Comité exécutif pour son travail assidu et son dévouement pour le Groupement. Les temps ne sont pas devenus plus faciles, tandis que les agressions incessantes des responsables politiques et des médias – qui, selon moi, ont pris beaucoup plus d'ampleur au fil des ans – nous obligent à rester vigilants en permanence et à réagir au plus vite avec nos informations et réactions. Les membres du Comité directeur doivent consentir des efforts importants pour digérer la masse de fax, pour examiner chaque lundi midi les problèmes aigus et, dans la mesure du possible, y apporter une solution, pour prendre la plume quand il convient, à l'instar de notre confrère le Dr Vanrenterghem, pour rédiger lettres, réactions, motions et articles, pour assister aux réunions du Comité directeur organisées approximativement toutes les six semaines, etc. C'est pourquoi je remercie les vice-présidents, les conseillers, les secrétaires adjoints et le trésorier.

Cependant, tout ceci serait impossible sans le concours de la machine bien huilée et fonctionnant à plein régime de notre équipe administrative constituée de neuf personnes, allant de Jos, notre Directeur assidu, bien informé et fiable, à Vincent, c'est-à-dire les dames et messieurs que je n'ai plus besoin de nommer car vous les connaissez tous, mais pour lesquels je vous demande des applaudissements bien mérités.

J'étais absent lors de la dernière assemblée générale statutaire, lorsque Jacques Mercken a terminé sa présidence, mais pour avoir travaillé avec lui pendant de longues années aussi bien au Comité exécutif que dans la délégation belge à l'UEMS, je voudrais dire combien j'ai admiré son intelligence et sa connaissance et compréhension de la problématique professionnelle, aussi bien que son érudition historique, son humour toujours présent et sa diplomatie remarquable. Pour l'avoir expérimenté pendant les mois écoulés, tenir le gouvernail du GBS et ce pendant 13 ans est une prouesse que nous n'oublierons pas.

Services

On connaît mal les efforts constants qu'une organisation comme la nôtre fournit afin de défendre et préserver autant que possible les intérêts professionnels de nos membres. Permettez-moi de parcourir rapidement cette liste qui n'est pas exhaustive :

- (1) Le service d'information fournissant immédiatement à ses membres la législation et les réglementations complexes afférentes à l'exercice de la profession : l'Art de guérir, l'assurance-maladie, l'accréditation (pour laquelle un service spécial a d'ailleurs été créé), les hôpitaux, le conseil médical, les droits, contrats, associations, la déontologie médicale (Ordre), toute la complexité du ministère de la Santé publique, la responsabilité médicale, etc.

- (2) le suivi des organes officiels (Commission nationale médico-mutualiste, Conseil technique médical, Comité de l'assurance, Conseil supérieur, Commissions d'agrément, Commissions d'appel, Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux, cabinets ministériels, etc.)
- (3) Nos publications : le Médecin Spécialiste / Website / Annuaire
- (4) Le service d'assistance juridique
- (5) Les assurances : assistance juridique / accidents / revenu garanti / fournitures professionnelles / assurances ordinateur et installation / assurance hospitalisation
- (6) Le Secrétariat des unions professionnelles affiliées

En bref, suffisamment pour dire comme Churchill "Never has so much been owed by so many to so few !"

La voix du GBS

Il est irritant, voire décourageant, pour nous tous d'éprouver parfois un sentiment d'impuissance, de ne pas pouvoir influencer le cours des choses, l'impression de ne pas avoir assez voix au chapitre ! Nous nous sommes efforcés dans le courant des derniers mois de remédier à cela autant que possible.

Nous avons fait des démarches personnelles chez le ministre Detienne (responsable de la Santé dans le gouvernement wallon), au cabinet de Mme Aelvoet, lors de l'audition parlementaire sur les droits des patients, par l'organisation d'une rencontre entre les attachés du cabinet des ministres Aelvoet et Vandembroucke et le Professeur Vandevelde de Leyde en rapport avec les programmes de soins oncologiques, par l'organisation de la réunion des Présidents des Commissions d'agrément sur l'académisation de (mainmise sur) la spécialisation proposée par les universités flamandes, par notre réaction vigoureuse contre les déclarations de M. Van Belle, etc. Tout cela a été répercuté dans la presse (médicale).

Quand on réfléchit à la façon dont s'expriment les organisations des généralistes (UHAK –Vlaams huisartsenparlement – VBO – GBO – Wetenschappelijke vereniging der Vlaamse huisartsen – Société scientifique de médecine générale – HAVAS sans oublier les centres de généralistes universitaires qui n'ont pas de réplique pour les spécialistes), lorsque l'on songe à l'oreille qu'ils ont des médias, on comprend qu'une organisation professionnelle aussi importante que la nôtre, la seule qui représente uniquement les spécialistes, a le devoir de faire entendre sa voix. Les organisations de généralistes donnent libre cours à leurs aspirations et exigences qui visent fréquemment à renforcer leur pouvoir dans le secteur des soins de santé, sans considération pour les intérêts des spécialistes. Notre confraternité et notre solidarité nous retiennent souvent d'avoir recours à des arguments susceptibles de nuire à l'image de nos confrères. Cette attitude généreuse se révèle être un réel handicap dans la défense des intérêts des spécialistes.

Encore 2 communications

Le Comité directeur doit avoir pour ambition de resserrer les liens avec les différentes unions professionnelles.

Le Comité directeur du GBS doit rechercher l'harmonie entre les Unions professionnelles tout en veillant à mieux connaître leurs besoins et leurs aspirations. Pour y parvenir, il convient de resserrer les liens. Nous répétons notre proposition d'inviter un des membres du comité directeur aux réunions de votre comité directeur.

Un dernier point : mes ambitions personnelles sont limitées ! J'ai été surpris – comme plusieurs d'entre vous peut-être – par l'atteinte de la date limite pour l'introduction de candidatures à la présidence. Quatre unions m'ont présenté comme candidat – je les remercie d'ailleurs pour leur confiance – mais aucun autre candidat n'est apparu. Je vous invite donc à faire de la prospection dans vos rangs pour trouver ces oiseaux rares afin d'assurer – dans l'avenir – la relève !

La Belgique – comme la médecine – est la cible des politiciens et des médias. Que cela ne nous empêche pas de nous rappeler sa devise : "L'union fait la force" !

LA "MEGA-LOI" DU GOUVERNEMENT : VOLET "LOI SUR LES HÔPITAUX" BREF APERÇU

Introduction :

Le principal enjeu des modifications est naturellement d'introduire un nouveau mode de financement des hôpitaux sur la base d'un budget octroyé et payé par anticipation. C'est pourquoi le terme "prix de la journée d'hospitalisation" est remplacé par le "budget des moyens financiers de l'hôpital" dans la quasi-totalité des articles, mais pas dans l'article 139bis controversé où les honoraires des médecins sont encore supposés couvrir tous les frais directs et indirects qui ne sont pas financés par ... "le prix de la journée d'hospitalisation". Il est bien sûr indiqué "sans préjudice de l'article 140", de sorte qu'il s'agit bien des frais qui résultent des prestations médicales (lien de causalité) et qui ne sont pas financés par le "budget". A l'article 140, la formule "prix de la journée d'hospitalisation" est remplacée par la formulation très concise "le budget". Nous en déduisons que dans le cadre des discussions interministérielles, il n'a pas été possible de toucher à l'art. 139bis, alors qu'à plusieurs reprises, l'engagement avait été pris de le supprimer.

Comme annoncé, l'article 138 de la loi sur les hôpitaux est réécrit afin de dissiper le litige durable concernant l'article 50bis controversé de la loi S.S.I. Le texte (du 21.3.2001) que nous reprenons dans la suite de cet aperçu est celui qui, comme on nous l'a certifié, a été accepté par le gouvernement.

En plus de cette importante adaptation, le méga-projet contient également toute une série de mesures qui risquent de modifier à brève échéance tant le paysage hospitalier que les soins extra-hospitaliers, notamment avec la suppression de la gestion distincte de l'hôpital et de la possibilité, pour un même exploitant, d'exploiter plusieurs hôpitaux, la réintroduction des réseaux de soins plaçant l'ensemble des soins de santé dans un rapport de quasi-subordination vis-à-vis des (lisez : grands) hôpitaux, la discrimination manifeste en faveur des hôpitaux universitaires – tandis que l'option politique annoncée consistait justement à régler la fonction spécifique de l'université distinctement et en dehors des soins de santé – associée à un élargissement considérable du pouvoir des facultés dans les soins de santé...

Nous vous livrons ci-après les articles encore non numérotés de l'avant-projet, avec nos premiers commentaires. Il va de soi que des mesures conservatoires devront être prises, de sorte que certains articles que le gouvernement entend apparemment laisser en l'état, devront certainement être adaptés au bénéfice des médecins. Nous pensons entre autres à la problématique de l'article 139bis controversé que le gouvernement précédent aurait déjà dû supprimer et au tripatouillage juridique entourant la notion de "révocation" au sujet de laquelle il faudra une fois pour toutes accepter ce que l'ancien premier ministre de ce pays J.-L. DEHAENE a écrit le 7.4.1986, à savoir qu'il concerne simplement "la fin des rapports juridiques par le gestionnaire".

Quelques extraits importants de l'avant-projet

1. La fonction universitaire particulière (le nouvel article 4) :

"Art. 4. Pour l'application de la présente loi coordonnée, sont considérés comme hôpitaux, services hospitaliers, fonctions hospitalières ou programmes des soins universitaires, les hôpitaux, services hospitaliers, fonctions hospitalières ou programmes de soins qui, eu égard à leur fonction propre dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique et de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales, répondent aux conditions fixées par le Roi et sont désignés comme tels par Lui sur proposition des autorités académiques d'une université belge qui dispose d'une faculté de médecine offrant un cursus complet.

En application de l'alinéa 1er, un seul hôpital peut être désigné comme hôpital universitaire pour chaque université."

Commentaire : l'intention du projet est clairement :

- d'instaurer un traitement préférentiel, non seulement en faveur des hôpitaux universitaires, mais également des services, fonctions et programmes de soins hospitaliers universitaires. C'est juste le contraire de ce que la note politique avait annoncé, à savoir un règlement distinct de la fonction de formation et de la recherche scientifique. On entend ainsi pouvoir prolonger une discrimination pour tous les segments des soins de santé (services, fonctions, programmes de soins) en milieu hospitalier.
- de réserver le développement des nouvelles technologies aux hôpitaux universitaires tout en permettant que ces avantages puissent être octroyés à plusieurs services, fonctions, programmes de soins (subordonnés).
- évaluation distincte de la qualité (évitant ainsi la comparaison avec des hôpitaux, services, fonctions, programmes de soins non universitaires). C'est malhonnête sur le plan intellectuel dans un système de financement reposant sur la comparaison.
- et tout ceci avec une compétence de proposition (c'est-à-dire un droit d'initiative exclusif) accordé aux facultés qui détermineront elles-mêmes qui a accès au traitement préférentiel.

Remarques :

- Voir également le nouvel article 102 (les deux articles doivent naturellement être lus ensemble). Le texte actuel de l'art. 102 de la loi sur les hôpitaux est clairement limitatif en ce qui concerne les "soins spécifiques" des hôpitaux universitaires, c'est-à-dire la pathologie particulière lourde qui ne peut être traitée que dans un hôpital universitaire. Dans la nouvelle version, les "soins universitaires" sont tous les soins dispensés dans un hôpital, service, fonction, programme de soins universitaires.
- cependant, suite à nos remarques, un art. 9sexies est inséré, lequel prévoit la possibilité de déterminer les caractéristiques "en vue de désigner des centres de référence parmi les services, sections, fonctions, services médicaux et médico-techniques et programmes de soins agréés". Bien que ceux-ci ne soient pas nécessairement qualifiés d'universitaires, il est très surprenant que les "caractéristiques" des services, fonctions et programmes de soins universitaires soient déterminées d'emblée dans la loi mais pas celles des centres dits de référence, et que les premiers ne doivent jamais supporter la moindre comparaison de qualité avec les seconds.

Notre avis : la fonction spécifique d'enseignement et la recherche scientifique ne doivent pas être financées avec le budget des soins de santé. Pour les autres éléments, il n'y a pas de raison d'établir une distinction entre universitaire et non universitaire. La qualité et les initiatives innovantes doivent être possibles partout.

Dans le texte actuel de l'article 4, les termes "dans le domaine des soins" doivent être supprimés, de sorte que cela peut être réglé par l'instauration de normes de qualité particulières pour les centres de référence. L'enseignement et la recherche scientifique appliquée doivent naturellement être maintenus comme une fonction particulière des hôpitaux universitaires.

2. La définition du "patient hospitalier" (insertion dans art. 8)

"9° il faut entendre par patient hospitalier, le patient qui est examiné et/ou traité [à l'hôpital], indépendamment du fait qu'il y séjourne ou non."

Commentaire :

- la mesure était initialement destinée à transformer le patient en un client de l'hôpital. Il était en effet expressément indiqué "Le patient par l'hôpital...". Dans cette optique, le médecin hospitalier travaillerait pour le compte de l'hôpital, ce qui aurait inévitablement des conséquences socio-juridiques. En effet, on met fin à l'actuelle relation médecin-hôpital et patient-médecin.

– la définition inclut les soins policliniques (qui peuvent également être dispensés en milieu non hospitalier). L'objectif est évidemment de déplacer la ligne séparant les soins hospitaliers des soins extra-hospitaliers en élargissant les soins hospitaliers.

Notre avis : la loi sur les hôpitaux n'a pas besoin de la notion de "patient hospitalier" (que l'on ne retrouve d'ailleurs nulle part ailleurs dans cette loi), mais bien de la notion de "patient hospitalisé" (opgenomen patiënt). Nous proposons :

"9° Le patient hospitalisé : le patient hospitalisé pour y recevoir des soins appropriés, indépendamment de la durée de son séjour, parce qu'il ne peut plus être soigné en ambulatoire, sans l'hospitalisation appropriée."

3. Les réseaux de soins et les circuits de soins (insertion dans l'art. 9ter)

"Art. 9ter, § 1er. Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

1° réseau d'équipements de soins : un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services, pour lesquels l'instauration d'une législation organique ou d'un cadre normatif ne relève pas des matières personnalisables, telles que visées à l'article 128, § 1er de la Constitution, et qui offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration juridique intra- et extra-muros et ce, à l'intention d'un groupe cible de patients à définir par eux et dans un secteur à motiver par eux ;

2° circuit de soins : l'ensemble de programmes de soins et autres équipements de soins, pour lesquels l'instauration d'une législation organique ou d'un cadre normatif ne relève pas des matières personnalisables, telles que visées à l'article 128, § 1er de la Constitution, et organisés par le biais d'un réseau d'équipements de soins qui peuvent être parcourus par le groupe cible ou le sous-groupe cible visé au 1°.

§2. Le Roi peut, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, désigner les groupes-cibles pour lesquels les soins sont offerts par un réseau d'équipements de soins. Le cas échéant, Il peut désigner les catégories de prestataires de soins qui font en tout cas partie du réseau visé.

§3. Le Roi peut préciser les règles pour l'application des §§ 1er et 2 et étendre, en tout ou en partie et moyennant les adaptations requises, les dispositions de la présente loi aux réseaux visés au § 1er, aux circuits de soins qui en font partie et aux éléments constitutifs du circuit de soins.»

Commentaire : c'est l'introduction des mégatrusters mettant fin au libre choix et au droit à l'autodétermination du patient. Cela n'a pas de sens d'utiliser des notions qui n'apparaissent nulle part dans la législation et qui appartiennent dès lors à un "no man's land" (elles ne sont d'ailleurs pas définies alors que l'objet de l'art. 8 est précisément de définir les notions de la loi sur les hôpitaux). Cela n'a donc rien à faire dans une loi sur les hôpitaux et son rôle n'est d'ailleurs même pas défini. Le terme "hôpital" n'apparaît d'ailleurs pas dans l'article.

L'objet initial (mémoire du projet de COLLA) visait les soins psychiatriques. Pourquoi, dans ce cas, ne pas faire une loi sur les soins psychiatriques?

Tous les soins de santé sont visés, en ce compris les extra-hospitaliers.

Notre avis : supprimer. Si cela s'avère impossible pour des motifs politiques, au moins le reformuler d'une manière plus orthodoxe. Au vu des tendances réductionnistes croissantes à l'égard des droits de certains dispensateurs de soins par rapport à ceux d'autres catégories, il est vivement recommandé de :

– **définir clairement la notion de "dispensateur de soins" : les praticiens visés dans l'A.R. n° 78 ainsi que les établissements de soins ou services visés à l'art. 2 de la loi S.S.I. On n'a pas besoin de dispositions légales contenant des notions génériques étrangères aux soins ou tout au moins peu claires qui permettraient même ou en tout cas n'excluraient pas l'apparition de "circuits maffieux".**

– préciser que les catégories de certains dispensateurs de soins reconnues par l'autorité fédérale sont librement accessibles pour le patient et qu'un traitement égal doit être garanti à ces praticiens ou institutions en mettant en place des réseaux ou des circuits de soins.

4. La "gestion distincte" des hôpitaux (modification de l'art. 10 de la loi sur les hôpitaux)

L'article 10 de la même loi coordonnée est remplacé par la disposition suivante :

"Art. 10. §1er. Les hôpitaux sont exploités, conformément aux conditions fixées par le Roi par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres, par une personne morale dont le seul objet statutaire est l'exploitation d'un ou de plusieurs hôpitaux ou établissement de soins de santé.

Le Roi peut définir les établissements de soins de santé par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, prévoir des dérogations à la disposition visée à l'alinéa 1er.

§ 2. Le Roi peut en outre fixer, par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les catégories de personnes morales pouvant exploiter un hôpital."

Commentaire : le texte actuel est constitué d'une courte phrase qui dit que : "Chaque hôpital a une gestion distincte". Le nouveau texte qui veut permettre à une même personne juridique d'exploiter plusieurs hôpitaux – pourvu qu'il s'agisse du seul objet social – n'implique pas encore nécessairement qu'il faille déroger au principe actuel. Dès lors, l'objectif est clairement de supprimer le principe de la gestion distincte de l'hôpital, de permettre la gestion de plusieurs hôpitaux par une asbl, de prévoir qu'un hôpital ne peut être géré que par une personne morale et que cette personne morale ne peut avoir qu'un seul objet statutaire. Les CPAS sont donc exclus. Les fusions ne sont plus nécessaires. Les absorptions sont possibles, ce qui permet de contourner toute la législation sur les fusions (notamment limitation à 700 lits). La liquidation (reprise ou absorption) d'hôpitaux est considérablement assouplie, ce qui risque de provoquer des drames au sein du personnel soignant et chez les médecins, d'autant plus qu'il n'y a plus aucun contrôle de l'autorité comme c'est le cas dans les plans de fusion.

Tout le secteur peut même être vendu à des sociétés commerciales (américaines?). En théorie, une seule asbl exploitante pourrait gérer tous les hôpitaux flamands, bruxellois ou wallons, en ce compris l'ensemble des soins de santé extra-hospitaliers. Cependant, il est également possible que tous les hôpitaux d'une région soient exploités par une ou plusieurs asbl de généralistes. Est-ce bien raisonnable?

Notre avis : le principe de la gestion distincte de chaque hôpital doit être conservé. Si l'on pense que les principes de base n'ont plus de sens, il convient d'organiser un vaste débat de société à ce sujet. Idem en ce qui concerne les normes de fusion. En tout cas, il est antidémocratique de déléguer sans plus cette compétence de principe au pouvoir exécutif. La loi définit normalement la règle.

5. Dispositions concernant les appareillages médicaux lourds

Toute une série d'adaptations concerne les appareillages médicaux lourds ainsi que la programmation, l'agrégation, l'installation et également l'exploitation (art. 40) de ceux-ci.

Commentaire : si l'on veut empêcher l'exploitation, il convient alors de sortir complètement de l'arbitraire la définition de la notion d'appareillages médicaux lourds et de tous les établissements, services ou dispositifs auxquels elle s'applique. Les praticiens agréés doivent pouvoir exercer leur profession selon "les règles de l'art" en disposant des moyens appropriés pour dispenser des soins de qualité. L'article 37 donne une définition des appareillages lourds. Il est évident que cette définition est dépassée et qu'elle doit impérativement être actualisée.

Notre avis : la réglementation sur les appareillages médicaux lourds peut uniquement concerner de nouveaux appareils ou équipements, utilisés en milieu hospitalier ou non hospitalier, qui ne font pas encore partie de l'équipement de base pour des soins généraux ou spécialisés en vue d'un diagnostic ou d'un traitement et qui, soit de par leur prix d'achat, soit parce que leur fonctionnement requiert un personnel hautement qualifié, ne peuvent être proposés qu'en nombre réduit à charge de l'Etat. Soit une technique est performante et représente un gain de qualité, dans lequel cas son développement ne peut pas être entravé. Soit ce n'est pas le cas... Ce n'est que dans ce dernier cas que l'autorité peut en limiter l'accès.

6. Suppléments pour les chambres (art. 90 et 91)

"Art.90. § 1er. Pour le séjour en chambre à un ou à deux lits, y compris en hospitalisation de jour, un supplément au-delà du budget des moyens financiers peut être facturé au patient qui a exigé une telle chambre, à condition qu'au moins la moitié du nombre de lits de l'hôpital puisse être mis à la disposition de patients qui souhaitent être admis sans suppléments.

Le nombre de lits disponibles visé à l'alinéa 1^{er}, doit comprendre un nombre suffisant de lits pour les enfants qui sont accompagnés par un parent pendant le séjour à l'hôpital.

Le Roi fixe le maximum du montant du supplément visé à l'alinéa 1^{er}, qui peut être facturé pour le séjour en chambre à un lit et en chambre à deux lits, après consultation paritaire des organismes assureurs en matière d'assurance soins de santé et des organismes représentant les gestionnaires des hôpitaux.

§2. Pour le séjour en chambre à un lit, y compris en hospitalisation de jour, aucun supplément visé à l'alinéa 1er ne peut être facturé dans les cas suivants:

- a) lorsque l'état de santé du patient ou les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de la surveillance requièrent le séjour en chambre à un lit;
- b) lorsque les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés en chambre à deux lits ou à plus de deux lits requièrent le séjour en chambre à un lit;
- c) lorsque l'admission se fait dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient et pour la durée du séjour dans une telle unité.

Le séjour en chambre à deux lits ne peut donner lieu à aucun supplément lorsque ce séjour est requis du fait de la non-disponibilité de lits inoccupés dans des chambres à plus de deux lits, ainsi que dans les cas visés à l'alinéa 1^{er}, c).

§3. Pour l'application des §§ 1^{er} et 2, l'hospitalisation de jour peut être décrit par le Roi."

"Art. 91. Le Roi peut préciser des règles en ce qui concerne:

- a) la nature des montants à charge du patient, qui doivent lui être communiqués, tels que les suppléments visés aux articles 90 et 138;
- b) les modalités selon lesquelles les montants visés au point a) doivent être communiqués au patient.
- c) la présentation au patient d'un document mentionnant des montants visés au a).

A l'égard des patients admis en hospitalisation de jour, l'alinéa précédent n'est, en ce qui concerne les suppléments visés à l'article 138, d'application que pour les prestations définies par le Roi en exécution de l'article 138, §1er, alinéa 3."

Commentaire : voir point ... art. 138.

7. La notion de base "budget des moyens financiers" (art. 94)

"Art. 94. Sans préjudice de l'article 90, le budget des moyens financiers couvre de manière forfaitaire les frais résultant du séjour en chambre à plus de deux lits et de la dispensation des soins aux patients de l'hôpital, en ce compris les patients en hospitalisation de jour telle que définie par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Le Ministre définit les coûts visés à l'alinéa 1^{er}."

Commentaire : *l'hospitalisation de jour est incluse dans le budget de l'hôpital.*

8. Subsidés accordés par l'Etat pour les soins universitaires (art. 102)

"2° l'alinéa 1er [du §1^{er}] est remplacé par la disposition suivante:

L'Etat peut accorder un subside complémentaire pour couvrir des frais spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées par un hôpital universitaire, un service hospitalier universitaire, une fonction hospitalière universitaire ou un programme de soins universitaires, notamment dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales."

3° à l'alinéa 2, les mots "de fixation et d'octroi" sont remplacés par "de fixation, d'octroi et de paiement".

4° à l'alinéa 3, les mots "prix visé à l'article 87" sont remplacés par les mots "budget des moyens financiers" ;

5° à l'alinéa 3, les mots ",fonctions ou programmes de soins" sont insérés entre les mots "services" et "universitaires"."

Commentaire : *ceci revient à attribuer des financements particuliers à charge de l'Etat à des services, programmes de soins ou fonctions universitaires, pour la simple raison qu'ils sont "universitaires", indépendamment de la nature des soins qui y sont dispensés.. L'actuel article 102 ne prévoit cette possibilité que pour les "frais spécifiques à l'hospitalisation" d'un patient qui, en raison de la gravité de sa pathologie, ne peut être examiné ou soigné que dans un service universitaire.*

Il est malhonnête sur le plan intellectuel d'avoir ainsi recours à la loi sur les hôpitaux pour créer un avantage au moins double, d'une part sur la base de l'agrément (art. 4) – plus la réglementation spécifique du budget –, c'est-à-dire à charge des soins de santé, et, d'autre part, une nouvelle fois sur la base de subsidés d'Etat. Et ce alors que l'option politique proposée par le gouvernement laissait supposer que la fonction spécifique de l'université ferait l'objet d'un financement distinct.

Notre avis : *le critère de sélection actuel devrait être conservé. Des soins identiques doivent être rémunérés de façon identique, peu importe qu'ils soient dispensés dans un hôpital universitaire ou ailleurs. Les tâches qui sortent du cadre de la fonction de soins doivent être financées par un autre canal que les soins de santé.*

9. Réglementation relative aux tarifs pour les médecins hospitaliers (art. 138 et disposition transitoire complémentaire)

"Art. 138, § 1er. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est en vigueur, les médecins hospitaliers conventionnés sont tenus d'appliquer les tarifs de l'accord aux patients admis dans des chambres communes ou dans des chambres à deux lits.

Sont assimilés aux patients admis dans des chambres à deux lits ou dans des chambres communes, ceux qui répondent à une des conditions visées à l'article 90, §2.

Les alinéas 1er et 2 sont également d'application à l'égard des patients en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi.

§ 2. Dans le cas prévu au § 1er, les médecins hospitaliers qui n'ont pas adhéré à l'accord au sens du § 1er, le font savoir au gestionnaire qui en informe le Conseil médical et les organismes assureurs.

Les médecins visés à l'alinéa 1er peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 1er, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1er, alinéas 1er et 2, des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord, dans la mesure où des tarifs maximaux sont fixés par la réglementation générale visée à l'article 130 et sont respectés par les médecins concernés. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.

L'alinéa 2 est également d'application aux patients en hospitalisation de jour, pour les prestations définies par le Roi.

§ 3. Le gestionnaire et le Conseil médical se portent garants du fait que tous les patients visés au § 1er pourront être soignés aux tarifs de l'accord. Le gestionnaire, après concertation avec le Conseil médical, prend les initiatives nécessaires à cette fin et en informe le Conseil médical.

Le Roi peut fixer des modalités pour l'application de l'alinéa 1er.

§ 4. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 n'est pas en vigueur, les médecins peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 2, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1er, alinéas 1er et 2, des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance, dans la mesure où, conformément aux règles prévues au § 2, alinéa 2, des tarifs maximaux ont été fixés et sont respectés par les médecins. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.

L'alinéa 1er est également d'application aux patients en hospitalisation de jour, pour les prestations définies par le Roi.

§ 5. Le Roi définit les catégories de patients à l'égard desquels les médecins visés au § 2 ne peuvent appliquer des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord.

En ce qui concerne les patients visés à l'alinéa 1er et au cas où il n'existe aucun accord tel que visé au § 4, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance constituent les tarifs maximum pouvant être appliqués par les médecins."

Disposition transitoire (art. 134 du projet) :

"Tant que les tarifs visés à l'article 138, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée sur les hôpitaux, modifiée par la présente loi, ne peuvent être appliqués du fait qu'ils n'ont pas encore été fixés conformément aux règles visées au même article 138, §2, alinéa 2, seuls les suppléments qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, ont été communiqués aux patients en application de l'arrêté royal du 3 octobre 1991 précisant les règles relatives à la communication, aux patients, des suppléments qui sont demandés par rapport aux tarifs de l'accord et tout autre supplément, peuvent être facturés."

Commentaire : *il est de la plus haute importance que les Conseils médicaux vérifient maintenant les aspects formels existants afférents à cette disposition transitoire dans leur hôpital.*

10. Article 139bis inchangé

Commentaire : à cet endroit, il est toujours fait mention de tous les frais directs et indirects qui ne sont pas financés par le "prix de la journée d'hospitalisation", et ce alors que dans tous les autres articles, cette notion a été remplacée par le "budget de l'hôpital". Le gouvernement précédent s'était formellement engagé à supprimer l'art. 139bis.

Notre avis : l'art. 139bis doit être supprimé. Si cela n'est pas réalisable au niveau politique, il faut au moins remplacer les termes "qui ne sont pas financés par le prix de la journée d'hospitalisation" par "qui ne sont pas couverts par le budget des moyens financiers ou de quelque autre façon que ce soit...".

(N.B. : "de quelque autre façon que ce soit" est certainement justifié, en tout premier lieu pour les collègues médecins hospitaliers universitaires, étant donné que dans leurs établissements, d'autres sources de financement servent également à financer le fonctionnement des services, des fonctions et des programmes de soins. Il n'est pas logique que leurs honoraires couvrent malgré tout les frais.)

11. Dispositions financières des contrats individuels

Modification de l'art. 140 :

"1° dans les §§ 1er, 3° et 3, les mots "prix de la journée d'hospitalisation" sont remplacés par "budget";"

Commentaire : "le budget" est quelque peu laconique.

Notre avis : à l'art. 140, §1, 3° et §3, remplacer les termes "qui ne sont pas... prix de la journée d'hospitalisation" par "qui ne sont pas couverts par le budget des moyens financiers de l'hôpital ou de quelque autre façon que ce soit."

(N.B. : "de quelque autre façon que ce soit" : voir notre remarque concernant l'art. 139bis, notamment en ce qui concerne les médecins hospitaliers universitaires, dans la mesure où les fonctions spécifiques peuvent être financées d'une autre façon que par le budget.)

"2° l'article est complété par un § 5, libellé comme suit :

"§ 5. L'accord entre le gestionnaire et le Conseil médical tel que visé aux §§ 3 et 4, est contraignant pour les médecins hospitaliers concernés, nonobstant toute stipulation contraire dans les conventions ou les actes de nomination individuels visés à l'article 131.".

Commentaire : les médecins exerçant une profession libérale ne disposent plus des mêmes droits que les autres citoyens. C'est inacceptable. Quelle est encore l'utilité d'un contrat individuel?

Notre avis : supprimer. Il est MALHONNÊTE SUR LE PLAN INTELLECTUEL et inacceptable d'affirmer que le conseil médical est, d'une part, compétent quand il s'agit de décider du contenu des dispositions financières du contrat du médecin hospitalier, voire MEME ce qu'il doit céder POUR LE MAINTIEN DE L'ACTIVITE MEDICALE, alors que, d'autre part, l'article 125, 7°, ouvre aujourd'hui la voie à une jurisprudence permettant au gestionnaire de mettre fin unilatéralement au contrat de ce médecin hospitalier, sans obligation de consultation préalable du conseil médical.

Par conséquent, il convient au moins d'adapter l'article 125, 7°, de manière à ce que toute décision du gestionnaire de l'hôpital ayant pour effet l'arrêt ou la suspension de l'activité d'un médecin hospitalier, requiert toujours l'avis renforcé du conseil médical.

De même, l'application du §5 de l'art. 140 susvisé doit être limitée aux cotisations du §4 pour autant qu'il s'agisse d'une mesure générale, non discriminatoire, approuvée par l'assemblée générale des médecins hospitaliers. Ces retenues ne sont contraignantes pour les médecins hospitaliers que si les mesures visées au §1^{er}, 4° sont réellement exécutées. Le médecin hospitalier peut réclamer le remboursement si ce n'est pas le cas.

Avant-projet de loi concernant les droits du patient

(n.d.l.r. : Ne disposant pas d'une version française aussi avancée que le document néerlandais, le Secrétariat du GBS a réalisé la traduction des adaptations les plus récentes apportées à l'avant-projet. Ces traductions non officielles sont en fond grisé.)

Article 1er

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE I : dispositions générales

Article 2

§1er. La présente loi règle des droits de l'homme en matière de santé.

§2. Elle s'applique aux rapports juridiques de droit privé et de droit public dans le domaine de la santé, en général, et des soins dispensés par un prestataire de soins à un patient, en particulier.

§3 Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, préciser des règles relatives à l'application de la loi aux rapports juridiques en matière de santé définis par Lui, afin de tenir compte du besoin de protection spécifique.

Article 3

Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

1° patient : toute personne physique, utilisatrice, à sa demande ou non, de services de soins de santé ;

2° soins de santé : services fournis par un prestataire de soins en vue de promouvoir, de renforcer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie ;

3° prestataire de soins :

- a) tout praticien professionnel visé à l'AR n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales ainsi que tout praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales ;
- b) tout équipement dispensant des soins de santé, réglementé ou non par la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, ou la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins, ci-après dénommées « équipement de soins de santé ».

CHAPITRE II : droits du patient

Article 4

Le patient a droit, à l'égard du prestataire de soins, à des prestations de qualité répondant à ses besoins, conformes aux normes en vigueur et effectuées dans un climat de chaleur humaine, et

ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

Article 5

§1er. Le patient a droit au libre choix du prestataire de soins et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas par la loi et sans préjudice du §2.

§2. Si le patient bénéficie de soins dispensés par ou dans un établissement de soins, il a le droit d'obtenir expressément et préalablement les informations définies par arrêté royal concernant l'organisation et le fonctionnement de l'établissement de soins concerné. Ces informations doivent en tout cas porter également sur les limites qui peuvent être fixées en ce qui concerne le libre choix d'un praticien professionnel visé au § 1er.

§3. L'établissement de soins visé au §2 veille à ce que les droits fixés par la présente loi soient respectés par tous les praticiens professionnels qui y travaillent.

A moins que, dans les informations visées au §2, il n'y ait une information contraire pour certains des praticiens professionnels qui y travaillent, l'établissement de soins est responsable de toutes les fautes qui y sont commises.

Article 6

§1er. Le patient a droit, à l'égard du prestataire de soins, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

A la demande du patient, les informations sont confirmées par écrit.

A la demande du patient, les informations sont communiquées à une personne désignée par lui. Cette demande du patient et l'identité de cette personne sont consignées ou ajoutées dans le dossier du patient.

§2. Le prestataire de soins peut exceptionnellement ne pas fournir les informations visées au patient, pour autant que leur communication porterait manifestement un sérieux préjudice au patient et qu'il a consulté un autre prestataire de soins à ce sujet.

Dans ce cas, le prestataire de soins ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient et informe le cas échéant la personne désignée au §1^{er}, troisième alinéa.

§3. Les informations ne sont pas fournies au patient si celui-ci en formule expressément la demande.

La demande du patient est consignée ou ajoutée dans le dossier du patient.

Article 7

§1er. Le patient a droit à la manifestation de son consentement éclairé, préalable et libre concernant toute intervention du prestataire de soins.

Ce consentement est fourni expressément, sauf lorsque le prestataire de soins, après avoir informé correctement le patient, peut inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention.

A la demande du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

§2. Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement visé au §1er.

A moins que le patient n'en ait expressément formulé le souhait, ce refus ou ce retrait du consentement n'entraîne pas l'extinction du droit du patient, tel que visé à l'article 4, à l'égard du prestataire de soins.

A la demande du patient ou du prestataire de soins, le refus ou le retrait du consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

§3. Les informations visées au §1er concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques importants de l'intervention encourus par le patient, les aspects financiers et les alternatives possibles. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le prestataire de soins.

§4. Les informations sont fournies préalablement et en temps opportun.

La communication d'informations au patient s'effectue dans une langue claire et compréhensible, dans le respect néanmoins de la législation linguistique.

Les informations sont confirmées par écrit à la demande du patient.

§5 A la demande du patient, les informations visées dans le présent article sont communiquées à une personne désignée par lui.

Les informations ne sont pas fournies au patient si celui-ci en formule expressément la demande.

La demande du patient et le cas échéant l'identité de la personne désignée sont consignées ou ajoutées dans le dossier du patient.

Article 8

§1er. Le patient a droit, à l'égard de son prestataire de soins, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr.

A la demande du patient, le prestataire de soins ajoute les documents fournis par le patient dans le dossier qui le concerne.

§2. Le patient a droit à la consultation du dossier qui le concerne.

Si le patient le souhaite, il peut se faire assister par ou exercer son droit de consultation par l'entremise d'une personne désignée par lui, praticien professionnel ou non.

Il est donné suite le plus rapidement possible à la demande du patient de consulter le dossier qui le concerne.

Les annotations personnelles du praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation.

§3. Le patient a le droit d'obtenir, au prix coûtant, une copie de son dossier ou d'une partie de celui-ci, conformément aux règles fixées au §2.

§4 A la demande du patient, le prestataire de soins transmet ou détruit la totalité ou une partie du dossier qui le concerne. Le Roi fixe, après avis de la commission visée à l'article 17, les cas dans lesquels et les conditions auxquelles il ne faut pas donner suite à cette demande.

§5 Après le décès du patient, le conjoint, le partenaire légalement cohabitant, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré du patient ont le droit de consultation et de copie visé aux §§ 2

et 3 pour autant qu'il témoigne d'un intérêt motivé suffisant et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément.

Article 9

§1 Le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du prestataire de soins, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé.

§2 Aucune ingérence n'est autorisée en ce qui concerne l'exercice de ce droit sauf les cas prévus par la loi et si nécessaire pour la protection de la santé publique ou pour la protection des droits et des libertés d'autrui.

Article 10

§1er. Le patient a le droit d'être entendu par le prestataire de soins pour toute manifestation de mécontentement qu'il formule au sujet de l'exercice des droits que lui octroie la présente loi et ce, dans le but de trouver une solution de manière concertée.

§2. Le patient a le droit d'introduire une plainte en ce qui concerne l'exercice de ses droits attribués par la présente loi auprès de la fonction de médiation compétente. Les plaintes peuvent porter sur tous les praticiens professionnels travaillant dans des établissements de soins.

§3. La fonction de médiation a pour mission :

1° de traiter les plaintes visées au §2 en vue de trouver un règlement à l'amiable;

2° à défaut d'un règlement à l'amiable visé sous 1°, d'informer le patient concernant le traitement de sa plainte;

3° de fournir des informations concernant l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédures de la fonction de médiation.

§4. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la commission visée à l'article 17, les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, les règles de procédure et le territoire sur lequel sa compétence s'exerce.

Ces règles peuvent varier selon que la fonction de médiation concerne les établissements de soins ou d'autres prestataires de soins.

CHAPITRE III : représentation du patient

Article 11

§1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

§2. Suivant son âge et sa maturité, le patient peut être associé à l'exercice de ses droits. S'il s'avère apte à exercer ses droits lui-même, il peut le faire sans l'intervention de ses parents ou de son tuteur.

Article 12

§1er. Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur relevant du statut de la minorité prolongée ou de l'interdiction sont exercés par ses parents ou par le tuteur.

§2. Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

Article 13

§1er. Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient mineur jugé inapte à apprécier raisonnablement ses intérêts en matière de santé et ne relevant pas des statuts visés à l'article 12, sont exercés par une personne que le patient aura préalablement désignée pour se substituer à lui.

La désignation de cette personne s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par elle ainsi que par le patient, mandat par lequel celle-ci marque son consentement. Ce mandat peut être révoqué par le patient par un écrit daté et signé.

§2. Si la personne visée au §1^{er} fait défaut ou si celle-ci n'intervient pas, les droits fixés par la présente loi sont exercés par l'époux cohabitant, le partenaire légalement cohabitant ou le partenaire cohabitant de fait.

Si ceux-ci ne souhaitent pas intervenir ou s'ils font défaut, les droits sont exercés, en ordre subséquent, par un parent, un enfant majeur, un frère ou une soeur majeur(e) du patient.

Si ces personnes ne souhaitent pas intervenir ou si elles font défaut, c'est le prestataire de soins qui veille aux intérêts du patient.

Cela vaut également en cas de conflit entre deux ou plusieurs des personnes précitées, à moins que ce conflit ne soit porté devant le juge compétent.

§3. Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

Article 14

Dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le prestataire de soins déroge à la décision prise par la personne visée aux articles 11, 12 et 13, §2. Si la décision a été prise par une personne visée à l'article 13, § 1^{er}, le prestataire de soins y déroge uniquement pour autant que cette personne ne peut pas invoquer la volonté expresse du patient.

Dans ce cas, le prestataire de soins ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient.

Article 15

Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant, toute intervention nécessaire peut être pratiquée immédiatement par le prestataire de soins dans l'intérêt du patient. Le prestataire de soins ajoute à ce sujet une explication écrite dans le dossier du patient et agit, dès que possible, conformément à l'article 7.

Article 16

Si le patient, lorsqu'il était encore apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, a fait savoir par écrit qu'il refusait de donner son autorisation à une intervention bien définie du prestataire de soins, ce refus doit être respecté.

CHAPITRE IV : Commission fédérale « Droits du patient »

Article 17

§1er. Une Commission fédérale « Droits du patient » sera créée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

§2. Elle aura pour mission :

1° de collecter et traiter des données nationales et internationales concernant des matières relatives aux droits du patient ;

2° sur demande ou de sa propre initiative, de formuler des avis à l'intention des pouvoirs publics sur les droits et les devoirs des patients et des prestataires de soins;

3° d'évaluer l'application des droits fixés par la présente loi ;

4° de veiller à la qualité des fonctions de médiation et d'évaluer leur fonctionnement ;

5° de traiter les plaintes contre une fonction de médiation

§3. Une fonction de médiation est instituée auprès de la commission. Celle-ci a pour mission de transmettre une plainte d'un patient concernant l'exercice de ses droits accordés par la présente loi, à la fonction de médiation compétente ou si elle fait défaut, de la traiter elle-même.

§4. Le Roi précise les règles concernant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient ». Sur le plan de la composition, une représentation équilibrée sera garantie entre les représentants des patients, des prestataires de soins ainsi que des organismes assureurs visés à l'article 2, i, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

§5. Le secrétariat de la commission est assuré par le fonctionnaire général désigné par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

CHAPITRE V : dispositions modificatives et finales

Article 18

Un article 70quater est inséré dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, comme suit :

"Art. 70quater. Chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation visée à l'article 10, § 2, de la loi du ... concernant les droits du patient étant entendu que le Roi peut définir les conditions auxquelles la fonction de médiation peut être exercée par l'entremise d'un accord de collaboration entre hôpitaux".

Article 19

A l'article 10, §2, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, modifiée par la loi du 11 décembre 1998, les alinéas 1er et 2 sont remplacés par les dispositions suivantes:

«Toute personne a le droit de prendre directement connaissance des données à caractère personnel traitées en ce qui concerne sa santé. Si elle le souhaite, elle peut se faire assister par une personne de son choix.

A la demande de la personne concernée, la communication peut se faire par l'entremise d'un praticien professionnel de la santé, choisi par elle.»

Article 20

La première phrase du premier alinéa de l'article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre est supprimée.

AVANT-PROJET DE LOI CONCERNANT LES DROITS DU PATIENT (VERSION DU 1.3.2001) COMMENTAIRES ET PROPOSITIONS D'ADAPTATION

Art. 2 §1er. La présente loi règle des droits de l'homme en matière de protection préventive ou curative de la santé et de protection sociale particulière proposée à l'homme malade.

La loi part apparemment à tort du principe que l'homme en bonne santé a besoin de soins de santé. C'est d'ailleurs ce qui ressort de la définition du patient "utilisateur de services de soins de santé". Le "patient" sain, du moins selon cette définition, doit par contre être considéré comme un "utilisateur abusif" notamment de soins de santé curatifs. La dispensation de soins de santé curatifs à une personne saine semble tout autant un abus. Le point de départ est purement consumériste et encourage de ce fait le glissement du "medical shopping", encore relativement limité, vers une forme extrême de droit du consommateur. L'homme en bonne santé ne doit bénéficier d'aucun droit spécifique en la matière, si ce n'est les droits de l'homme. Lesquels ne peuvent pas être le propos de cette loi en particulier.

Mais bien la "protection de la santé" et/ou la "protection de l'homme malade". Cette dernière composante a une importance qui est au moins tout aussi fondamentale.

§2 : remplacer "santé" par "protection de la santé et protection de l'homme malade"

Cela revient en effet à protéger l'homme contre tous les facteurs pathogènes dans la société et protéger l'homme malade contre tous les abus dont la société peut être à l'origine en raison de sa situation de faiblesse résultant de son état affaibli.

§3 : supprimer

La loi commence par une délégation de compétence, à notre sens, exagérément étendue au pouvoir exécutif. De plus, nous ne comprenons pas pourquoi on veut y impliquer les soins de santé, ce qui limite inutilement la large portée sociale de la loi. A titre d'exemple : le dernier article (art. 20) n'a pratiquement rien à voir avec la notion de "santé", mais bien avec un problème social important et fondamental. N'est-il dès lors pas préférable de partir du même principe pour justement ne pas limiter la nature des rapports juridiques visés à l'art. 2 § 2, comme c'est le cas au § 3, où il est question des "rapports juridiques en matière de santé"?

Art. 3, 1° patient : toute personne physique, utilisatrice, à sa demande ou non, de services de soins de santé dans un but de protection préventive ou curative de sa santé;

Voir remarque art. 2, § 1 : la finalité de l'utilisation des soins de santé est inhérente à la notion de "patient". Sinon, le "patient" est un "homme".

"A sa demande ou non" : peut impliquer une limitation du droit à l'autodétermination, ce qui nous semble être suffisamment important pour apporter des éclaircissements au texte.

Remarquons en passant que la "santé" n'est pas définie. La portée des droits réglés dans la loi est donc "indéfinie".

"2° soins de santé : services..."

Les centres de mise en forme et le secteur horeca fournissent également des services en vue de promouvoir ou de conserver l'état de santé. Selon nous, on ne pourra pas éviter de faire référence aux actes visés aux articles 2, 3, 4, 5, §2, 21bis, 21quater, 22, etc. de l'A.R. n° 78.

3° prestataire de soins : la personne physique ou morale fournissant des services de soins de santé conformément :

- a) soit aux dispositions de l'AR n° 78 ... commissions médicales (supprimer le reste);
- b) soit à la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, ou à la loi du 27 juin 1978 ... dispensation de soins.

– Il est essentiel que les praticiens professionnels et les autres prestataires de soins doivent être agréés par la loi. Dans le cas contraire, on déroge à un principe fondamental de l'A.R. n° 78, à savoir la protection de la qualité de la Santé publique par des personnes officiellement qualifiées. Par conséquent, dans la mesure où ils ne sont pas agréés, les praticiens des pratiques non conventionnelles ne peuvent pas figurer parmi les prestataires de soins de santé. "Tout" (c'est-à-dire n'importe quel, pourvu qu'il soit praticien professionnel) risque d'induire une évolution particulièrement désagréable dans les soins de santé.

– Dans la suite du texte, et plus particulièrement à partir des articles relatifs aux aspects relationnels patient-prestataire de soins, on perçoit clairement l'imbroglie créé par l'utilisation du terme générique polymorphe "prestataires de soins". Nous conservons la notion tant que c'est possible, avec quand même le sentiment désagréable et la quasi-certitude que les effets des mesures ne peuvent pas être estimés, qu'ils dépassent l'objectif proprement dit et qu'ils porteront sans aucun doute préjudice à la protection actuelle du patient.

Art. 4 : Supprimer "...à l'égard du prestataire de soins..."

Pourquoi exclusivement à l'égard du "prestataire de soins"? Le droit au respect de la dignité humaine et de l'autodétermination du patient doit être opposable à tout un chacun.

Art. 5, §1er. "... a le droit de modifier son choix, sauf limites exceptionnelles imposées par la loi en vue de mesures contraignantes pour la protection de la Santé publique."

– Il est tout à fait clair que le projet est dominé par d'autres considérations que les droits du patient. Des limitations de droit peuvent ainsi être imposées, non seulement par la loi, mais également par des "établissements de soins" (§2). C'est le véritable enjeu de ce document. Le DEMANTELEMENT des droits existants des patients est un objectif pour le moins étrange pour une "loi concernant les droits du patient" ! L'art. 127 de la loi S.S.I., coordonnée le 14.7.1994, prévoit depuis des années que les bénéficiaires s'adressent librement à tous les dispensateurs de soins qui, contrairement à ce qui se passe dans le présent avant-projet, sont énumérés avec la précision juridique nécessaire et avec mention de la nature de leurs prestations respectives (N.B. : c'est bien autre chose que le flou artistique créé dans le cas présent). Aucun bénéficiaire et aucun dispensateur de soins n'a jamais eu le moindre problème avec ce droit au libre choix. Mais maintenant que le gouvernement entend élaborer une loi concernant les droits du patient, il faut tout d'un coup revenir sur ce droit fondamental. C'est incompréhensible.

– Le renvoi au §2 comprend une délégation de compétence inouïe au pouvoir exécutif et, indirectement, à l'"Alien" informe de l'"établissement de soins de santé". Ce qui n'est pas possible par une loi doit pouvoir l'être par un simple A.R. dans lequel les limitations de la liberté de choix sont transformées en "informations". Et mieux encore : ces informations doivent "en tout cas" (donc toujours) porter sur les limites qui peuvent être fixées en ce qui concerne le libre choix.

§2 : Premier alinéa, première phrase : "par et/ou dans un établissement tel que visé à l'art. 3, 3° b), il a ...".

Insérer la phrase suivante après la première. "Ces informations sont, en ce qui concerne le département médical de l'hôpital, visées préalablement par le Conseil médical".

Deuxième phrase : après "...les limites", modifier comme suit : "limites qui sont fixées en ce qui concerne l'offre de soins."

Deuxième et troisième alinéas : remplacer "établissement de soins" par "l'établissement visé à l'art. 3, 3°, b)"

(N.B. : il est préférable d'adapter le texte chaque fois que le terme "établissement de soins" est utilisé)

– *L'alternative exclusive "par ou dans" ne correspond en aucune façon à la réalité. Dans le cas de patients hospitalisés, tant l'hôpital que le médecin dispensent des soins. Pour les patients d'une polyclinique, c'est souvent uniquement le médecin.*

– *L'auteur confond la notion de "limite du droit du patient" avec "limite en matière d'offre de soins". Le droit à l'autodétermination implique également un droit au libre choix à l'hôpital : le choix entre différents types de traitement, entre la poursuite ou l'interruption du traitement, entre la décision de quitter l'hôpital ou de s'adresser ailleurs, entre se ranger à l'avis médical ou demander un deuxième avis, entre le traitement par un Dr A, B ou C de l'équipe médicale, etc.*

Art. 6, § 1 : modifier le deuxième alinéa : A la demande du patient, les documents écrits lui sont transmis.

Troisième alinéa : remplacer "personne" par "médecin de confiance".

– *Il va sans dire que l'obligation de transmettre également par écrit au patient "toutes" les informations qui le concernent impliquera une surcharge de travail phénoménale pour les médecins et que c'est matériellement impossible par manque de main-d'œuvre et de moyens financiers. En théorie, cela implique en effet que le déroulement verbal de toute consultation peut donner lieu à un procès-verbal écrit.*

– *Le troisième alinéa du § 1^{er} de cet article 6 est non seulement incompréhensible dans le contexte de l'article 20, mais il est surtout déconcertant. L'article 95, premier alinéa de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, qui est supprimé à l'art. 20, est réintroduit ici multiplié par 100. La "personne" (également personne juridique) peut désormais être non seulement un assureur mais aussi un banquier, un agent immobilier, un employeur, un bailleur de fonds, un club sportif, etc. Tout cela bien entendu parce que, pour des raisons purement doctrinaires, on entend éviter le terme "médecin de confiance". Et également en raison de l'imbroglie, mentionné plus haut, créé autour du terme "prestataire de soins".*

§ 2, premier alinéa : "...préjudice pour l'état de santé du patient"

et supprimer " et qu'il a consulté un autre prestataire de soins à ce sujet"

Deuxième alinéa : "... et informe le cas échéant la personne désignée au §1^{er}, troisième alinéa".
Doit absolument être supprimé à moins que le "prestataire de soins" ne soit le "médecin de confiance".

– *Premier alinéa : comment peut-on envisager que le prestataire de soins puisse consulter un autre prestataire de soins au sujet du cas d'un patient, sans l'accord de ce dernier? L'auteur s'efforce-t-il de dire qu'un médecin de confiance est particulièrement utile mais qu'il ne veut pas utiliser ce terme pour des raisons que nous ignorons?*

Si la "personne" est un assureur, le deuxième alinéa prend une signification particulièrement tragique.

Toute forme de contrainte contractuelle doit en effet être strictement interdite.

Art. 7, § 3 : Deuxième phrase : "Elles concernent en outre les conséquences possibles, pour autant qu'elles soient prévisibles, en cas de refus...".

La dispensation de soins médicaux n'est pas une science exacte, tout comme le corps humain n'est pas une machine.

§4, deuxième phrase : Point après "langue claire et compréhensible". Modifier ensuite : "En ce qui concerne la langue, le patient peut exclusivement se prévaloir des obligations des prestataires de soins en application de la législation linguistique."

§5 supprimer.

A déjà été réglé à l'art. 6. N.B. : revoilà le contrat d'assurance terrestre ! Toute contrainte contractuelle doit être interdite.

Art. 8, §1^{er} après "prestataire de soins", ajouter "dans la limite de la compétence de ce dernier".

La confusion créée par l'introduction de la notion de "prestataire de soins" atteint son apogée dans les paragraphes suivants concernant le "dossier du patient".

§2. Compléter la première phrase avec : "par l'intermédiaire d'un médecin de confiance désigné par lui".

Deuxième phrase : suppose un double problème :

– lorsque l'on stipule que la personne de confiance peut être un praticien professionnel, il convient également de préciser qu'il s'agit du dossier du patient qui relève de la compétence professionnelle concernée.

– la "personne désignée" fait à nouveau resurgir les aspects hostiles au patient, selon la note ministérielle, de la loi sur le contrat d'assurance terrestre. L'élément essentiel est que la loi concernant les droits du patient doit offrir la garantie que cette "personne" peut servir exclusivement l'intérêt de la santé du patient et que sa désignation intervient en dehors de tout autre rapport contractuel ou financier.

La disposition prévue à l'art. 9, §2 "Aucune ingérence n'est autorisée en ce qui concerne l'exercice de ce droit..." ne résout absolument rien, dans la mesure où on supposera toujours que la "désignation" de la personne ayant accès aux informations a été fait volontairement par le patient. Dans le langage populaire, on qualifie cela de "piège à cons". Il convient dès lors de prévoir expressément que toute clause contractuelle visant directement ou indirectement à amener le patient à désigner une personne en vue de l'obtention d'informations concernant son état de santé, est strictement interdite et tombe sous le coup de la loi.

Art. 8, § 4 : Inacceptable et incompréhensible ! Comment le médecin peut-il continuer à traiter le patient s'il doit détruire les données du dossier à la demande du patient? Quid en cas de problèmes héréditaires? Comment un médecin peut-il diagnostiquer et traiter correctement les descendants d'un individu atteint d'une maladie héréditaire si le dossier d'un ou des parents est détruit? Quid du consentement du patient qui doit être consigné dans le dossier? Quid des preuves attestant de la fourniture d'informations? Quid des éléments utiles en cas de problèmes médico-légaux? Comment un médecin peut-il encore se défendre si la preuve du "consentement éclairé", consignée dans le dossier, est également détruite et que le patient dépose plainte par la suite pour des complications supposées ou non?

Toutes ces interrogations prouvent que l'on part d'une conception erronée en matière de droit de propriété du dossier.

L'art. 8, § 5 soulève des questions éthiques fondamentales et est étroitement lié à la problématique de l'euthanasie. Ce n'est pas parce que le patient ne s'y serait pas opposé expressément que le droit de consultation et de copie du dossier médical doit pouvoir être accordé sans problème.

Qu'entend-on d'ailleurs par "intérêt motivé suffisant"

Le prestataire, dans le cas présent le médecin, doit-il constater lui-même qui est qui, et si oui de quelle façon et à quel titre? Ou doit-il toujours faire appel à un notaire ou à un huissier pour obtenir

la preuve qu'il s'agit bien du conjoint légitime ou du partenaire cohabitant légitime ou d'un autre partenaire, du même sexe ou non, ou d'un parent jusqu'au deuxième degré du patient?

Art. 16 : "Si le patient inconscient ..."

Fin de la phrase : "...à moins que la vie ne soit alors mise en péril."

On touche ici à un domaine qui doit aussi être examiné dans le contexte de la proposition de loi relative à l'euthanasie, à savoir le problème de la valeur de la déclaration de la volonté.

Quoi qu'il en soit, la mission de la fonction soins d'urgence est déjà définie par A.R comme notamment la stabilisation de l'état du patient dans les situations où la vie du patient est menacée. Un refus, même avec le consentement écrit du patient, constituerait dès lors une infraction dans le chef du prestataire de soins.

Art. 17 : nous avons déjà lancé par le passé l'idée d'une commission fédérale qui suivrait la problématique des plaintes. Alors que l'on conçoit de créer une fonction de médiation, on ne comprend pas pourquoi, au niveau supérieur, il faut une représentation constituée à partir d'intérêts opposés. Nous plaidons en faveur d'une neutralité totale et de l'indépendance de la fonction de médiation (financement direct par la Santé publique).

Composition de la commission fédérale : exclusivement des experts en éthique qui ne proviennent pas du secteur, des experts en éthique issus du secteur des soins de santé et des représentants des fonctions de médiation proprement dites.

Art. 18 : est-il bien raisonnable que chaque hôpital dispose d'une fonction de médiation distincte? Pourquoi établir une distinction suivant le type du prestataire de soins? Pourquoi la loi a-t-elle été écrite sous le signe de la notion générique polymorphe de "prestataire de soins" alors qu'en matière de prise en charge et de traitement des plaintes, les procédures sont à nouveau soudainement distinctes?

Art. 19 : ayant toujours à l'esprit la remarque que nous avons faite précédemment concernant l'éventualité d'une réintroduction en douce de l'art. 95 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, nous sommes d'avis que le gouvernement commettrait une grave erreur en permettant que le patient puisse se faire assister par une "personne de son choix", sans se demander quels intérêts cette personne peut avoir. Par ailleurs, qu'il soit bien clair que, dans la mesure où le patient est défini comme une "personne physique", la personne qui agit dans ce cadre devrait également impérativement être une personne physique. En théorie, ce projet permet même d'envisager le rachat, par une société commerciale, des données médicales de tous les citoyens belges. Cela s'est du reste déjà produit dans d'autres pays.

**INTERVENTION PERSONNELLE DU PATIENT EN CAS D'HOSPITALISATION
OU DE SEJOUR DANS UN CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE
OU PROFESSIONNELLE: MONTANTS A PARTIR DU 1er JANVIER 2001**

(Circulaire O.A. n° 2001/ 4 du Service des soins de santé – Bruxelles, le 9 janvier 2001)

En application de l'arrêté royal du 5 mars 1997, nous vous communiquons les montants des interventions personnelles qui peuvent être portés en compte aux patients à partir du 1er janvier 2001.

1. Le jour d'admission :

Le jour de l'admission dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance : de 170 BEF (4,21 EUR);

- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 1.270 BEF (31,48 EUR);
- c) pour les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en chômage contrôlé et qui ont depuis douze mois la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c'est-à-dire à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charges : de 1.270 BEF (31,48 EUR);
- d) pour les autres bénéficiaires : de 1.578 BEF (39,12 EUR).

2. A partir du deuxième jour :

A partir du deuxième jour de séjour dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 170 BEF (4,21 EUR);
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 170 BEF (4,21 EUR);
- c) pour les autres bénéficiaires : de 478 BEF (11,85 EUR).

3. A partir du 91e jour de séjour dans un hôpital général (à l'exclusion du centre de rééducation) :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 170 BEF (4,21 EUR);
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 170 BEF (4,21 EUR);
- c) pour les titulaires qui ont des personnes à charge au regard de l'assurance soins de santé ou qui sont tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 170 BEF (4,21 EUR);
- d) pour les autres bénéficiaires : de 478 BEF (11,85 EUR).

4. A partir du 366e jour de séjour dans un hôpital psychiatrique :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 170 BEF (4,21 EUR);
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 170 BEF (4,21 EUR);
- c) pour les titulaires qui ont des personnes à charge au regard de l'assurance soins de santé ou qui sont tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 170 BEF (4,21 EUR);
- d) pour les autres bénéficiaires : de 478 BEF (11,85 EUR).

5. Lorsque l'admission dans un hôpital psychiatrique se prolonge au-delà de cinq ans, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris les personnes à leur charge) et les titulaires qui ont des personnes à charge au regard de l'assurance soins de santé ou qui sont tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 478 BEF (11,85 EUR);
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 478 BEF (11,85 EUR);
- c) pour les autres bénéficiaires : de 796 BEF (19,70 EUR).

REUNION SCIENTIFIQUE

***7e colloque sur les urgences extra-hospitalières
Libramont, les vendredi 4 et samedi 5 mai 2001***

Le Service anesthésie & réanimation - SMUR du Centre Hospitalier de l'Ardenne organise les **vendredi 4 et samedi 5 mai 2001** son 7e colloque sur les urgences extra-hospitalières.

Les thèmes choisis pour cette année sont:

- **Les intoxications**
- **Les aspects médicaux légaux**
- **Les accidents du sport**
- **Le matériel**

Le succès croissant de ce colloque (1600 participants en 2000) a incité les organisateurs à doubler les exposés cette année encore. Ceux-ci seront donc répétés de façon identique le samedi 5.

La particularité du colloque est de rassembler aussi bien les médecins traitants, BMA ou spécialistes que les infirmiers, les ambulanciers, les pompiers et les gendarmes.

Tous les intervenants auront ainsi l'occasion de recevoir une information commune permettant d'harmoniser les gestes des différents intervenants sur le terrain.

Le colloque se tiendra de 9h à 17h au Centre Culturel de Libramont.

La participation est fixée à 1000 Fr. comprenant le petit déjeuner, les pauses café, le déjeuner et le syllabus. Quelques 25 firmes médicales exposeront leur matériel.

Le programme détaillé de la journée, le bulletin d'inscription ainsi que tout autre renseignement peuvent être obtenus auprès du secrétariat du colloque :

Me Nicole Bellevaux au n° 0496/075818 entre 9h et 17h du lundi au vendredi.

E-mail : etienne.ferrant@skynet.be

Site : <http://libanest.citeweb.net/>

**TROISIÈME CONFÉRENCE BISANNUELLE DU COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE
"LA DIRECTIVE ANTICIPÉE : EXPRESSION DES DROITS DU PATIENT ? "**

Le 25 avril 2001, le Comité Consultatif de Bioéthique organise sa troisième conférence bisannuelle ouverte au grand public. Cette journée est consacrée au thème suivant : « La directive anticipée : expression des droits du patient ? ».

Le Comité Consultatif de Bioéthique souhaite aborder la problématique des écrits en matière médicale, écrits établis par un patient avant qu'il ne devienne incapable d'exprimer sa volonté. Cette journée offrira un aperçu des possibilités offertes par ces directives anticipées et les pratiques en ce domaine dans divers pays ; elle abordera les questions éthiques que ces directives soulèvent et leur fondement juridique ainsi que les limites de leur application eu égard à la déontologie médicale. Ces questionnements seront

approfondis par la table-ronde et les débats répartis en quatre ateliers, chaque atelier étant centré sur un thème précis pouvant faire l'objet de directives anticipées.

Lieu : Palais des Congrès, Boulevard de l'Empereur, 1000 Bruxelles

Inscription : Orga-Med, Congress Office, Tél. 02/582.08.52, Fax 02/582.55.15,
E-mail : orgamed@village.uunet.be

Prix : 300 F (documentation et lunch) à verser au compte n° 001-3003382-47 du Comité Consultatif.

ANNONCES

01007 **LA LOUVIERE** : CHU Tivoli engage **CHEF DE SERVICE ANAPATH**. Cand. et CV au Dr LAURENT, Méd. Chef, CHU Tivoli, Av. Buset 34, 7100 La Louvière.

01019 Dr Nicolas SOFOLOGIS, **OPHTALMOLOGUE**, cherche emploi dans centre médical. GSM : 0498.32.25.48.

01020 **TOURNAI** : CHR Tournai cherche un **GASTRO-ENTEROLOGUE** full time. Adresser candidature au Dr FAUCHET, chef de service MI, CHR, Bld Albert 1er n° 1, 7500 Tournai.

01021 **TOURNAI** : CHR Tournai cherche un **CARDIOLOGUE** full time. Adresser candidature au Dr FAUCHET, chef de service MI, CHR, Bld Albert 1er n° 1, 7500 Tournai.

01022 **TOURNAI** : CHR Tournai cherche un **UROLOGUE** full time. Adresser candidature au Dr CIRELLI, Président CM, CHR, Bld Albert 1er n° 1, 7500 Tournai.

01023 **FRANCE** (Provence – Parc Luberon) : L. pavillon charme pl. pied. dans propr. priv. jard. 1 ha 100 clos, arboré, vue pan. séj. + cuis amér eq – 2 ch + SDD – grdes terr. – barb – pisc pr – 5' à pied vill – ½ h voit. Aix (environ. except. à découvrir!). Loc. avril, mai, juin, sept. Tél. : 00.33.490.77.20.64, après le 25 mars au 071/592.592 ou 0474/60.96.44.

01024 **FRANCE** : Cabinet de rhumatologie Béziers recherche troisième associé. **OSTEOPATHIE-EMG** souhaités. Tél. : 00.33.4.67.35.82.30 – Fax : 00.33.4.67.76.02.35.

01025 **FRANCE** : Le Centre Alexis Vautrin recherche : ① à compter du 1^{er} mai 2001, un **ONCOLOGUE MEDICAL OU ONCOLOGUE RADIOTHERAPEUTE** formé à la pratique de la chimiothérapie, ayant un intérêt pour la neuro-oncologie pour occuper un poste à temps partagé entre le service de neurologie de l'hôpital neurologique du CHU, pour une activité exclusive de neuro-oncologie, et le centre Alexis Vautrin, pour une activité complémentaire selon les souhaits de la personne. Ce poste peut être destiné à un médecin qui a terminé sa formation de spécialiste, qui est en attente d'un poste définitif. Le salaire pourra être rendu attractif – ② pour le 1^{er} septembre 2001, un médecin spécialisé en **ANATOMOPATHOLOGIE** et qui serait le responsable d'un département de diagnostic morphologique et biologique des tumeurs, au centre Alexis Vautrin. L'ensemble dispose de moyens humains, techniques importants. La personne recherchée doit avoir une expérience d'une dizaine d'années.
Candidatures à adresser au Centre Alexis Vautrin, à l'attention du Directeur le Prof. P. BEY, avenue de Bourgogne, 54511 VANDOEUVRE-LES-NANCY CEDEX, France.

01026 **BRUXELLES** : Hôpital universitaire Erasme cherche à engager un **MEDECIN-BIOLOGISTE** résident pour le service de chimie clinique. Personne de contact pour renseignements complémentaires : Dr JM BOEYNAEMS, directeur des laboratoires, tél. secrét. 02/555.34.27.

01028 **FRANCE** : Polyclinique du Ternois à St-Pol-sur-Ternoise dans le Nord, recherche **ANESTHESISTE** pour installation en libéral d'urgence. Prendre contact avec Monsieur le Directeur au 00.33.3.21.47.40.40. Les conditions d'installation sont très intéressantes et l'outil de travail performant.

01029 **A VENDRE** : E.M.C. : Pédiatrie : 3 tomes, Radiodiagnostic : 7 tomes à jour. Faire offre. Tél. : 064/22.10.80 (soir).

01030 **FRANCE** : Clinique chirurgicale (20 km de Paris) recherche **ANESTHESISTES** activité libérale. Contacter Mme Bassat au 00.33.1.64.27.09.40.

01031 **BRUXELLES** : La Clinique générale Saint-Jean recherche un médecin **CARDIOLOGUE** chef de service temps plein (m/f). Les candidatures sont à envoyer au Dr Y. Bertrand, Direction médicale, Clinique générale Saint-Jean, rue du Marais 104 à 1000 Bruxelles.

- 01032 **BRUXELLES** : La Clinique générale Saint-Jean et la Clinique Sainte-Anne/Saint-Remi/Saint-Etienne recherchent un **CHEF DE SERVICE DIRECTEUR DU LABORATOIRE**. Les candidatures sont à envoyer ♦ au Dr Y. Bertrand, Direction médicale, Clinique générale Saint-Jean, rue du Marais 104 à 1000 Bruxelles ou ♦ au Dr Ph. Hustinx, Direction médicale, Clinique Ste-Anne/St-Remi/St-Etienne, Boulevard J. Graindor 66 à 1070 Bruxelles.
- 01033 **CHARLEROI** : Centre hospitalier NDRF (550 lits) cherche **RADIOLOGUE** plein temps avec compétence en IRM. Contacter le Dr S. Grégoire au CHNDRF, avenue du Centenaire 73, à 6061 Charleroi ou tél. au 071/27.84.74 (journée) ou 071/30.68.98 (soirée).
- 01034 **FRANCE** : Cause départ retraite, **ANESTHESISTE-REANIMATEUR** cède son poste dans clinique privée. Région touristique : Bretagne-Fougère-60 km du Mont Saint Michel. Horaire agréable : 3,5 mois de congé/an. Honoraires : 180 000 € bruts; soit 75 000 €/an nets (impôts, charges sociales et frais professionnels payés). Plateau technique actualisé – un anesthésiste par salle. Ecrire au Dr A. Caro, 3 avenue de la Verrerie, F – 35300 FOUGERES.
- 01035 **FRANCE** : **RADIOLOGUE** cède parts SELARL, rentabilité élevée, apport minimum, 130 km nord de Paris. Tél. : 00.33.3.23.38.17.48 ou 00.33.6.22.51.02.08.

Table des matières

• Adieu, Victor	1
• Le gouvernement concocte une "méga-loi"	2
• Projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé.....	3
• Le GBS est en désaccord avec les dernières mesures relatives au financement des hôpitaux et des formations de spécialisation	5
• La formation des médecins spécialistes en Belgique à l'occasion de l'A.M. du 12 janvier 2001	6
• Assemblée générale GBS – Allocution du Prof. J.A. GRUWEZ.....	8
• La "méga-loi" du gouvernement : volet "loi sur les hôpitaux" – Bref aperçu	10
• Droits du patient de la ministre AELVOET	18
• Avant-projet de loi concernant les droits du patient (version du 1.3.2001) – Commentaires et propositions d'adaptation	24
• Intervention personnelle du patient en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle: montants à partir du 1er janvier 2001	28
• Réunion scientifique	30
• Troisième conférence bisannuelle du Comité Consultatif de Bioéthique – "La directive anticipée : expression des droits du patient ? "	30
• Annonces.....	31