
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° 4 / AVRIL 2004

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

**POSITION DU GROUPEMENT BELGE DES MEDECINS SPECIALISTES (GBS) EN MATIERE
DE MEDICAMENTS GENERIQUES, DU DROIT DE SUBSTITUTION, DE LA PRESCRIPTION
PAR DENOMINATION COMMUNE (DCI) ET DE DELIVRANCE D'ECHANTILLONS MEDICAUX**

Le GBS réagit favorablement à la perspective des économies pour le système de santé qu'entraînerait l'introduction de médicaments génériques. A condition que soient garanties la qualité, la quantité et la bio-équivalence de ces produits.

Non seulement cette conformité doit-elle se retrouver lors de l'enregistrement, mais dans la suite du cheminement pendant la mise à disposition du produit.

Cela implique des contrôles répétés imposés par l'autorité et effectués par les services compétents: on peut imaginer que l'un ou l'autre fabricant de médicaments génériques décide un jour d'acheter ailleurs leurs substances sans que soient contrôlés la bio-équivalence, et d'autres éléments de fiabilité.

Pour les produits génériques liquides, destinés à l'inhalation ou à l'injection, on peut exprimer des réserves vu l'absence de contrôle de l'éventuel caractère pyrogène de ces substances.

Le GBS estime indispensable que l'information concernant la composition totale du produit générique - y compris les excipients - soit accessible comme pour les produits de marque par mention au registre et au CD-rom de l'Association générale de l'Industrie du Médicament (Pharma.be) ou disponible via le centre d'information médico-thérapeutique (<http://www.befi.be>). Cette information est d'ailleurs cruciale pour les patients souffrant de réactions d'hypersensibilité ou d'allergie. Pour ces motifs le GBS s'oppose fermement au droit de substitution du pharmacien. A l'inverse, rien ne s'oppose à ce que le médecin prescrive la substance de base (DCI), ce qui sous-entend que le patient concerné ne présente aucune hypersensibilité ni allergie: dans ce cas, la substitution ne poserait aucun problème et serait admissible.

En matière de limitation de la délivrance d'échantillons, le GBS constate que des problèmes particuliers surgissent pour des médicaments relevant du Chapitre IV (Bf): une demande d'autorisation de remboursement doit être établie avant que l'on sache si le patient supporte le produit ou s'en trouve aidé. Cela peut entraîner une mise en route inutile du traitement.

D'autre part (c'est le cas dans la maladie d'Alzheimer), les frais de traitement doivent parfois être couverts pendant deux à trois mois par le patient avant autorisation de remboursement: cela entraîne des problèmes sociaux et financiers avec impossibilité de commencer un traitement. Cela peut entraver aussi la mise en route de traitement en milieu hospitalier, pour motif d'économies, alors que jadis cela se pratiquait par le biais d'échantillons...

Ces limitations toucheront particulièrement la disponibilité d'échantillons médicaux en hôpital pour les médecins et assistants: il n'y aura pas de réserve commune d'échantillons du fait du caractère individuel de la remise de ceux-ci. On pourrait trouver une solution en fournissant les services hospitaliers d'un stock forfaitaire d'échantillons, pour le plus grand bien social et financier des patients (et aussi des mutuelles et de l'INAMI).

NUMERUS CLAUSUS – REPOSE DU DR JEAN-LUC DEMEERE, PRESIDENT DU GBS

(Article publié dans la rubrique "Opinion – Médecine" de La Libre Belgique du 19.03.2004 en réponse à l'article "Numerus Clausus . Quousque tandem ?" du Pr Martin Buyschaert, publié dans la même rubrique le 12.03.2004)

Ne pas se focaliser sur le numerus clausus

Le numerus clausus en soi ne pose aucun problème. C'est son application qui est sujet à débat. Ainsi que l'incohérence des décisions politiques en Communauté française.

DR JEAN-LUC DEMEERE

Président du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes

L'article du professeur Buyschaert commence par une affirmation que nous partageons, à savoir : une régulation du flux médical dans notre pays est licite et rationnelle. Cette petite phrase démontre qu'en milieu académique on est également conscient de la nécessité de réguler et en ce cas précis l'offre des médecins. Partant de cette hypothèse, il en conteste l'application par le numerus clausus. Il relativise l'objectivité de la commission de planification (dont le Pr Deliege est membre), tout en accentuant l'importance du rôle des organisations professionnelles « *en phase avec une application rigoriste du numerus clausus dont ils sont même parfois les hérauts* ». Le cadastre des médecins serait selon lui incorrect. On n'aurait pas tenu compte de la féminisation, du départ à la retraite, de la charge de travail... Dans les calculs du ministère un ETP féminin est estimé à 80% de l'ETP masculin. Les études du Dr Dercq sont basées sur l'évolution de la population médicale actuelle, sur l'évolution au sein de chaque spécialité médicale et donc sur les départs à la retraite. Le nombre de médecins accrédités est connu et ces médecins sont par ce fait actifs dans la profession et connaissent un nombre de contacts patients suffisant, sinon ils ne peuvent pas être accrédités.

A BRUXELLES, IL Y A UN MEDECIN POUR 154 HABITANTS, EN FLANDRE UN POUR 272 ET EN WALLONIE UN POUR 238. C'EST QUASI LE RECORD EUROPEEN.

Le fond du problème est la définition de la pléthore médicale. A Bruxelles, il y a un médecin pour 154 habitants, en Flandre un pour 272 et en Wallonie un pour 238. C'est quasi le record européen. Il y a une réelle pléthore et des études universitaires ont démontré que le nombre excessif de médecins (qui sont payés à l'acte) engendre une croissance de ces actes et du coût des soins de santé sans augmenter la qualité de notre médecine « *exemplaire* ». Une démonstration par l'absurde est fournie dans le texte du professeur lorsqu'il parle des patients anglais ou néerlandais, jetés par l'échelonnement (que Rudy Demotte veut aussi installer en Belgique), par la forfaitarisation (idem) et par 20 années de rationnement de soins (encore idem), qui se font soigner et opérer en Belgique. S'il n'y avait pas de pléthore en Belgique, il n'y aurait pas de compétition entre les institutions pour obtenir ces contrats fort intéressants tant pour les médecins que pour les institutions de soins. Je ne crois pas que ces médecins soient précisément ceux qu'il décrit comme « *surchargés* », « *ne trouvant aucun renfort* » et « *ayant des listes d'attente* ». Qu'on laisse ces spectres chez nos voisins qui les ont créés, politiquement et de novo, et surtout, ne confondons pas les problèmes structurels d'encadrement médical (pourtant simples à résoudre) des institutions académiques, avec la situation pléthorique de l'ensemble du secteur des soins de santé.

Ne créons donc pas un faux débat . Le réel problème du numerus clausus n'est pas son existence, mais sa mise en application absurde, inhumaine et inacceptable en Communauté française. Le réel problème est le décret de Madame la Ministre Dupuis supprimant la procédure de sélection. Contre l'avis de la majorité des doyens, il n'y a pas eu de sélection au début des études ou à la fin de la première année de médecine. Et comme le professeur le signale dans le cas de l'U.C.L. on se retrouve avec les étudiants ayant réussi la sélection (supprimée) et ceux qui ont obtenu « l'autorisation de poursuivre normalement » par arrêt du Conseil d'Etat. Et là se trouve le fond du problème. La sélection en fin de troisième candidature est inacceptable pour cette haute juridiction. La seule solution politique est l'abrogation de la procédure de sélection. Tout le monde connaît le décret de Madame Dupuis du 27 février 2003 où la sélection pour la formation post-graduée de 2004 à 2007 doit tenir compte des résultats de ce vous appelez « le Visa ». Incohérence politique ?

Il ne faut pas jeter la pierre aux organisations professionnelles. Mais s'interroger plutôt sur le mode de financement des universités francophones. Per capita ? Interrogeons-nous sur l'effet du numerus clausus dans le fonctionnement de nos hôpitaux académiques ou de formation. Un chirurgien de l'U.L.B. avait obtenu la constitution d'un groupe de travail au Ministère pour la création de nouvelles fonctions comme des "techniciens en santé" ou certaines formations paramédicales et ce pour remplacer (or, vous dites bien "pas au coût d'une médecine bradée") les stagiaires ou les médecins assistants en formation dont le nombre diminue par l'application du numerus clausus.

Il convient de situer également le débat dans la polémique de l'échelonnement et la demande du Ministère de ramener les médecins extra-muros dans les hôpitaux. Y a-t-il beaucoup de postes vacants dans notre réseau hospitalier qui rétrécit sans cesse? Nous pouvons montrer combien notre politique de formation a créé une pléthore de médecins dont on ne sait que faire actuellement. Un problème additionnel est la répartition au sein même de la profession. Il y a trop de médecins généralistes et il y a trop de médecins spécialistes, les spécialistes extra-hospitaliers étant d'emblée politiquement désignés comme excédentaires. On veut faire en sorte que les uns (généralistes) déterminent ce que les autres (spécialistes) peuvent encore faire. Tous sont tenus pour responsables – et surveillés de près, en permanence – de l'attribution et de l'utilisation des moyens financiers.

Tout ceci a un coût que la communauté – et avec majuscule si demain on défédéralise les soins de santé – doit financer. Ceci nous ramène au cœur du débat. La Région flamande a régulé l'accès aux études de médecine et malgré les variations annuelles en positif ou négatif, les quotas devraient globalement être suivis. En région francophone il y a un vide juridique et donc aucune régulation possible. Centrons-nous sur le fond du débat et ne commençons pas par mobiliser l'opinion sur la valeur du *numerus clausus* pour occulter l'incohérence de décision politique de la Communauté française de Belgique. Pour rappel, dans son décret de 2003, Madame Dupuis demande de respecter les décisions fédérales. Comment pouvez-vous le faire? Le moratoire proposé avec les Doyens francophones des facultés de médecine est peut-être une solution. Le problème est le niveau fédéral (Ministère de la Santé) où les Flamands se sentent trompés et parlent d'une scission Nord-Sud. Les 3700 signatures, et non des moindres, citées et qui réclament une application pure et dure du *numerus clausus* démontrent combien le débat est communautarisé. N'oublions pas les élections du 13 juin. Nous pouvons comprendre qu'une décision politique et fédérale restant sans effet dans le Sud du pays anime des hostilités au Nord du pays.

A la citation latine qui ouvre l'article : "*Numerus clausus, quousque tandem*", les Flamands ajouteront sans hésitation le reste de la citation : « *abutere patientia nostra* ». Les organisations professionnelles désirent trouver une solution humaine pour ces médecins hors *numerus clausus* de votre promotion de juin. Croyez-vous que les politiques francophones partagent cette vision humaniste et citoyenne ? Malgré les absurdités déjà commises, j'ose encore l'espérer.

MR DEMOTTE ET L'ECHELONNEMENT "SOFT" OU TOAST AU SIROP DE CANNE SUR LIT D'ORTIES

Le Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, Mr Jacques SIMONET, vient de nous adresser (le 10.03.2004) – en nous demandant notre avis – les explications du ministre fédéral de la Santé publique et des Affaires sociales sur la façon dont il veut faire avaler par le citoyen la couleuvre de l'échelonnement. Voici comment Mr DEMOTTE avait tourné ses mots :

"Ma volonté n'est pas d'aboutir à un échelonnement des soins, mais à un trajet optimal des patients, et à une meilleure organisation des soins dans le secteur ambulatoire. Cette meilleure organisation doit améliorer la prise en charge globale des patients non hospitalisés. Dans un certain nombre de cas, le patient doit entrer dans le système des soins de santé via son médecin de famille qui connaît ses antécédents, son environnement social, familial, économique et peut le guider activement dans la filière des soins spécialisés.

Certains voient dans les soins primaires une attitude revendicative de prestataires déçus prônant un « retour » à une médecine moins technique.

D'autres y voient une volonté économique et politique de rationnement des soins, associée à une perte de la liberté de choix du prestataire et à un mode de financement qui s'éloigne du sacro-saint paiement à l'acte.

Pourtant, de nombreux pays mènent, souvent depuis de nombreuses années, une réflexion approfondie sur ce mode d'organisation des soins et développent des actions: le Canada, la France. Des organisations internationales ont développé des plans et des recommandations à ce sujet. Les recherches et les ressources bibliographiques sont innombrables.

La réflexion sur les soins primaires découle de nombreuses constatations et de besoins identifiés, exposés ci-dessous; elle tente également de tenir compte de la profonde mutation démographique, sociale et des besoins de santé que connaissent et connaîtront les pays occidentaux.

Je vous ferai parvenir dans les semaines qui suivent une note technique fouillée sur les accents que je compte développer dans les soins primaires. "

Voici par ailleurs la réponse que nous avons adressée au Ministre-Président SIMONET, le 17 mars 2004 :

"Monsieur le Ministre-Président,

Nous vous remercions pour nous avoir transmis la réaction du Ministre Rudy DEMOTTE...

Cette lettre annonçait in fine "de nombreuses constatations et de besoins identifiés, exposés ci-dessous", que nous n'avons cependant pas retrouvés, ni en-dessous ni en annexe.

Le second alinéa entre dans le vif du sujet. Nous ne pouvons qu'en déduire que Monsieur Demotte, apparemment parfaitement conscient de sa connotation négative, s'abstient du vocable "échelonnement", sans pour autant se priver de faire passer comme une véritable valeur ("un trajet optimal du patient"), les conséquences essentielles qu'un tel système entraîne tant sur le plan de la perte d'autonomie du patient que sur celui de la qualité des soins. C'est cela, le nouveau langage politique : dire qu'on n'est pas en train de faire ce qu'on fait, et faire croire aux gens que c'est pour leur bien. On s'entoure d'arguments aussi absurdes que non fondés. On revendique « la prise en charge globale » du malade comme l'apanage du seul médecin généraliste, alors que par essence elle constitue le fondement de l'approche médicale d'un patient. On ne soigne pas un organe.

La phrase suivante ne parvient pas à cacher le caractère dogmatique du choix politique qui est fait :

- "Dans un certain nombre de cas" (N.B. : qu'il se garde bien de préciser),
- "le patient doit..." (N.B. : Petit Robert; verbe "devoir": obligation)
- "...entrer dans le système des soins de santé via son médecin de famille" (N.B. : ceci n'est pas une pipe!, dirait le surréaliste Magritte),
- parce que le médecin de famille "...connaît ses antécédents, son environnement social, familial, économique" (N.B. : le patient lui-même aussi, d'ailleurs forcément mieux, et de première source; le généraliste seul – alors que tout autre médecin le fait – serait habilité à en tirer ce qui est pertinent pour l'approche médicale de l'état de santé).

Objectivement, le libre arbitre du patient est le meilleur guide qui soit pour entrer dans le système de soins. Si, pour ce faire, il estime avoir besoin d'un guide, qu'il ait la liberté de ce choix. C'est le seul véritable contrôle social sur le système de soins dont le patient peut disposer, sa seule garantie de qualité. Si l'on écarte le citoyen du libre accès au système et le prive de sa libre mobilité une fois qu'il est dedans, il devient objectivement et subjectivement, y compris politiquement... "mondood"; cette décision est donc fondamentalement antidémocratique: on impose au citoyen de déléguer définitivement son auto-détermination à un tiers, un praticien d'une catégorie professionnelle bien déterminée.

L'étape suivante est déjà implicite... En effet, la suite du texte l'évoque (le passage devient plus caustique). Que veut dire le Ministre? Que le rationnement des soins relève du fantasme? Pardon, ceci aussi est un mensonge. Cela crève les yeux: la volonté économique de rationnement des soins est et a toujours été inhérente à tous les systèmes échelonnés, y compris les deux les plus proches de notre pays, le Royaume-Uni et les Pays-Bas. Aucun des deux n'ose ni ne peut encore cacher son véritable état de détresse en matière de santé publique. Ils se sont trouvés enlisés dans d'interminables impasses pour les trois raisons fondamentales suivantes:

1. à force d'avoir enlevé, depuis un demi-siècle, le libre choix des patients, ceux-ci ont perdu toute forme de contrôle sur leur système des soins;
2. en voulant maintenir envers et contre tout le sacro-saint paiement forfaitaire qui coûte indiscutablement plus cher et supprime tout incitant naturel de performance;
3. en plaçant le monopole d'accès aux soins entre les mains d'un "agent de santé", ce qui, érigé en système, entraîne directement ou indirectement le parcours du combattant ("trajet optimal des patients"?) des diagnostics retardés, traitements dilatoires et listes d'attente (faut-il d'autres "...nombreuses constatations et de besoins identifiés"?)

Quant aux autres pays que mentionne la lettre: la France ne s'oriente nullement vers quelque forme d'échelonnement ("soft", "tiède" ou "dure") que ce soit. La France réinstalle un système de paiement des hôpitaux à partir des GHM (groupes homogènes de malades ou DRG) comme chez nous et s'éloigne complètement du mode forfaitaire. Le système canadien connaît, quant à lui, une situation catastrophique. Cette situation transversale avec de nombreuses lacunes génère une grave pénurie de lits et un manque de personnel soignant. Bel exemple à ne pas suivre.

En conclusion, ce que semble vouloir Mr Demotte c'est faire subir à nos citoyens les trois points clés (cf. supra) responsables des échecs cuisants enregistrés par les systèmes de soins des deux pays voisins

susmentionnés. Dans son vocabulaire particulier il appelle cela "la collaboration entre le généraliste et le spécialiste". Et pour ne pas se tromper dans le sens que peuvent prendre ces mots, il s'entoure uniquement des dogmatiques idéologies de l'échelonnement, notion purement totalitaire prônée par ses collaborateurs directs. Conséquence, il exclue tout dialogue direct avec les spécialistes qu'il ignore. Nous attendons avec impatience un rendez-vous avec le ministre Demotte que nous avons demandé à plusieurs reprises depuis le mois de juillet 2003...

Il serait si simple pourtant de continuer dans la voie qui fait la qualité de notre système, au moment même où cela est internationalement reconnu et envié. Il suffirait tout au plus de promouvoir et parfaire les échanges d'information réciproques entre généralistes et spécialistes dans l'intérêt du patient. N'oublions pas que la base même de notre système est une liberté d'accès aux soins et une convention entre les soignants, les payeurs et les organismes mutuellistes. Cette vision est une vision libérale, citoyenne et non doctrinaire. Cependant une modification progressive mais déterminée aboutirait à enlever au patient sa liberté de choix et sa liberté d'accès aux soins.

Comme nous disions au début de notre lettre, nous n'avons pas trouvé joint au courrier les "nombreuses constatations de besoins identifiés". Nous vous adressons par contre ci-joint copie d'un courrier que nous avons adressé au Ministre au sujet de sa note relative à "la collaboration entre généralistes et spécialistes". Ce courrier date de plus d'un mois. Nous n'avons pas reçu de réponse.

Nous vous remercions, Monsieur le Ministre-Président, pour tout l'intérêt que vous consacrez à ce problème et nous vous prions de croire à toute notre considération.

Dr Marc MOENS
Secrétaire-général

Prof. Dr Jacques GRUWEZ
Vice-Président

Dr Jean-Luc DEMEERE
Président

LE "DEVIS" DU MINISTRE DEMOTTE

Depuis quelque temps, on peut prendre connaissance, sur le website du ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique, d'une nouvelle initiative réglementaire, à savoir "le devis" du patient hospitalier. Il s'agit d'un projet d'A.R. visant à faire entrer en vigueur les articles 85, 86 et 110 de la "Loi sur la santé" du 14.01.2002, c'est-à-dire les versions modifiées des articles 91, 92 et 139 de la loi sur les hôpitaux.

Pour rappel :

- 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 au préalable, tels que les suppléments visés aux articles 90 (*séjour*) et 138 (*honoraires*);
- b) les modalités selon lesquelles les montants visés au point a) doivent être communiqués au patient;
- c) la présentation à la signature du patient d'un document mentionnant les montants visés au point a)..."

-art. 92 : "Le Roi fixe les modalités selon lesquelles les montants visés aux articles 90 (*suppléments séjour*), 104bis (*montants à charge des assurés sociaux se rapportant au séjour*) et 104ter (*idem mais pour les non-assurés sociaux*) doivent être communiqués au public".

-art. 110 : suppression de la deuxième phrase de l'art. 139 de la loi sur les hôpitaux.

La véritable intention, c'est-à-dire l'objet électoral qui est visé avec le terme ambitieux "devis" de l'hospitalisation, consiste principalement :

- à donner au patient l'impression qu'il fixe lui-même le tarif, ce qui n'est évidemment pas vrai, de sorte que la première impression s'estompe progressivement au fur et à mesure que les yeux du patient progressent dans la lecture de la déclaration d'admission. Le quatrième alinéa de l'art. 2 du projet est formulé comme suit : "*La déclaration d'admission doit être dûment remplie. Le patient doit y indiquer avec précision s'il souhaite ou non être soigné au tarif de l'engagement et quel type de chambre il choisit.*" Pas vraiment cartésien dans la mesure où, d'une part, le premier choix est défini par le second choix et, d'autre part, le premier choix peut exclure le second choix. A l'image d'un enfant placé devant la vitrine d'un magasin de jouets, il est tenu de choisir tout en même temps. Quel est le but recherché? Leurrer les gens? Faire en sorte que l'administration de l'hôpital soit régulièrement confrontée à des citoyens frustrés voire irrités?

- donner au patient l'impression trompeuse qu'à tout moment, il peut obtenir des informations exactes concernant chaque élément de coût susceptible de donner lieu à une facturation. Un précédent projet a toutefois déjà été descendu en flèche à l'unanimité – un fait unique dans l'histoire – par la Commission Nationale Paritaire Médecins-Hôpitaux (CNPMH). Au début du projet de Rudy Demotte, il est toutefois écrit : "Vu l'avis de la Commission paritaire médecins-hôpitaux, donné le 17 septembre 2002". Les membres de la

CNPMH devraient exiger que cette mention soit supprimée pour cause de malhonnêteté intellectuelle. En effet, il ne peut absolument pas être question de "vu" !

Maintenant que Rudy a mis fin à ses dialogues avec le secteur, il continue imperturbablement avec son "devis" contre-productif. Dans chacune des trois annexes, une pour les hospitalisations classiques, une pour l'hospitalisation de jour et une pour les admissions en hôpital psychiatrique, on retrouve entre autres la même petite phrase (concernant les frais pharmaceutiques) : *"Quel que soit le type de chambre, ces frais sont partiellement ou totalement à votre charge, selon le type et, le cas échéant, selon votre choix de matériels et de produits."* (N.B. : on en arrivera bientôt à ce que le patient pense qu'il a le choix des médicaments) Et ensuite : *"Le prix d'un matériel ou produit peut être obtenu sur simple demande auprès de l'établissement."* Le ministre Demotte qui, paraît-il, a conscience du sous-financement dramatique des hôpitaux, ferait bien de se livrer à une estimation prévisionnelle correcte du surcoût administratif que ses "simples demandes vont entraîner.

La déclaration dans les annexes se termine par les phrases :

"Je sais que j'ai le droit de recevoir de l'information sur les possibles conséquences financières personnelles (quote-part patient, suppléments, ...) liées à mon choix." (N.B. : raison de plus pour justement ne pas baser l'arbre décisionnel sur le "tarif de la convention" mais sur les possibilités de choix primaires réels).

Je sais que j'ai le droit de recevoir auprès du médecin (N.B. : le patient choisit-il quand même un médecin plutôt qu'un tarif?) de l'information sur les coûts que je dois supporter personnellement pour les actes médicaux prévisibles et je tiens compte du fait que certains frais sont imprévisibles. Mais dans le cinquième alinéa de l'article 2 du projet, il est indiqué : *Tout document signé par le patient ou son représentant légal ou tout acte posé contrairement à la déclaration d'admission susmentionnée sont nuls.*

Il en résulte à tout le moins – totalement inutilement – une nette insécurité juridique, une fois que les coûts ont été engagés dans le cadre de l'examen ou du traitement du patient, pour toutes les données qui sont facturables et toutes les données communiquées au préalable au patient, que ce soit par écrit ou même avec une signature pour accord. En outre, la totalité de la charge de la preuve que l'information a été fournie – sur demande ou non – repose soit sur l'administration, soit sur le dispensateur de soins, soit sur les deux ou sur qui que ce soit censé fournir les informations. Tandis que le patient est incité à invoquer la contradiction avec sa déclaration d'admission. Toute la "logique du devis" est complètement inacceptable !

Avec ce projet, le ministre sort allègrement du cadre juridique de l'article 91 susvisé de la loi sur les hôpitaux. Le projet comprend en outre des dispositions qui sont contraires au droit des obligations et à d'autres dispositions légales publiées au Moniteur après la loi du 14.01.2002. Vous devinez lesquelles¹?

Conformément à l'article 3, le gestionnaire est tenu, *"dans la déclaration d'admission, d'indiquer en pourcentage ou en euros, le montant par rapport aux tarifs de la convention appliqué par les médecins lors de la fixation des suppléments. Il peut préciser, dans les cas où cela n'est pas imposé légalement (N.B. : et c'est précisément les cas pour lesquels des suppléments peuvent être portés en compte), qu'il s'agit d'un montant maximum."* Cet article prétend ainsi imposer quelque chose que la loi ne permet pas d'imposer.

L'article le moins sensé du projet est finalement l'article 5 qui prévoit la suppression de l'ancien A.R. du 3 octobre 1991 ("relatives à la communication, aux patients, des suppléments qui sont demandés par rapport aux tarifs de l'engagement et tout autre supplément"). Nous pensions du reste que c'était déjà chose faite avec la disposition transitoire de l'art. 114 de la loi du 14.01.2002 (la fameuse période transitoire qui a pris fin le 22 février de cette année). Dans tous les cas, cet ancien A.R. pouvait au moins tirer sa raison d'être (de subsister) du fait qu'il a fonctionné pendant plus de dix ans sans provoquer de gêne et ce à la satisfaction de tous. Il avait d'ailleurs été mis au point par un éminent responsable PS qui a même été président du parti pendant un certain temps. Mais... c'était un physicien, probablement trop cartésien².

DMG: SYMBOLE D'ECHELON OU INSTRUMENT D'ECHANGE DE DONNEES?

Les médecins spécialistes adressent régulièrement au GBS leurs considérations et leurs expériences tirées de la pratique quotidienne. Les problèmes de la collaboration entre médecins généralistes et spécialistes sont de plus en plus souvent en point de mire. L'expérience des spécialistes en matière de DMG semble loin d'être encourageante quant à son usage pertinent dans l'intérêt du patient. Il semble bien que les conceptions de beaucoup de généralistes en matière d'échanges de données nécessaires prennent souvent

¹ Loi relative aux droits du patient du 22.08.2002

² Philippe Busquin

des allures particulièrement "échelonnistes" voire protectionnistes: gérer mais ne pas partager... En théorie, le patient a le pouvoir de décision le plus total sur les données de son dossier, mais dans la pratique, il semble clair que le DMG est utilisé comme un pas (de trop) vers l'échelonnement. C'est pourquoi nous faisons le point sur quelques constatations de médecins spécialistes...

1. Beaucoup de renvois de patients par un généraliste vers un spécialiste sont en fait des renvois que les patients ont expressément demandés, parce qu'ils veulent que leur problème soit enfin résolu. ¹ *"J'ai déjà eu l'occasion de voir beaucoup de patients se sentir mieux après avoir enfin pu (eu l'autorisation de) venir en consultation. Il en ressort également que les généralistes renvoient plus souvent leurs patients lorsqu'ils ont beaucoup de travail et qu'ils les renvoient moins lorsqu'ils sont moins débordés."* Le patient arrive donc chez son spécialiste plus tôt ou plus tard, en fonction de la *workload* du généraliste

2. Autre constatation: *"Après re-renvoi, nous ne sommes jamais tenus au courant par le généraliste de l'évolution du traitement ou des problèmes que le patient a entre temps pu voir survenir."* Souvent, le spécialiste n'apprendra donc que du patient lui-même, ce qui a pu advenir entre deux consultations chez le spécialiste.

Raison de plus pour ne pas compromettre le libre accès du patient au spécialiste.

3. *"Nous transmettons toutes les données (gratuitement et sans subsides) au généraliste, et lui, il ne nous transmet presque rien."* Le DMG serait donc en grande partie un outil destiné à circuler en sens unique. *"Lorsque nous voyons un patient, notre rapport devrait de préférence déjà être arrivé la veille dans la boîte au lettre (électronique). L'envoi d'un rapport par la poste est souvent considéré comme de la mauvaise volonté."* Sans un secrétariat bien organisé, capable de réagir instantanément, une pratique spécialisée n'est plus performante. La pratique du généraliste moyenne comporte, par contre, une fonction de secrétariat quasi embryonnaire, ce qui entrave l'émission de données. Le généraliste considère sa pratique comme le "terminal" récepteur des informations, et est loin de se présenter comme le dispensateur d'informations tant attendu.

4. La circulation en sens unique des données a également des effets secondaires sur la distribution du travail au quotidien: rédiger l'information est évidemment une tâche plus compliquée que de la lire. Grâce à la correspondance électronique, le généraliste peut clôturer son travail journalier après la lecture des messages reçus. Les spécialistes, quant à eux, passent eux encore de nombreuses heures nocturnes, voire les week-ends à dicter des lettres et des rapports. Les généralistes ne cessent pas de se plaindre de l'excès de paperasserie dans leur monde de travail. Et ils ont raison. Mais le travail de secrétariat et la papeterie du spécialiste pèsent tout aussi lourd, si pas davantage.

5. L'échange unidirectionnel de données est aussi générateur de certains aspects émotionnels. *"La manipulation du spécialiste et du patient par le généraliste devient petit à petit un fait. Des généralistes avec qui je travaille depuis 15 ans déjà et qui savent fort bien que je leur ai toujours fait parvenir des rapports en temps et en heure, ne sont pas gênés, encore maintenant, de dire au patient: 'et demandez-lui de me faire parvenir un rapport.' Même lorsqu'il s'agit de consultations au sujet desquelles je n'ai rien de spécial à communiquer, ils ne peuvent s'empêcher d'exprimer- faute de rapport!- leur mécontentement au patient. Tout ceci est particulièrement humiliant pour nous."*

6. Il règne une incompréhension certaine de la part des généralistes en ce qui concerne les frais qui sont inhérents à la pratique spécialisée. Dans la pratique hospitalière, les frais de secrétariat, tout comme tous les autres frais de personnel, sont facturés de plus en plus lourdement, si bien que, dans des cas de plus en plus nombreux, il faut y mettre un frein. Certains spécialistes se trouvent alors dans des situations telles qu'ils sont obligés de dactylographier les rapports eux-mêmes. *"Ils ne savent que trop bien que les rapports prennent du temps, de la peine, de l'énergie et qu'ils coûtent de l'argent... Pendant chaque examen, nous sommes constamment en train de taper des lettres que nous pouvons ainsi donner au patient pour le généraliste. Un spécialiste qui ne peut pas remettre immédiatement un rapport, risque d'être boudé rapidement, même s'il est particulièrement compétent."*

On remarque d'autre part, dans différentes déclarations et récits de généralistes, que ceux-ci ont une vision tout à fait irréaliste de l'affectation des honoraires des spécialistes. Un neurologue écrit: *"Nous avons dû, dans notre hôpital, ramener les 1,7 équivalents TP de personnel soignant à 0,8 ETP afin de réduire les frais, et c'est la raison pour laquelle je tiens mes consultations deux après-midis sans assistance infirmière. Le nombre de patients examinés s'en trouve naturellement plus réduit. Malgré ces sacrifices, 70 % au moins de l'entièreté des recettes en EEG passent en frais de personnel infirmier uniquement (sans compter les frais*

¹ Les textes en italique proviennent de lettres de médecins spécialistes.

de locaux, d'entretien, de secrétariat, etc...). Que reste-t'il?" Les généralistes ne se rendent toutefois pas compte que l'ensemble des éléments de leur DMG sont financés par les honoraires des spécialistes.

7. La thèse du Ministre Demotte que la médecine générale souffrirait d'appauvrissement de contenu intellectuel –à cause des spécialistes!– semble plutôt paradoxale. Les spécialistes prétendent même qu'ils contribuent constamment à l'élargissement intellectuel de la médecine générale. *"Le généraliste exige des rapports rapides de notre part, ce qui paraît logique. Notre rapport contient notre connaissance scientifique, que le généraliste emprunte et peut répercuter au patient. Nous assurons donc une formation continue permanente. Il est dommage qu'ils refusent de l'admettre. Nous le voyons bien: souvent, les généralistes débutants semblent médicalement faibles, mais nous remarquons, après quelques années déjà, combien ils se développent, en grande partie grâce à l'accompagnement professionnel du spécialiste."*

8. Le DMG n'est pas conçu pour le généraliste, mais pour le patient. Il n'a de sens que s'il accompagne le patient et est disponible pour le spécialiste qui est consulté par le patient. Ce n'est pas au généraliste à en décider, mais au patient. Si les généralistes ne comprennent pas cela et n'y donnent pas le suivi adéquat, alors une autre logique, qui va beaucoup plus loin, devient pratiquement inévitable: *"Un DMG pour les spécialistes est aussi logique qu'un DMG pour les généralistes. Il est absolument indispensable, en tant que neurologue, que je continue à suivre mes patients souffrant d'épilepsie, de migraines, de Parkinson, de CVA, de démence, de problèmes du dos, de PNP ou d'autres maladies encore, si je dois leur prodiguer les soins adéquats. Il est impossible que le généraliste puisse avoir les connaissances pour prendre en charge de tels problèmes spécialisés, d'établir un traitement et d'en assurer le suivi. Pourquoi devrait-il alors avoir le pouvoir de prendre seul des décisions au sujet de pathologies qu'il ne rencontre jamais, ou presque, dans sa carrière, alors que le spécialiste les rencontre fréquemment dans sa pratique quotidienne! Pourquoi le généraliste doit-il, via le DMG, avoir voix au chapitre dans tout. Pour la neurologie, il est par exemple démontré qu'un neurologue peut établir le diagnostic d'Alzheimer correctement dans 80 % des cas; le généraliste arrive à un maximum de 50 %, ce qui fait un écart de 30 % de diagnostics erronés."*

9. Si le DMG reste destiné à une utilisation unidirectionnelle, où donc est l'économie? *"Chaque jour, les spécialistes sont confrontés à des patients que les généralistes ont envoyé faire des examens (surtout des scanners). S'ils avaient les connaissances d'un spécialiste, ils n'auraient jamais demandé que ces examens soient effectués. Nous avons appris à ne prescrire des CT ou des RMI que dans le cas de certaines pathologies et de symptômes suspects, dans aucun autre cas. Un exemple classique sont les maux de tête. Le nombre de patients qui se présentent en consultation avec un CT ou (!) RMI pour une simple migraine ou un mal de dos banal et typique est frappant ..."*

10. Beaucoup de spécialistes font l'expérience que le DMG, lorsqu'ils restent privés de l'apport nécessaire de celui-ci, ne constitue qu'un moyen de mise sous tutelle inutile du patient par le généraliste. *"Aussi bizarre que cela puisse paraître, quand un généraliste renvoie un patient chez un spécialiste, il lui fixe également un rendez-vous chez lui peu après pour se faire expliquer ce que le spécialiste a dit et compte faire. Il semble bien qu'on ne veuille pas nous laisser l'occasion de planifier les examens nécessaires pour mettre au point le diagnostic et le traitement, avant de re-renvoyer le patient à son généraliste "*

Conclusion: Le DMG n'empêche pas que chaque médecin doive établir et conserver un dossier concernant les patients qui se sont présentés à lui, que ce soit par renvoi par le généraliste, ou de leur propre initiative. Le DMG n'a de sens que s'il est utilisé de manière effective par son détenteur, afin d'apporter les informations qu'il comporte à tous les collègues qui seront consultés par le patient.

MEDECINE PHYSIQUE : NOUVEAUX TARIFS AU 01/04/2004

2. a) Prestations thérapeutiques

K = 1,019242 EUR

Numéro de code	Honoraires	Intervention sur base de l'alinéa 1 de l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 (1)		Intervention sur base de l'alinéa 2 de l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 (2)		Intervention sur base de l'alinéa 3 de l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 (3)	
		Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
558795 558806 = K 15	15,29	12,62	9,94	13,46	10,71	13,98	11,96

2. b) Traitements dans le cadre d'une rééducation fonctionnelle pluridisciplinaire

K = 1,019242 EUR

L'intervention personnelle est applicable à partir du 1^{er} jour

Numéro de code	Honoraires	Intervention de l'assurance	
		Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
558810 558821 = K 30	30,58	29,06	27,53
558832 558843 = K 60	61,15	58,10	55,04

(1) L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 7, § 1^{er} et à l'article 22, II, a, est fixée à 40 % des honoraires toutefois, en ce qui concerne les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins et les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité cette intervention personnelle est fixée à 20 % desdits honoraires. Cependant, pour les prestations 563312, 563916, 563415, 564012, 563570, 563581, 564174-564185, 563496, 564093, **558795-558806**, les pourcentages cités au présent alinéa sont réduits respectivement à 35 p.c. et à 17,5 p.c.

(2) L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 22, II, a, est fixée à 25 % des honoraires, lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de spécialiste en rhumatologie, en physiothérapie ou en médecine physique; toutefois, en ce qui concerne les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins et les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité cette intervention personnelle est fixée à 10 % desdits honoraires. Cependant, pour les prestations **558795-558806**, les taux des interventions personnelles visées au présent alinéa sont portés respectivement à 30 p.c. et à 12 p.c.

(3) Les taux des interventions personnelles prévues à l'alinéa 1er sont réduits à 25 p.c. et à 10 p.c. des honoraires, pour les bénéficiaires visés au présent alinéa. Cependant, pour les prestations 563312, 563916, 563415, 564012, 563570-563581, 564174-564185, 563496, 564093, **558795-558806**, les taux des interventions personnelles cités au présent alinéa sont portés respectivement à 21,8 p.c. et à 8,6 p.c. pour les mêmes bénéficiaires.

Cette disposition est applicable :

a) pour le bénéficiaire hospitalisé ou l'ayant été:

- 1° lorsqu'il reçoit ou a reçu l'un des traitements de réanimation visés à l'article 13, § 1er de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;
- 2° lorsqu'il a subi l'une des interventions chirurgicales visées à l'article 14, k), I, § 1er et III, b), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984, dont la valeur relative est égale ou supérieure à N 200, à l'exclusion de la prestation 9004-280092-280103;
- 3° lorsqu'il a subi l'une des interventions chirurgicales visées à l'article 14 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, dont la valeur relative est supérieure à K 225 ou à N 375;
- 4° lorsqu'il a subi une des prestations nos 226936 - 226940 N 300 et 227054 - 227065 N 350 visées à l'article 14, e), de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

b) pour le bénéficiaire à l'hospitalisation duquel il a été mis fin, mais à qui une allocation pour l'assistance aux actes de la vie journalière est octroyée.

c) pour le bénéficiaire atteint d'une des affections suivantes:

- 1° Paralysie périphérique étendue: monoplégie, syndrome de Guillain Barré;
- 2° Affections neurologiques centrales de caractère évolutif avec déficit moteur étendu comme, par exemple, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et la sclérose latérale amyotrophique ...;
- 3° Séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire (comme par exemple, infirmité motrice cérébrale "Cerebral Palsy", hémiplegie, spina bifida, syndrome cérébelleux,...);
- 4° Suites de brûlures graves au niveau des membres et/ou du cou pendant la phase évolutive;
- 5° a) Agénésie d'un membre pour un bénéficiaire en dessous de 18 ans;
b) Perte fonctionnelle globale d'un membre suite à une amputation, pendant la période d'adaptation;
c) Perte fonctionnelle globale post-traumatique d'un membre, pendant la période évolutive;]
- 6° Pied bot varus équin chez l'enfant de moins de 2 ans;

- 7° Dysfonction articulaire grave résultant de:
- a) hémophilie;
 - b) maladies héréditaires du tissu conjonctif (ostéogénèse imparfaite de type III et IV, syndrome d'Ehlers-Danlos, chondrodysplasies, syndrome de Marfan);
 - c) scoliose évolutive de 15° au moins d'angle de courbure (ou angle de Cobb) chez des bénéficiaires en dessous de 18 ans;
 - d) arthrogrypose;
- 8° Polyarthrites chroniques inflammatoires d'origine immunitaire:
1. Arthrite rhumatoïde
 2. Spondyloarthropathies
 3. Arthrite rhumatoïde juvénile
 4. Lupus erythémateux
 5. Sclérodémie,
- selon les définitions acceptées par la Société Royale Belge de Rhumatologie;]
- 9° [Myopathies:
- a) dystrophies musculaires progressives héréditaires;
 - b) myotonie congénitale de Thomsen;
 - c) polymyosite auto-immune;
- 10°
- a) Mucoviscidose ou dyskinésie ciliaire bronchiale primaire objectivée;
 - b) Bronchiectasies hyperproductives objectivées;
 - c) Affections pulmonaires chroniques irréversibles obstructives ou restrictives avec des valeurs de volume expiratoire maximum-seconde inférieures ou égales à 60 % mesurées à un intervalle d'au moins un mois; chez l'enfant de moins de 7 ans, l'insuffisance respiratoire irréversible pourra être établie sur base d'un rapport motivé du spécialiste traitant;
 - d) Infections pulmonaires récidivantes en cas d'immunodépression grave établie;
 - e) Dysplasie broncho-pulmonaire avec oxygénodépendance de plus de 28 jours. La demande motivée du pédiatre traitant comportera notamment le rapport d'hospitalisation en service N;
- 11° Lymphoedème d'un membre soit postradio-thérapeutique, soit après évidemment ganglionnaire radical;
- 12° Lymphoedème primaire congénital.

MODIFICATION DE L'ARTICLE 35 DE LA NOMENCLATURE

10 MARS 2004. - Arrêté royal 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 24.03.2004)

[...]

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 et 13 janvier 2003 est apportée la modification suivante :

Au § 8, a), 1er alinéa, le troisième tiret est supprimé.

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1er janvier 2003.

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

REGLE INTERPRETATIVE CONCERNANT LA NOUVELLE REGLEMENTATION RELATIVE AUX HYPOLIPEMIANTS (M.B. du 17.03.2004)

Sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments du 16 décembre 2003 et en application de l'article 22, 4°bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 26 janvier 2004 la règle interprétative suivante :

Règle interprétative concernant la nouvelle réglementation relative aux hypolipémiants (§ 272 à 284, du chapitre IV de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables).

Question :

Dans quelle mesure les conditions « mesuré(s) à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié » s'appliquent pour les patients qui auraient déjà reçu le

remboursement d'un hypolipémiant avant le 1 décembre 2003 pour traiter une hypercholestérolémie qui aurait été établie sur base des anciennes dispositions ?

Réponse :

« Dans les paragraphes 272 à 284, aussi bien dans les dispositions visant le remboursement en catégorie A que dans celles visant le remboursement en catégorie B, figure la mention « mesuré(s) à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié ». Cette mention, notamment le fait d'avoir à effectuer au moins deux mesures, est destinée à définir les conditions que la Commission avait estimées comme optimales pour réaliser les examens sanguins qui permettent d'établir le diagnostic d'une dyslipidémie. Les termes « en état stable » visent à éviter que des événements intercurrents (affections aiguës, prises de certains traitements, etc...) ne puissent interférer avec le bilan lipidique, et la période fixée, « 1 à 8 semaines », est celle qui devrait permettre de traiter rapidement un patient à très haut risque (délai réduit à 1 semaine) et celle qui devrait comporter le moins de risque de voir le "régime approprié" non respecté (délai de 8 semaines). La Commission confirme donc son avis sur la pertinence de cette mention dans les réglementations actuelles. Cependant, pour les patients qui auraient déjà reçu le remboursement d'un hypolipémiant avant le 1 décembre 2003 pour traiter une hypercholestérolémie qui aurait été établie sur base des anciennes dispositions qui prévoyaient « une période de diète adaptée d'au moins trois mois », la Commission estime qu'il n'est pas médicalement approprié d'exiger que ces patients stoppent leur traitement pour être en mesure de réaliser ces deux examens sanguins en les espaçant de 1 à 8 semaines. La Commission estime donc que, pour ces patients, il faut considérer que cette condition précise relative à l'intervalle entre les deux examens sanguins est remplie sur base du respect de la période qui était fixée dans les anciennes dispositions. »

La règle interprétative précitée prend effet **le 1er décembre 2003**.

EXPERTISES MEDICALES

Le public et les instances judiciaires nous demandent régulièrement les coordonnées de collègues de diverses spécialités qui se chargent d'expertises médicales ou qui interviennent dans le cadre d'expertises judiciaires devant les Tribunaux.

Si tel est votre cas, voulez-vous nous communiquer vos coordonnées par mail (info@gbs-vbs.org), fax (02/649.26.90) ou courrier postal.

INFORMATION DU MINISTERE DE LA REGION WALLONNE

Organisation d'un examen pour les MEDECINS PSYCHIATRES

-conformément à l'Arrêté ministériel wallon du 24 juillet 2001-

La Région wallonne organise les 24 et 25 mai prochains un examen à l'intention des médecins **SPECIALISTES EN PSYCHIATRIE OU EN NEUROPSYCHIATRIE** qui souhaitent pouvoir être désignés comme "médecin-chef de service habilité à prendre des mesures de protection".

Cet examen porte essentiellement sur la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux et l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990.

Les candidats qui souhaitent présenter l'examen susmentionné sont priés de se signaler, par lettre recommandée, **avant le 30 avril 2004**, à l'adresse suivante:

Direction générale de l'Action sociale et de la Santé – Direction de la Santé Curative – à l'attention du Dr. Y. HUSDEN,
Directrice – Avenue Gouverneur Bovesse, 100 – 5100 JAMBES

Les candidatures comporteront au minimum les nom, prénom, fonction actuelle, date de naissance et domicile, ainsi qu'une copie du diplôme requis et, si possible, un numéro de téléphone.

L'horaire de l'examen leur sera communiqué en temps utile.

REUNION SCIENTIFIQUE

Congress: Quality of Life Measurement in Rehabilitation: Misleading Evidence ?

May 8th, 2004 – Leuven

Organised by: National Federation of Locomotor and Neurological Rehabilitation Centres Royal Belgian Society of Physical Medicine & Rehabilitation

Location: UZ Leuven, Onderwijs en Navorsing (Aud. GA2) – 3000 Leuven

Accreditation: 30 Points ethics and economy have been requested.

More Information: Rehabilitation Centre, UZ Pellenberg, (K.U.Leuven) – Tel: 016.33.87.00 – Fax: 016/33.87.03 – denise.vandebroeck@uzleuven.be – www.uzleuven.be/rehabilitation

ANNONCES

- 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
- 04023 **CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT** : Le Centre spécialisé d'Herlaimont recherche **RHUMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, OPHTALMOLOGUE, GYNECOLOGUE FEMME, DERMATOLOGUE, CHIRURGIEN VASCULAIRE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 064/43.22.00.
- 04024 **TUBIZE-NIVELLES** : Le service d'imagerie médicale du centre Hospitalier de Tubize–Nivelles ouvre deux postes de **RADIOLOGUES** temps plein. Pour tout renseignement complémentaire s'adresser au Docteur Bellet A. Chef de service tél. . 067/88.52.60.
- 04025 **WAVRE : A VENDRE** : bel appartement servant actuellement de cabinet médical pluridisciplinaire. Tél. : 010/24.47.63
- 04026* **JODOIGNE** : Le cabinet médical du Marché aux Chevaux cherche **SPECIALISTES** collaborateurs. Tél. soir 02/779.28.15 ou 0479.45.80.44.
- 04027 **BRUXELLES** : Polyclinique Bruxelles-Midi, grande fréquentation, demande : **DERMATOLOGUE, RHUMATOLOGUE ELECTROMYOGRAPHISTE, OPHTALMOLOGUE, PNEUMOLOGUE**. Tél. : 02/523.25.00 après midi sauf mardi ou écrire au 43-49, bd Jamar, 1060 Bruxelles.
- 04028 **A LOUER** cabinet médical **WAREMME** (anciennement médecine physique, autres spécialités possibles) – salle d'attente – salle de plâtre. Tél. : 019/32.63.86 – fax : 019/33.18.12.
- 04030 **IXELLES** : Cherche **OCULISTE** pour cause de retraite. Tél. : 0475.70.78.59.
- 04031 **RADIOLOGUE** polyvalent expérimenté (excepté interventionnelle) libre deux jours par semaine recherche emploi. Tél. : 0478/99.96.80.
- 04032 **FRANCE : PNEUMOLOGUE-ALLERGOLOGUE** libéral installé en clinique privée de 160 lits dans le Sud-Ouest de la France recherche remplaçant en vue d'une association pour développer une activité de réhabilitation respiratoire et épreuve d'effort VO2 max. Prière de contacter le journal qui transmettra.
- 04033 **A VENDRE : E.M.C.** : App. loco-moteur; Kiné; Radiodiagnostic. Tech. Chir. Orthopédie – Traumatologie; Tech. Chir. Vascul. Tech. Chir. Plastique et Esthétique. Testut-Latarjet : Traité d'anatomie humaine (5 tomes). Tél. : 056/33.49.25 (soir).
- 04034 **WAVRE** à louer rez 3 cab méd ou para, sauf dermato. Possibilité de partage de secrétariat. Parking privé. Contact Dr Stenuit 010/22.78.43 – 0477/72.22.24 – e-mail martine.stenuit@skynet.be
- 04035 **BRUXELLES** : Centre médical privé situé à Schaerbeek, importante patientèle, cherche **PEDIATRE, PEDOPSYCHIATRE, DERMATOLOGUE**. Tél. Dr Dejardin 02/215.05.12.
- 04036 **A VENDRE** : matériel ophtalmologique – double emploi – petit prix – disponible le 13.5.2004. Goldman (Topcon) LAF Haag-Streit (bras pivotant) – Javal – Synoptophore – Lancaster... Tél. après 20 h (02/374.21.72 ou 02/230.07.26)
- 04037 **A VENDRE** : matériel de bureau – bureau – classeur – chaises simili cuir – porte-manteaux – table... Tél. le soir au 02/374.21.72 ou 02/230.07.26.
- 04038 **BRUXELLES** : Cabinet médical privé, situation exceptionnelle à 1150 W. St Pierre, recrute **COLLABORATEURS SPÉCIALISTES** – Tél. en soirée au 0497/46.47.67.
- 04039 **A LOUER** (par mois ou par quinzaine) : Côte d'Azur, Vallauris, villa avec piscine privée, 8 personnes, 4 chambres à coucher, 2 salles de bains. Pour plus d'informations visitez le site www.tucala.com.
- 04040 **FRANCE** : A louer en Alsace, proche A4/E25 et Saverne, appartement spacieux rénové dans maison de caractère dans gros bourg dynamique dépourvu de médecins spécialistes. Idéal pour profession libérale et logement. Tél. : 00.33.3.83.35.39.46 ou 00.33.6.87.09.15.61.

Table des matières

• Position du Groupement Belge des Médecins Spécialistes (GBS) en matière de médicaments génériques, du droit de substitution, de la prescription par dénomination commune (DCI) et de délivrance d'échantillons médicaux	1
• Numerus clausus – Réponse du Dr Jean-Luc Demeere, Président du GBS	2
• Mr Demotte et l'Echelonnement "soft" ou toast au sirop de canne sur lit d'orties	3
• Le "devis" du ministre Demotte	5
• DMG: Symbole d'échelon ou instrument d'échange de données?	6
• Médecine physique : nouveaux tarifs au 01/04/2004	8
• Modification de l'article 35 de la nomenclature	10
• Règle interprétative concernant la nouvelle réglementation relative aux hypolipémiants (M.B. du 17.03.2004)	10
• Expertises médicales	11
• Information du Ministère de la Région wallonne	11
• Réunion scientifique	11
• Annonces	12