
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 / MARS 2004

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

**ALLOCUTION DU PROF. J. A. GRUWEZ, PRESIDENT DU GBS, A L'OCCASION DE
L'ASSEMBLEE GENERALE DU 7 FEVRIER 2004**

Chers Amis,

A l'océan la goutte d'eau s'était mêlée
Une poussière au sol s'est de nouveau collée.
Peux-tu dire pourquoi tu vins en ce bas monde ?
Un insecte est venu et a disparu.

Epitaphe d'Omar Khayam (1048-1131) Poète Persan.

Mon collègue Paul-Jacques Kestens comparait le Président de la Société Royale Belge de Chirurgie à un papillon qui brille et disparaît en un temps record.

Le mandat du Président du GBS-VBS (encore que le mien ait duré une petite année de plus) est également éphémère : la nature se renouvelle et nos institutions et nos organisations également !

Je pense que c'est bon et de toute façon cela enlève à nos adversaires l'argument que notre groupement est sous la houlette de vieux crocodiles avec des conceptions et des idées poussiéreuses !

C'est donc sereinement que je passe le relais (comme je l'avais toujours annoncé) – selon toute probabilité – à Jean Luc Demeere (*).

Je pense que nous allons confier le GBS à un collègue qui a tous les atouts en main pour le piloter à bon port, à travers vents et marées, en évitant les récifs, avec le bon sens, l'assurance de quelqu'un d'aguerri et au courant de la gestion médicale intramurale. Je suis également persuadé qu'il prendra à cœur les principes du GBS-VBS tant sur le plan de la médecine spécialisée extrahospitalière, qu'au niveau de la formation et des intérêts professionnels qui s'y rapportent et, il va de soi, également de manière générale vis-à-vis des autorités et des instances, y compris universitaires. Je suis sûr qu'il saura défendre et promouvoir la médecine spécialisée dans le style caractéristique au GBS.

Je pense que vous attendez de moi que je passe en revue, tout en jetant un regard vers l'avenir, tout ce que j'ai appris et ce que je pense de la raison d'être du GBS, la place qu'il occupe et de l'activité qu'il produit.

Avec ses plus de 7000 membres et ses 29 Unions Professionnelles, le GBS se doit d'être un mouvement fier et déterminé qui se doit d'être le premier défenseur des Spécialistes belges. L'Unité et la Cohésion sont à cet effet inmanquablement indispensables. Et bien qu'il soit peut-être extrêmement difficile de défendre les intérêts et de répondre aux aspirations de chacun, aussi harmonieusement que possible, nous devons rester persuadés qu'ensemble, nous pouvons tout, sans perdre de vue que nous sommes vulnérables et sans combativité si nos rangs se jettent en désordre sur le champs de bataille. L'équivoque qui est née de la règle ambiguë sur la représentativité et la participation des organisations médicales est une pierre d'achoppement importante qui, certes, ne nous désarme pas vraiment, mais qui ralentit notre impact. Espérons que nous pourrons, dans un avenir rapproché, défendre peut-être encore plus vigoureusement et sans entraves, les intérêts des médecins spécialistes.

* Le Dr Jean-Luc DEMEERE a en effet été élu président au cours de cette même assemblée générale.

Je pense aussi que dans notre monde actuel, dominé, géré par les médias, nous aurions tort de garder le silence, de nous tenir cois, d'adopter un profil bas ! Nous venons d'avoir la preuve, si par hasard nous n'en n'étions pas encore convaincus, que ce sont ceux qui gueulent qui sont récompensés. Notre ministre de la Santé s'est mis à plat ventre pour nos collègues généralistes flamands et leur a promis à peu près tout ce qu'ils désiraient : un échelonnement, la promotion et le support pour les pratiques de groupe, des urgences pour généralistes, le contrôle pour les cercles de l'installation des jeunes médecins, etc. Qu'il faille pour cela tuer les pratiques solos ou duos, entraver la liberté des patients pourtant scellée dans la loi concernant leurs droits, ridiculiser le statut d'indépendant du médecin ne semble gêner ni l'un, ni les autres. Est-ce que nous resterons inertes, indifférents ? Nous contenterons-nous de contempler en spectateurs passifs ces changements néfastes ou est-ce que nous allons réagir ?

Nous avons depuis plus ou moins un an – et nous avons sûrement progressé beaucoup dans ce domaine – redoublé d'efforts afin de formuler nos points de vue et de les proclamer haut. Nous devons poursuivre cette tactique sans faiblir, au lieu de subir les événements et de réagir avec crispation.

Le GBS fournit d'éminents services aux collègues qui sont amenés dans des situations à problèmes par les services de Contrôle de l'INAMI. Je pense qu'il s'agit là d'un des aspects les plus attractifs de notre organisation. Ceci pourrait encore être mis plus en valeur.

Ne serait-il pas possible, d'autre part, d'alléger la tâche de l'administration et du Bureau central en créant des groupes de travail, des groupes d'experts en quelque sorte, qui s'occuperaient de manière continue de thèmes particuliers et qui, par conséquent, seraient bien familiarisés avec le sujet.

Il serait également indiqué de mettre sur pied une manifestation annuelle ou un symposium dans le domaine de l'éthique et économie, tel que le symposium que nous avons prévu pour l'année jubilaire du GBS.

Puis-je également attirer l'attention sur le groupe de collègues extra-hospitaliers, que nous semblons être les seuls à défendre. Un des membres du cabinet du Ministre Demotte m'a sans ambiguïté dit qu'il fallait confiner les spécialistes dans l'hôpital. La sortie du Ministre lui-même, parue dans la presse il y a quelques jours à peine et qui a donné lieu à l'excellente réplique du GBMEH (Groupement Belge pour la Promotion de la Médecine Extra-Hospitalière) fait croire à une concertation à peine dissimulée dont le but est d'éliminer la médecine extra-hospitalière.

Ici encore, il va falloir se serrer les coudes et réagir, notre position étant que la médecine spécialisée extra-hospitalière doit être insérée dans l'organisation des soins de santé, comme étant une opportunité pour la population d'avoir une médecine spécialisée de haute qualité à proximité des patients.

Je reviens d'ailleurs d'un symposium de Chirurgie Ambulatoire en Allemagne. En Allemagne où il y a un grand nombre de centres de Chirurgie Ambulatoire, sans connexion avec des hôpitaux, ce qui n'est pas autorisé dans notre pays. Je retiens que dans ce domaine de la médecine extra-hospitalière aussi, il y a un énorme développement à un tel point que plus de 50 % des affections chirurgicales peuvent être traitées en dehors de l'hôpital. Songer à éliminer la médecine extra-hospitalière semble donc un discours totalement obsolète.

Pour en revenir à l'échelonnement, je suis convaincu qu'il n'y a aucun argument sérieux pour installer celui-ci en dehors d'un espoir (sans doute vain) d'une revalorisation de la Médecine Générale. Lisez mes considérations à ce sujet. Il faut respecter le libre choix du patient, ce qui veut dire entre autres le libre accès au spécialiste. Il y a 3 raisons pour le patient de consulter directement le spécialiste : 1) lorsque d'emblée il doute de son médecin généraliste, 2) lorsque le traitement ne donne pas de résultats, 3) lorsque les symptômes sont à ce point manifestes qu'il considère le passage par le généraliste comme inutile.

Mais puisqu'on veut quand même introduire une règle, celle-ci ne serait acceptable qu'aux conditions suivantes: 1) que la liberté du patient soit respectée et 2) que l'accès au spécialiste soit garanti sans obstacle, pas même des sanctions financières. Nous proposons plutôt que la référence - rendue plus ou moins obligatoire par la suppression dans ce cas du ticket modérateur chez le spécialiste -, un système dans lequel le fait « d'avoir un généraliste » serait promu. Nous vous demandons d'y réfléchir. Nous en discuterons plus tard.

Nous vous avons déjà, lors de nos deux dernières réunions, entretenus au sujet de l'abominable tentative – provenant probablement essentiellement du VLIR – de mainmise complète sur la formation. En d'autres mots, une académisation totale avec élimination des Commissions d'Agréation et assujettissement des maîtres de stages "périphériques" (non universitaires), dans un système totalement féodal. J'espère qu'il est remis définitivement. Mais nous vous demandons avec insistance : 1) de faire preuve de la plus grande vigilance dans les Commissions d'Agréation, 2) de veiller scrupuleusement aux interprétations strictes et à l'application des critères légaux, 3) de participer à des campagnes d'informations que nous organiserons pour tous les membres professionnels des Commissions d'Agréation. Il semble en effet qu'au cours des années, une série de concepts erronés et de coutumes qui s'écartent, ont pu s'introduire. Il serait donc bénéfique de rectifier certains éléments en rapport avec les critères (un groupe de travail pourrait également être actif à cet effet).

Nous venons d'être confrontés d'une part avec les Guidelines de Radiologie, présentées à la profession sur base des guidelines rédigées par la Société Européenne de Radiologie. Nous notons en passant que nos

propres sociétés ou nos unions n'ont jusqu'ici pas eu l'occasion de les évaluer. Elles présagent sans doute la venue de guidelines dans d'autres disciplines et pourraient donner lieu à une activité dans ce domaine pour les Comités Paritaires.

Le président du Conseil National de la Promotion de la Qualité (CNPQ) a d'autre part récemment sollicité auprès des présidents des Comités Paritaires des propositions concernant des critères basés sur des consensus scientifiques afin d'implémenter le Peer-review.

Je pense encore une fois qu'un groupe de travail devrait étudier ces initiatives et déterminer notre attitude en la matière.

Je pourrais naturellement continuer car ce ne sont pas les sujets de politique médicale qui manquent mais je n'oublie pas que notre infatigable Secrétaire Général va nous brosser un tableau complet et encore autrement fourni de ce qui s'est passé depuis la dernière Assemblée Générale et je suis persuadé que si j'ai abordé quelques-uns des topics qu'il traitera, je ne lui ai sûrement pas coupé l'herbe sous les pieds et à la rigueur : « bis repetita placet ».

Je ne pourrais certainement pas cette fois-ci, terminer ma dernière allocution présidentielle sans vous dire combien moi-même et vous tous sommes redevables à l'équipe administrative du GBS.

En la personne de Jos Van den Nieuwenhof, nous n'avons pas seulement une encyclopédie complète de la problématique médicale spécialisée, pas seulement un penseur qui pourrait facilement assumer le rôle de chef de cabinet du Ministre de la Santé Publique, pas seulement un artiste-peintre qui manie merveilleusement ses pastels et pinceaux, et mieux encore – si c'était possible – la plume, et ce dans les deux langues du pays, mais indiscutablement et surtout nous avons aussi en lui – et j'ai pu en avoir l'expérience pendant près de 4 ans – un collaborateur dévoué et irremplaçable. Jos, je te remercie pour cette brillante collaboration.

Nous avons fait mouche lorsque nous avons confié à Fanny Vandamme le poste de directeur-adjoint. Son activité extrêmement étendue, ses connaissances juridiques indispensables, ses rapports aussi complets que bien rédigés, et sa bonne humeur indestructible sont des atouts majeurs pour le bon fonctionnement de notre organisation. Merci Fanny. J'adresse mes félicitations et mes remerciements chaleureux à nos secrétaires Ann Vandermeulen, Brigitte Sand, Josiane Bultreys (traductrice parfaite du néerlandais vers le français mais également vers l'allemand) et Delphine Van den Nieuwenhof. Elles savent que nous tenons leur collaboration en très haute estime.

Nous remercions également vivement la section masculine : Pierre Néвраumont, Koen Schrije (pour qui les présentations PowerPoint n'ont plus de secrets) et Vincent Mercken, pour leur précieux apport et leur collaboration cordiale.

Que dire au sujet des collègues du Comité Directeur : chaque semaine, souvent, à plusieurs reprises, nous nous sommes rassemblés, nous avons pris part à des débats, nous avons rendu visite aux ministres et à des membres du cabinet et avons discuté avec eux, nous avons mis au point ensemble des actions au cours de réunions, nous nous sommes téléphoné et envoyé des e-mails... jamais nos contacts ne se sont déroulés autrement qu'harmonieusement. J'ai été le témoin privilégié d'énormément de dévouement, d'une disponibilité continue et d'un enthousiasme désintéressé. Je suis donc particulièrement reconnaissant envers Bernard Maillet, Bernard Vanden Heule, Eddie Maes, Michel Ingels, Jan Verbeke, Jean-Luc Demeere et Guy Wanet. Nous avons eu l'occasion d'absorber un bon nombre de pages de mails au contenu philosopho-politico-médical en provenance de Dirk Van Renterghem, et j'aimerais souligner à quel point nous avons pu profiter de l'expérience de notre Président d'honneur, Jacques Mercken, et ô combien souvent il nous a soutenus par ses conseils et ses actions (par téléphone ou par fax), et a complété nos délégations auprès des instances. Je ne peux faire autrement que de les remercier très vivement. Je pense encore également avec émotion à notre collègue Luc Nijs, qui était présent chaque lundi, et qui nous a quittés trop tôt.

"Finalement, finalement", j'aimerais remercier spécialement notre Secrétaire Général pour la collaboration fantastique dont j'ai pu faire l'expérience avec lui.

Je voudrais d'ailleurs saisir cette occasion pour exprimer encore une fois mon inconditionnelle – et je pense pouvoir vous y associer – admiration pour le travail de titan qu'il produit. Sa connaissance phénoménale des rouages de notre système de soins de santé, sa capacité de travail défient notre imagination, sa sagacité est exceptionnelle, sa mémoire inépuisable. Marc est l'un des piliers de l'ABSyM, mais il est également la pierre angulaire du GBS. Merci Marc.

Il est temps que je termine et que je vous adresse à vous tous ma reconnaissance pour votre collaboration et votre soutien.

En terminant une mission et prenant conscience de l'imperfection avec laquelle elle a été accomplie, j'aime penser à l'excuse qui se cache dans un vers de la chanteuse canadienne Diane Dufresne:

***“ Qu'est-ce que tu fais dans la vie?
Je fais mon possible ! »***

Et si on considère avec un peu de mélancolie qu'à partir d'un certain âge, il vaut mieux remettre son tablier, on peut toujours se consoler en pensant à cette strophe de Longfellow que j'emprunte souvent:

*"Age has opportunity no less than youth itself,
Though in another dress,
And as the evening twilight fades away,
The sky is full of stars,
Invisible by day!"*

QUELLE ORIENTATION DONNER AUX SOINS DE SANTÉ EN BELGIQUE? *

J.A. GRUWEZ **

La représentation des médecins

En Belgique, il existe des "syndicats" médicaux, à savoir l'ABSyM et le Cartel, qui représentent tous deux à la fois des médecins généralistes et des spécialistes et qui sont considérés par le législateur comme "des organisations représentatives de médecins" car ils comptent des membres dans les deux catégories de médecins, et ce en outre dans les différentes régions du pays. Les médecins sont également représentés par toute une série d'organisations de généralistes (SVH, VHP, UHAK, WVVH, Domus Medica, GBO, FAG, SSMG) ainsi que par une seule organisation représentative de médecins spécialistes, à savoir le Groupement des Unions professionnelles belges de médecins spécialistes – Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten qui, fort de ses 7500 membres, constitue la plus importante organisation professionnelle de médecins dans ce pays. Il va sans dire qu'il existe également, tant pour les médecins spécialistes que pour les généralistes, un grand nombre de sociétés scientifiques, généralement spécifiques à chaque spécialité reconnue (Chirurgie, Médecine interne, Radiologie, etc.), parfois pour des sous-disciplines très spécialisées (par exemple le Belgian Group for Endoscopic Surgery).

Le GBS a été fondé en 1954, notamment avec pour objectif d'obtenir la reconnaissance des disciplines spécialisées ainsi que de codifier et standardiser leur formation, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors. D'où le rôle important que le GBS-VBS a toujours joué dans l'organisation et la gestion de la formation spécialisée. Le GBS-VBS et ses unions professionnelles ont une dimension européenne avec l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) et ses Sections et Boards monospécialisés grâce auxquels les intérêts des Spécialistes, ainsi également que la problématique de la formation, de la CME (Continuing Medical Education), de la CPD (Continuing Professional Development), l'assurance et le contrôle qualité, et l'harmonisation des législations nationales sont examinés au niveau européen.

Le Système de santé belge

Le système

Le système belge de Sécurité sociale est classé parmi les systèmes les plus étendus et les plus efficaces d'Europe. Plus de 95% de la population sont inscrits dans le programme d'assurance-maladie national obligatoire. Le système de santé couvre tous les aspects de l'assurance-maladie, est géré via des mutuelles reconnues par la loi avec une orientation politique et idéologique, auxquelles il est obligatoire de s'affilier (avec un système spécifique pour les indépendants) et sans sélection des membres en fonction du risque. Les membres de famille à charge sont co-assurés. Il y a un mélange d'établissements de soins publics et privés. L'ensemble est basé sur une concertation et sur des mécanismes de consensus entre les représentants du gouvernement, des organismes assureurs et des groupements d'intérêts des travailleurs de la santé et des établissements de soins.

Le financement des soins de santé est assuré à hauteur de 32% par l'Etat, de 51% par les mutuelles par le biais des cotisations des employeurs et des travailleurs et de 17% par les interventions personnelles des patients. Pour un total égal à 8,8% du PIB. Un système de maximum à facturer a été mis en place récemment. Les 17% des interventions personnelles des patients comprennent entre autres le ticket modérateur (co-payment) perçu dans le but de limiter les frais et qui se monte par exemple à ± 25% des honoraires de la consultation du généraliste.

* Présenté dans le cadre du Studium Generale, Faculté de Médecine, RUG, le 29.10.2003.

** Professeur et ancien Chef de service des Services de Chirurgie de la K.U.L. émérite, Président du GBS-VBS.

Les cotisations des travailleurs sont menacées par le nombre d'actifs. La Belgique compte ainsi moins d'actifs après 55 ans que la plupart des pays européens.

La part des soins de santé dans le budget de la Sécurité sociale est en augmentation.

Hôpitaux

Le secteur hospitalier offre 7,8 lits pour 1000 habitants. Le Conseil national des établissements hospitaliers comprend une section "Programmation et Agrément" et une section "Financement". 60 % des hôpitaux sont des établissements privés sans but lucratif, 40 % appartiennent au secteur public, il y a 8 hôpitaux universitaires et un certain nombre d'hôpitaux ont des lits universitaires.

A part quelques exceptions, les médecins généralistes et spécialistes sont des indépendants qui sont payés à la prestation. Toutefois, tous les spécialistes hospitaliers sont tenus de céder en moyenne 40 % de leurs honoraires à l'hôpital avec des variations allant de 0 à 90 %, car les hôpitaux doivent faire face à un sous-financement structurel. Les hôpitaux universitaires rémunèrent leurs spécialistes avec un salaire.

Les médecins

Le nombre de médecins en Belgique est pléthorique. Après l'Italie, nous sommes le pays qui compte le plus de médecins pour 100 000 habitants. Le nombre de spécialistes a connu une croissance plus rapide que le nombre de généralistes. Aujourd'hui ^{***}, on compte 23.978 spécialistes dont 21.897 sont en activité et 3.861 spécialistes en formation en activité (soit un total d'actifs de 25.758). Quant aux généralistes, on en compte 17.543, dont 13.718 en activité et 823 généralistes en formation en activité (soit un total d'actifs de 14.541).

Si on se base sur le nombre de chirurgiens agréés cette année (une cinquantaine), le nombre de spécialistes ne baissera pas encore en 2003.

Les extra-hospitaliers

Il ne faut pas perdre de vue que, sur les 25.758 spécialistes, quelque 7000 travaillent extra-muros et qu'une bonne partie d'entre eux exercent en première ligne. Ces spécialistes extra-hospitaliers (en partie le résultat d'un accès incontrôlé à la spécialisation pendant des années) sont totalement ignorés par les autorités lors de l'élaboration des prévisions et des programmations pour les soins de santé. Les spécialistes extra-hospitaliers dispensent des soins de santé spécialisés facilement accessibles et sont proches du patient et de son médecin généraliste aussi bien au sens propre qu'au sens figuré. Ils proposent souvent un traitement qui est meilleur marché pour les soins de santé que l'équivalent en milieu hospitalier. Ces médecins sont souvent considérés comme des concurrents, tant par les généralistes que par les hôpitaux. Contrairement à ce qu'on observe en Allemagne par exemple, où il y a beaucoup de pratiques "niedergelassene" (c'est le terme allemand pour désigner les spécialistes extra-hospitaliers) dans lesquelles on pratique notamment beaucoup de chirurgie de jour, chez nous, c'est rendu nettement plus difficile par la réglementation et le remboursement en vigueur (même si cette solution serait également plus économique ici).

Les problèmes intra-muros

La médecine spécialisée intra-muros (dans les hôpitaux) ploie sous le poids des frais induits par la rage normative des autorités. L'introduction de toutes sortes de programmes de soins, d'obligations d'enregistrement au niveau fédéral, régional et/ou local, dont l'utilité est souvent douteuse, entraîne une surcharge administrative et financière pour les médecins et l'établissement de soins. Du reste, les autorités négligent systématiquement de calculer les répercussions financières de ces réglementations et il y a encore moins de chances qu'elles les financent.

Les médecins spécialistes sont de plus en plus souvent tenus de supporter ces frais tandis que les responsables politiques donnent l'impression de vouloir se présenter à la population comme ceux qui se soucient le plus de la santé publique.

Le rôle des autorités devrait se limiter à détecter les possibles lacunes et besoins dans le domaine de la santé publique. Elles devraient alors déléguer à la profession le soin de résoudre ces problèmes et pourrait se réserver le droit d'effectuer des contrôles et demander des comptes.

Au cours de ces dernières années, des changements structurels importants sont intervenus à l'hôpital. Sur les structures existantes, à savoir les "services" des différentes disciplines (services chirurgicaux, services de médecine interne, radiologie, gynécologie et obstétrique, etc.) avec, à leur tête, les chefs de service médicaux, sont venues se greffer notamment des divisions qui doivent assurer des

^{***} Chiffres du 01.01.2003.

"itinéraires" pour certaines pathologies, en s'appuyant sur le mécanisme des programmes de soins et des circuits de soins, lesquels devraient produire une médecine mieux intégrée. Ceci a conduit à la nomination de responsables pour ces structures horizontales avec lesquels il convient de "partager" l'autorité dans les structures existantes. Par ailleurs, la complexité de l'administration a conduit à la désignation dans les services de "managers" avec lesquels il y a, une nouvelle fois, confrontation de l'autorité établie dans les structures existantes. En outre, l'administration, la direction des soins infirmiers et les services logistiques (à nouveau en raison de la dimension des hôpitaux et de la bureaucratie énorme) ont été extrêmement développés et centralisés, avec comme résultat une submersion de l'autonomie médicale, de l'autorité médicale et de la personnalité médicale, avec des répercussions évidentes sur le caractère personnel de celle-ci en faisant peser une hypothèque sur la relation médecin-patient.

Une plus grande participation des médecins à la politique hospitalière est nécessaire. En marge des activités du conseil médical, il convient de créer une présence paritaire des médecins dans l'administration de l'hôpital. Toute nouvelle fusion d'hôpitaux pour créer des établissements mastodontes doit être évitée en privilégiant plutôt la coopération et la conclusion d'accords de répartition des tâches, afin de juguler les dépenses et les frais logistiques qui connaissent une croissance exponentielle avec le nombre de lits. L'esprit d'entreprise des médecins et de l'administration doit être encouragé. L'instauration de montants de référence soumis au Peer review doit permettre un alignement des frais spécifiques de diagnostic et de traitement des pathologies.

Il existe une rémunération préférentielle des Hôpitaux universitaires qui, à notre sens, n'a pas de justification. Il y a quelque trois ans, le ministre F. Vandebroucke a déclaré être partisan d'un traitement uniforme des Hôpitaux : soins aux malades, recherche clinique, formation et évaluation de nouvelles technologies seraient rémunérés de la même manière pour tout le monde. Un tel traitement correct des différents hôpitaux aurait été équitable mais la transposition concrète des paroles du ministre a plutôt été dans le sens opposé. Selon nous, la recherche devrait être financée par des budgets de recherche, la formation fournit également de la main-d'œuvre et n'est pas le monopole des hôpitaux universitaires, des soins aux malades d'un niveau tout aussi élevé sont dispensés dans des services non universitaires et de nouvelles technologies ont probablement été davantage testées et appliquées dans des centres non académiques au cours de ces dernières années.

Spécificité du Système de santé belge

Il est clair que la principale caractéristique et la qualité première de notre système de soins trouvent sans doute leur origine dans la liberté pour le patient de choisir son médecin, dans le second avis et dans la liberté thérapeutique du médecin. Il ne fait pas de doute que le concept hippocratique que nos médecins ont de leur profession et la saine émulation générée par les honoraires à la prestation constituent des facteurs importants du caractère attractif du système belge. Il est évident que l'amélioration du système dans le futur ne peut pas ignorer ces composantes essentielles de notre système de soins de santé. Il convient de préserver avant tout la relation personnelle médecin-patient et la position centrale du patient dans le paysage médical. L'accompagnement personnel du patient peut très certainement être assuré par le généraliste mais, en milieu hospitalier également, il faut que le patient puisse compter sur un accompagnateur, de préférence le médecin spécialiste traitant initial vers lequel il peut se tourner au cours de ses pérégrinations parfois compliquées dans l'hôpital. C'est dans le souci de la préservation de ce principe, selon nous, indispensable de la médecine personnelle que nous sommes hostiles à toute formule qui n'offrirait pas suffisamment de garantie en la matière.

La formation

Toute amélioration du système des soins de santé doit naturellement accorder une attention particulière à la formation.

En ce qui concerne la formation undergraduate, nous nous limiterons à 3 observations. Le serment d'Hippocrate laisse apercevoir clairement une relation très personnelle avec le patient. C'est quelque chose que le patient apprécie énormément. Dans certaines spécialités, elle figure moins au premier plan (ex. en biologie ou en radiologie). Il n'empêche que des efforts doivent être consentis pour apprendre ce concept. En deuxième lieu, la capacité clinique constitue une condition sine qua non pour des médecins performants, qu'il s'agisse de généralistes (peut-être même encore plus dans leur cas du fait de leur polyvalence indispensable) ou de spécialistes. En troisième lieu, il convient d'intégrer une prise de conscience des coûts dans le curriculum médical.

En ce qui concerne la formation postgraduate, en d'autres termes la formation spécialisée (ou/et de médecin généraliste), il est nécessaire d'informer les candidats spécialistes qui, à l'heure actuelle, du

fait de l' "académisation" des 2 premières années et de la réglementation Colla qui a confié la sélection pour la spécialisation à "une faculté", ne sont tout simplement pas au courant ou n'ont pas été informés de leurs droits en ce qui concerne l'élaboration de leur plan de stage. Il est indispensable de maintenir l'assurance de qualité de la formation, surtout en ce qui concerne le contenu. La différenciation communautaire de la formation doit être empêchée. Au moment précis où l'harmonisation européenne fait l'objet d'une attention particulière et d'efforts spécifiques, il serait vraiment insensé que les commissions d'agrément flamandes et francophones ne soient plus sur la même longueur d'onde. En outre, il conviendrait d'assurer un rôle plus actif et une poursuite des activités du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, un organe consultatif de direction et de contrôle instauré par les autorités.

La Formation médicale continue, le Développement professionnel continu, le Peer Review, l'Assurance de qualité et le Contrôle

Il y a 10-15 ans, le concept de la qualité, importé du monde de l'industrie, a fait son apparition en médecine et dans le secteur des soins de santé. La formation continue, la nécessité de se tenir au courant, d'apprendre tout au long de sa vie, font partie des obligations éthiques du médecin. C'est pourquoi la plupart de nos confrères se sont efforcés de rester en phase avec l'évolution médicale, que ce soit par le biais de la littérature médicale, des réunions et congrès scientifiques, des cours ou séjours de formation continue.

Depuis une dizaine d'années, le monde extérieur (patients, responsables politiques, médias) exige des médecins qu'ils en apportent la preuve. Toutes ces tendances nous viennent en fait des Etats-Unis et arrivent sur le Continent via la Grande-Bretagne anglo-saxonne. Dans notre pays également, un système permettant d'évaluer, du moins en théorie, si les médecins suivent une formation continue, a ainsi été mis en place il y a \pm 10 ans. Le système a reçu le nom d'accréditation et repose sur une base volontaire, des incitants étant toutefois prévus sous la forme d'une somme annuelle allouée aux médecins par l'INAMI pour les frais de formation (\pm 21.000 FB) et d'une majoration des honoraires, par exemple de 16,45 % pour la consultation du médecin généraliste. Pour la consultation de l'interniste, l'augmentation est de 8,31%. Les exigences sont modérées, la bureaucratie encore juste acceptable, le rendement inconnu ! Toute la structure (y compris les documents) a été taillée sur mesure pour les généralistes, tandis que les spécialistes (pour qui la formation continue n'était absolument pas une nouveauté) ont dû suivre, avec le désavantage que le système présentait quelques lacunes en ce qui les concerne et qu'il a également été accueilli avec moins d'enthousiasme (c'est un euphémisme). Au 1/2/02, 9.882 généralistes sur les 13.640 étaient accrédités (72,45%) et, en ce qui concerne les spécialistes, ils étaient 12.571 sur les 18.565 (67,71%) (source : groupe de direction de l'accréditation). Ceci donc pour la formation médicale continue. Par la suite, ce concept et ce terme, en anglais CME (Continuing Medical Education), ont été remplacés par la formule sophistiquée CPD (Continuing Professional Development) qui vise non seulement les "knowledge" ou connaissances mais également les capacités et les aptitudes. Ce fut ensuite l'arrivée de l'Assurance de qualité, le Contrôle de qualité et le Peer Review (évaluation par les pairs). Egalement dans l'espoir de promouvoir la prise de conscience des coûts et les directives de *bonne pratique médicale* parmi les médecins, des GLEM, c'est-à-dire des groupes locaux d'évaluation médicale, ont été constitués dans le but de comparer entre pairs les profils de prescription, mais surtout également entre égaux les propres pratiques médicales, les résultats et les frais générés. Si on peut citer un résultat positif de l'accréditation, c'est l'augmentation considérable de la collégialité entre les membres des GLEM. Pour le reste, l'accréditation conserve – plus n'est peut-être pas souhaitable – un profil relativement bas : jusqu'à présent, de réels débats et discussions concernant les répercussions économiques de la pratique médicale ou la définition de guidelines ont été jusqu'ici très rares. Il faut se réjouir du fait que la Recertification ou Contrôle de qualité externe proposés par les pays anglo-saxons n'ont pas pour l'instant été importés dans notre pays, cela vaut du reste pour la plupart des pays du Continent. Dans le futur, le système pourrait être utilisé pour mettre au point des directives plus ciblées, par exemple plus soucieuses des coûts, dans les différentes disciplines.

Le développement de la technologie

Ici, nous pensons instinctivement aux manipulations endovasculaires, à toute la chirurgie d'accès minimal, au développement considérable de l'imagerie, à la robotisation, à la miniaturisation de l'instrumentation et des mécanismes, etc. Ces développements exponentiels offrent toute une gamme de nouvelles possibilités diagnostiques et thérapeutiques. Toutefois, il n'est pas évident de savoir

comment on maîtrisera la "learning curve" (période de formation) et le financement de ces développements technologiques.

Surtout lorsque l'on constate qu'on ne dispose pas encore à ce jour d'un financement adéquat, notamment pour la viscérosynthèse. Un exemple tiré de la réalité : la gastroplastie de Mason en cas d'obésité morbide par voie laparoscopique. Le choix pour le patient est rapidement fait pour une opération de ce type tout aussi efficace, présentant moins de désavantages de toutes sortes (cicatrice, douleur, hospitalisation, incapacité de travail). Il n'en est pas de même pour le directeur de l'hôpital ou le médecin : les frais pour les appareils de suture et les appareils de clippage (matériel endo) à usage unique s'élèvent à 1.859 €. Le forfait de 313 € prévu laisse un déficit de 1.546 € (62.365 FB). Si, comme c'est le cas aujourd'hui, le paiement ne peut plus être répercuté sur le patient, le calcul sera vite fait et le Directeur déconseillera l'approche par laparoscopie.

Le financement du système

Pour les non-initiés, la problématique semble une équation sans solution : d'une part, il y a le vieillissement, le progrès rapide de la technologie, la prise de conscience et les exigences accrues de la population, en d'autres termes une augmentation constante des besoins financiers et, d'autre part, il y a une résistance de plus en plus grande et, du reste, un refus rationnel de continuer à augmenter constamment le budget de la santé.

Le rationnement des soins n'est en principe pas acceptable. Des augmentations substantielles de l'intervention du patient sont politiquement et également socialement impossibles. L'augmentation de la part prise par les soins de santé dans le budget global de l'Etat n'est plus acceptable.

Selon nous, 3 mesures pourraient offrir une solution :

- (1) le maintien et la perception obligatoire du ticket modérateur
- (2) une limitation substantielle du système du tiers payant, sauf pour les personnes défavorisées et socialement faibles (pour lesquelles le système actuel resterait applicable)
- (3) l'instauration d'un système où un paquet de base minimum aussi étendu que possible est pris en charge par l'assurance obligatoire, tandis qu'une assurance complémentaire (avec garantie contre l'exclusion) intervient pour une part à définir des soins de santé.

Les assureurs privés seraient disposés à couvrir les frais d'un "paquet de soins de base universel" négocié avec les autorités en sus de l'assurance légale. Près de la moitié de la population belge aurait déjà conclu une assurance complémentaire pour les frais de santé, généralement une assurance hospitalisation (de Standaard, G. Tegenbos 04/07/2003).

Le gouvernement allemand a accepté un système de ce genre très récemment. Tant en Allemagne qu'aux Pays-Bas, l'assurance-maladie existant actuellement fait l'objet d'un "rétrécissement du paquet". La responsabilisation individuelle du médecin ne peut en principe pas être rejetée mais il faut des règles du jeu honnêtes, qui prennent en considération les droits de la défense. Or, jusqu'à présent, ce n'est pas le cas, et ce bien que le Directeur général du SECM (Service d'évaluation et de contrôle médicaux) laisse entrevoir le remplacement d'une attitude sanctionnante par des contacts davantage axés sur le dialogue et les incitants.

Le paquet de revendications

1. Pas de médecine étatisée mais une délégation renforcée vers la profession.
2. Liberté de choix du médecin, de l'établissement de soins et possibilité d'un second avis pour le patient.
3. Le patient occupe une position centrale. Le système s'adapte au patient et non pas l'inverse.
4. Maintien et promotion de la relation médecin-patient et de la médecine personnalisée.
5. Maintien de la rémunération à la prestation.
6. Pas d'échelonnement, pas d'introduction de systèmes obsolètes provenant de l'étranger.
7. Honoraires plus élevés pour le travail du généraliste.
8. Promotion de la collaboration entre le généraliste et le spécialiste par une optimisation de la communication.
9. Elimination de toute forme de discrimination défavorable au spécialiste extra-hospitalier et obtention d'une place qui lui est propre dans les soins aux malades.
10. Définition d'un paquet de base dans l'assurance-maladie obligatoire et d'une assurance complémentaire non liée aux risques comme soutien financier du système.
11. Pas de nouvelle constitution d'hôpitaux mastodontes.
12. Simplification des normes dans les hôpitaux (programmes de soins, etc.)
13. Participation paritaire des médecins dans la gestion de l'hôpital.

14. Une solution correcte pour le contentieux médecins-gestionnaires des hôpitaux.
15. Pas de scission des honoraires pour le médecin hospitalier.
16. Résolution de la problématique des urgences, éventuellement par le paiement d'un ticket modérateur et, en tout cas, par la conclusion de bons accords entre le service de garde local de médecine générale et l'hôpital.
17. Un remboursement correct du matériel de viscérosynthèse.
18. Une solution pour le problème aigu de la responsabilité.
19. Un système de contrôle équitable dans le cadre de la responsabilisation, avec des règles du jeu honnêtes et respect des droits de la défense.
20. Une application souple de la réglementation en matière d'heures de travail.
21. L'élimination de la discrimination des hôpitaux non universitaires par rapport aux hôpitaux universitaires.
22. Maintien du contrôle de la démographie médicale et maîtrise de la pléthore.
23. Une formation qualitative, surtout clinique, axée sur la profession, avec prise de conscience des coûts et préparation à la réalité médico-administrative au quotidien dans l'enseignement graduate.
24. Création d'un système de sélection national pour l'accès à la spécialisation plutôt que la sélection par une faculté.
25. Restauration d'une collaboration harmonieuse entre l'Université et la Profession pour la formation postgraduate des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
26. Fonctionnement correct des organes consultatifs institués par les autorités, notamment le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, les Commissions d'agrément et le Conseil national des établissements hospitaliers.

29.10.2003

**REPONSE DU JOURNAL DU MEDECIN A LA LETTRE
DU PROFESSEUR J. GRUWEZ DU 05.01.2004**

(traduction)

**Groupement Belge des Spécialistes (GBS)
Monsieur le Président, Professeur Gruwez
Avenue de la Couronne 20
1050 Bruxelles**

Concerne : Abonnement au Journal du Médecin (Le Médecin Spécialiste)

Cher Professeur Gruwez,

C'est avec étonnement que nous avons lu votre article concernant l'abonnement au Journal du Médecin paru dans "Le Médecin Spécialiste". Comme vous le savez, notre politique a toujours été de veiller à la diffusion la plus large possible du Journal du Médecin / Artsenkrant. A la fin du mois de décembre 2003, nous avons un tirage de 32.000 exemplaires (82 numéros par an).

Il est exact que depuis 2004, nous demandons aux spécialistes une contribution modeste de 60 euros par an. Un peu plus d'un spécialiste sur trois a déjà satisfait à cette demande. Peut-être avons-nous commis une erreur en ne consultant pas les spécialistes au préalable. La contribution demandée couvre uniquement les frais du papier et de l'expédition du Journal du Médecin / Artsenkrant. Vous n'ignorez pas que le coût réel d'un abonnement est nettement plus élevé.

Au cours de ces dernières années, les frais de production et de distribution de notre journal ont en effet connu une croissance exponentielle. La diffusion gratuite d'un journal comme le nôtre n'est possible que grâce à la publicité de l'industrie pharmaceutique. Vous n'êtes pas sans savoir que cette industrie ne mène pas la même politique de promotion selon qu'elle s'adresse aux généralistes ou aux spécialistes. C'est dans ce cadre que vous devez situer notre décision. Nous espérons que la situation vous apparaîtra ainsi un peu plus claire.

Nous pouvons d'ores et déjà ajouter que nous nous engageons vis-à-vis des spécialistes à revenir sur notre décision si le climat des investissements venait à s'améliorer. En tout cas, nous prenons nos

distances par rapport à votre proposition de modifier le nom. Le Journal du Médecin et Artsenkrant restent attachés à leurs lecteurs spécialisés. Nous sommes convaincus que notre journal reste également un canal d'information important pour les membres du GBS.

Votre affirmation qu'il serait fâcheux que les médecins doivent payer pour la publicité de l'industrie pharmaceutique nous semble curieuse et quelque peu offensante. Curieuse car, si on poursuit le même raisonnement, cela voudrait dire que toute personne qui s'abonne à un quotidien ou à un hebdomadaire paie pour la publicité qui s'y trouve. Offensante car cela donne l'impression que vous assimilez Le Journal du Médecin et Artsenkrant à de la publicité. On peut alors se demander pourquoi vous vous donnez toute cette peine.

Restons toutefois constructifs et soyez certains que nous sommes disposés à tout moment à examiner la question avec vous et avec votre association.

Veillez agréer, Cher Professeur Gruwez, l'expression de notre considération distinguée.

Peter Backx, rédacteur en chef Artsenkrant
Maurice Einhorn, rédacteur en chef Le Journal du Médecin
Pierre Dory, directeur général Medimedia Belgium
Jean-Pierre Dehaspe, administrateur délégué Medimedia Belgium

NOMENCLATURE – MODIFICATION DE L'ARTICLE 35

5 FEVRIER 2004. - Arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 19.02.2004)

[...]

Article 1^{er}. A l'article 35 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inséré par l'arrêté royal du 24 août 1994 et modifié par les arrêtés royaux des 18 juillet 1996, 25 juin 1997, 9 janvier 1998, 24 mars 1998, 18 janvier 1999, 28 février 1999, 6 novembre 1999, 8 novembre 1999, 20 mars 2001, 11 juillet 2001, 13 juillet 2001, 24 août 2001, 24 septembre 2001, 15 octobre 2001, 21 janvier 2002, 22 janvier 2002, 18 octobre 2002, 13 janvier 2003 et 7 septembre 2003, le **§ 7** est modifié comme suit :

1° Le point 1°, a), est remplacé par les dispositions suivantes :

« a) L'intervention de l'assurance ne peut être accordée qu'après accord du médecin-conseil pour les indications mentionnées en 2° a) et 2° c). »;

2° Après le point 2°, b), est inséré le point c) suivant :

« c) L'implantation du matériel prévu sous les numéros 683093-683104, 683115-683126, 683130-683141 et 683152-683163 doit être pratiquée pour le traitement de la douleur consécutive à une pancréatite chronique pour laquelle le traitement pharmacologique courant n'a pas donné de résultat favorable ou a entraîné des effets secondaires sérieux. »;

3° Au point 3°, a), les termes « et en 2° c) » sont insérés après les termes « L'intervention chirurgicale mentionnée en 2° a) »;

4° Le point 3°, b), est remplacé par la disposition suivante :

« b) La demande de remboursement du matériel doit être introduite au moyen d'un rapport médical circonstancié établi et signé par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire responsable de l'implantation et du traitement, et qui est composée

- pour l'implantation mentionnée en 2°, a), d'un neurochirurgien, d'un neurologue ou d'un anesthésiste et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre;

- pour l'implantation mentionnée en 2°, b), d'un chirurgien vasculaire, d'un interniste et du médecin spécialiste qui réalise l'intervention;

- pour l'implantation mentionnée en 2°, c), d'un neurochirurgien, d'un interniste et d'un neuropsychiatre ou d'un psychiatre. »;

5° Au point 3°, c), le point 2. est complété par la disposition suivante :

« - le diagnostic stipulant qu'il s'agit bien de douleurs consécutives à une pancréatite chronique pour l'implantation mentionnée en 2°, c) ; »;

6° Au point 3°, c), 3., premier tiret, les termes « et 2° c) » sont insérés après les termes « pour l'implantation mentionnée en 2° a) »;

7° Au point 3°, c), 4., premier tiret, les termes « et 2° c) » sont insérés après les termes « pour l'implantation mentionnée en 2° a) ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge .

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

[...]

Article 1er. A l'article 35 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inséré par l'arrêté royal du 24 août 1994 et modifié par les arrêtés royaux des 18 juillet 1996, 25 juin 1997, 9 janvier 1998, 24 mars 1998, 18 janvier 1999, 28 février 1999, 6 novembre 1999, 8 novembre 1999, 20 mars 2001, 11 juillet 2001, 13 juillet 2001, 24 août 2001, 24 septembre 2001, 15 octobre 2001, 21 janvier 2002, 22 janvier 2002, 18 octobre 2002, 13 janvier 2003 et 7 septembre 2003 sont apportées les modifications suivantes :

1° Au **§ 1er, H. Chirurgie vasculaire**, intitulé "catégorie 2", les modifications suivantes sont apportées à la prestation 685915-685926 :

a) Les mots ", y compris le sizing balloon," sont insérés entre les mots "implantable" et "utilisé";

b) La valeur relative "U 4630" est remplacée par la valeur relative "U 4830";

2° Au **§ 1er, H. Chirurgie vasculaire**, intitulé "catégorie 2", les modifications suivantes sont apportées à la prestation 685930-685941 :

a) Les mots ", y compris le sizing balloon," sont insérés entre les mots "implantable" et "utilisé";

b) La valeur relative "U 4630" est remplacée par la valeur relative "U 4830".

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge .

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

[...]

Article 1er. A l'article 35 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inséré par l'arrêté royal du 24 août 1994 et modifié par les arrêtés royaux des 18 juillet 1996, 25 juin 1997, 9 janvier 1998, 24 mars 1998, 18 janvier 1999, 28 février 1999, 6 novembre 1999, 8 novembre 1999, 20 mars 2001, 11 juillet 2001, 13 juillet 2001, 24 août 2001, 24 septembre 2001, 15 octobre 2001, 21 janvier 2002, 22 janvier 2002, 18 octobre 2002, 13 janvier 2003 et 7 septembre 2003 sont apportées les modifications suivantes :

1° Au **§ 1er, D. Oto-rhino-laryngologie**, intitulé "catégorie 2", la prestation suivante est introduite après la prestation 687750-687761 et sa règle de non-cumul :

« 687934-687945

Tissu synthétique utilisé lors d'une auto-transplantation trachéale pour le traitement d'un carcinome du larynx, U 5,3 par cm² »;

2° Au **§ 16, D. Oto-rhino-laryngologie**, catégorie 2, l'intitulé et la prestation suivants sont introduits avant l'intitulé "Catégorie 3 :" :

« Tissu synthétique :

687934-687945 »

3° Au **§ 17**, intitulé "- 0 % pour les prestations :", D. Oto- rhino-laryngologie, l'intitulé et la prestation suivants sont introduits avant l'intitulé "Accessoires pour prothèse de la parole :" :

« Tissu synthétique :

687934-687945 ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge .

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

ANNONCES

- 03079 **BRUXELLES : CABINET D'OPHTALMO** réputé, **A CEDER** cse. retraite, conditions intéressantes pour candidat sérieux et compétent. Tél. 0495 / 57.40.65.
- 04002 **A VENDRE** : matériel disponible le 1/4/2004 : 1 périmètre de Goldmann TAKAGI, 1 boîte de verres d'essai complète, 2 autoréfracteurs (1 Topcon et 1 Nidek), 1 frontofocomètre (Topcon), 1 frontofocomètre automatique Humphrey 306, 1 unité de réfraction complète (Topcon), 1 fauteuil avec table supportant Biomicroscope et Javal – Tonomètre à aplanation et projecteur d'optotypes. Tél. : 061/46.75.76 après 20 h.
- 04003 **PROVINCE DE LUXEMBOURG** : Collaboration **OPHTALMOLOGUE**. Nombre de contacts : 45 /j. Info : 0477/84.34.32
- 04009 **BRUXELLES** : La New Polyclinique du Midi – en restructuration – demande d'urgence spécialistes collaborateurs : **RHUMATOLOGUE PHYSIOTHERAPEUTE** pratiquant les électromyographies, **DERMATOLOGUE, OPHTALMOLOGUE, ORTHODONTISTE**. Prière de téléphoner au 02/523.25.00 après midi sauf mardi, soit écrire à la Polyclinique du Midi, 43-47, Bd Jamar, 1060 Bruxelles.
- 04014 **IXELLES** : Cherche **OPHTALMOLOGUE** pour cause de cessation d'activité professionnelle. Tél. : 0475.70.78.59.
- 04015 **WAREMME** : **A CÉDER** cabinet de médecine physique et de réadaptation (E.M.G., manipulations vertébrales,...), pleine activité, 019/32.63.86 – 019/33.18.12.
- 04016 **RIXENSART** (Brabant wallon) : **A LOUER** dans Centre de consultations idéalement situé, rdc, 2 cabinets spacieux, pour médecins spécialistes en rhumatologie, médecine physique (Emg), médecine du sport, dermatologie, pneumologie... Pour renseignements et conditions : 010/61.61.38 le soir après 20 h.
- 04017* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 04019 **LIEGE** : Remplacement - Urgent: Département de pédiatrie du CHC (Liège) souhaite intégrer un second **NEURO-PÉDIATRE** au sein de son équipe. Service de 105 lits, équipe de 35 pédiatres. Activité à temps plein ou à temps partiel. Pour toute information ou toute candidature, contacter le Dr Françoise Bury, chef du département de pédiatrie, CHC - Clinique de l'Espérance, rue Saint-Nicolas 447, 4420 MONTEGNEE, tél. (standard) 04.224.91.11 - francoise.bury@chc.be
- 04020 **ETTERBEEK** : rez-de-chaussée : **80 m² d'espace pour profession libérale** ou bureaux autorisés, 2 entrées, grande pièce de ± 65 m² + rangement + toilette avec lavabo, chauffage central, en bon état. Renseignements : 02/762.96.44.
- 04021 **ETTERBEEK** : Jeune **KINÉSITHÉRAPEUTE** libéral de 29 ans installé depuis décembre 2003 à Bruxelles recherche patientèle pour soins en cabinet et à domicile. Cinq ans d'expérience en neuropédiatrie, en kinésithérapie respiratoire, en appareillage et en balnéothérapie. Cabinet situé rue Père de Deken 48, 1040 Etterbeek, proximité Métro THIEFFRY 02/736.30.93 – 0472/10.01.79.
- 04022 **A VENDRE** : matériel disponible à partir du 15.05.2004 : 1 périmètre de Goldmann-Topcon. Tél. : 02/230.07.26 après 20 h.

Table des matières

• Allocution du Prof. J. A. GRUWEZ, président du GBS, à l'occasion de l'assemblée générale du 7 février 2004.....	1
• Quelle orientation donner aux Soins de santé en Belgique?	4
• Réponse du Journal du Médecin à la lettre du Professeur J. Gruwez du 05.01.2004	9
• Nomenclature – modification de l'article 35	10
• Annonces	12