



MEMORANDUM
RELATIF AU CONTRÔLE MÉDICAL

REMARQUE PRELIMINAIRE.

Il nous apparaît toujours **plus indiqué** que toutes les infractions à la réglementation S.S.I. éventuellement retenues par le SECM soient traitées par le tribunal compétent en la matière, à savoir dans le cas présent le Tribunal du travail, et ce tant en ce qui concerne la réalité/conformité des prestations attestées qu'en ce qui concerne les infractions à l'article 73 de la loi S.S.I. En ce qui concerne l'évaluation des pratiques sur base de l'article 73 de la loi SSI, nous pensons que seules des infractions par rapport à des règles objectivées peuvent donner lieu à des sanctions et faire l'objet d'un renvoi devant l'appareil judiciaire (nous y reviendrons plus loin sous le thème "Evaluation de la pratique – art 73")

Le maintien d' "organes juridictionnels" au sein même du SECM ne peut que conduire à un manque de transparence important et à une méfiance dans le chef des dispensateurs de soins. Il suffit à cet égard de faire remarquer que dans la situation actuelle, le SECM agit **à la fois en qualité** de partie investigatrice, **en qualité** de partie dénonciatrice et **en qualité** d'autorité juridictionnelle. Un éventuel pourvoi devant le CONSEIL D'ETAT n'offre pas non plus de garanties juridiques suffisantes dans la mesure où pour la réglementation de procédure qui nous occupe, ledit CONSEIL D'ETAT ne peut intervenir que dans une compétence de cassation, avec les compétences limitées qui y sont intrinsèquement associées dudit CONSEIL.

Seul un renvoi par le SECM des affaires vers le Tribunal du travail ne permet plus de supposer qu'une "confusion d'intérêts" peut jouer un rôle.

En outre, les dispensateurs de soins disposent devant le Tribunal du travail de tous les moyens de défense, tant procéduraux que de fond, tels que prévus par la législation et la réglementation de procédure applicables en la matière, tandis que la "distance" nécessaire entre le SECM et la juridiction compétente ne peut plus être remise en question.

Aucune procédure dans le cadre même du SECM n'offre les mêmes garanties, et ce aussi en ce qui concerne les droits de la défense notamment.

Nous continuons dès lors à penser, à juste titre selon nous, que toutes les contestations relatives à l'application de la réglementation S.S.I. en vigueur doivent être tranchées exclusivement par les Tribunaux du travail, par les Cours du travail et éventuellement par la Cour de cassation.

Lesdites juridictions auront toute compétence judiciaire et devront statuer **à la fois** concernant l'obligation éventuelle de remboursement **et** concernant les sanctions à appliquer éventuellement qui doivent être prévues par la loi.

LE CONTROLE DE LA REALITE/CONFORMITE DES PRESTATIONS ATTESTEES

Dans l'éventualité où ledit contrôle serait maintenu au sein même du SECM, il convient de garantir tant la neutralité des organes juridictionnels que la sauvegarde des droits de la défense de manière satisfaisante.

C'est pourquoi nous donnons la préférence à un retour pur et simple à l'ancien système en vigueur, à savoir l'examen en Première instance devant une CHAMBRE RESTREINTE, une procédure en degré d'Appel devant la COMMISSION D'APPEL et la possibilité d'un pourvoi en cassation devant le CONSEIL D'ETAT. Dans cette hypothèse, tant la CHAMBRE RESTREINTE à reconstituer que la COMMISSION D'APPEL peuvent être composées comme la législation précédemment en vigueur le prévoyait, pourvu qu'un règlement de procédure, dans le cadre duquel les droits de la défense sont sauvegardés de manière satisfaisante, soit également élaboré.

Nous pensons pouvoir affirmer que la législation entrée en vigueur dernièrement concernant l'évaluation de la conformité/réalité ne fonctionne pas et conduira obligatoirement à des procédures très longues en raison du manque de distance nécessaire visé plus haut et de la remise en question actuellement manifeste du respect des droits de la défense.

1.

Il n'est pas dans notre intention de nous étendre de manière exhaustive sur tous les problèmes et les inconvénients propres au "nouveau" système récemment introduit par la loi. Selon nous, toutes les parties concernées ne les connaissent que trop. Uniquement **à titre d'exemple**, mentionnons :

- Le fait que la "justification écrite" actuellement applicable ne fonctionne manifestement pas.

Ceci vaut a fortiori quand la décision de poursuite de la procédure prise par le COMITE n'est **pas motivée**. Le dispensateur de soins concerné subit ainsi une violation sévère de ses droits de la défense dans la mesure où, lors de l'entretien qui s'en suit avec les

Auditeurs, la partie concernée ne sait même pas **lesquels** des éléments invoqués par lui ont été rejetés **ni** sur quelle base ils ont été rejetés. Par conséquent, l'entretien qui s'en suit avec les Auditeurs aura toujours un caractère extrêmement vague.

- En outre, le dispensateur de soins ne reçoit pas de copie du rapport retenu par les Auditeurs, lequel est donc un document totalement unilatéral sur lequel la partie concernée ne peut plus formuler aucune réaction.

Ce qui précède ne peut certainement pas être lu comme si, d'une manière générale, on doute a priori que les Auditeurs aient rédigé le rapport susvisé au mieux de leurs compétences, tandis qu'il n'est pas possible d'échapper au constat matériel que ce rapport est par la suite d'une très grande importance lors de la prise de décision du COMITE.

- Il nous semble ensuite inacceptable que le dispensateur de soins n'ait aucunement la possibilité de motiver sa manière d'agir devant le COMITE. Dans aucune phase de la procédure actuellement applicable, il n'y a aucun "contact direct" entre la partie concernée et l'autorité juridictionnelle, ce qui nuit malgré tout très sérieusement au "caractère contradictoire" des débats – compte tenu également de ce qui précède.
- Que les droits de la défense sont violés apparaît plus clairement encore du fait que le Médecin-Inspecteur –général, après avoir conduit l'enquête, clôturé celle-ci et rédigé la note de synthèse, assiste personnellement à la séance du Comité pour y introduire voire commenter le dossier. Dans le règlement interne que le Comité vient d'adopter, il est même prévu que le Médecin-Inspecteur-général peut remplacer le Fonctionnaire Dirigeant du Service pour la rédaction des compte-rendus et des délibérations. En outre, "pour l'examen de points particuliers" des "personnes spécialement compétentes" peuvent être consultées par le Comité. Tout cela sous le couvert du "caractère confidentiel", c'est à dire à l'insu du dispensateur ne disposant pas du moindre droit de réponse. Or, dans une lettre du 5.11.2003 les Président et Secrétaire du Comité nous écrivaient que les Médecins-Inspecteurs-général étaient considérés comme spécialement compétents...
- En outre, en cas de procédure devant le COMITE, il convient de tenir compte du fait que tous les documents valables en la matière devront être rédigés **dans les deux langues** et que les traductions par elles-mêmes seront forcément susceptibles de conduire au minimum à des discordances dans les textes.

Pour ce même motif, une procédure contradictoire devant le COMITE pourrait tout autant conduire à des problèmes linguistiques.

2.

Le dossier à soumettre à la CHAMBRE RESTREINTE est constitué par le SECM.

Jusqu'à un certain niveau, nous pouvons nous retrouver dans le fait que le SECM remet une **note de synthèse** à la CHAMBRE RESTREINTE, laquelle note de synthèse doit naturellement être transmise au dispensateur de soins concerné préalablement à l'examen de l'affaire.

Nous avons par ailleurs des problèmes avec le fait que dans ladite note de synthèse qui est naturellement communiquée aux membres de la CHAMBRE RESTREINTE, le SECM fait figurer les déclarations du dispensateur de soins. Ceci donne en effet la possibilité au SECM d'inclure certains **extraits** desdites déclarations dans la note de synthèse, tandis qu'il n'est pas possible d'échapper au constat matériel que le SECM peut procéder à une certaine sélection dans la formulation, de sorte que seuls ces extraits sélectionnés sont portés à la connaissance des membres de la CHAMBRE RESTREINTE. Les membres de la CHAMBRE RESTREINTE ont certes le droit et la possibilité de consulter la totalité des déclarations du dispensateur de soins dans le dossier qui est transmis à la CHAMBRE RESTREINTE, mais il faut toutefois se dire que tous les membres de la CHAMBRE RESTREINTE n'ont pas la possibilité de consulter dans sa totalité le dossier communiqué à la CHAMBRE RESTREINTE. Il convient dès lors en tout cas de veiller à ce que les déclarations figurant dans la note de synthèse visent l'**intégralité** et l'**objectivité** requises.

Il convient également de prévoir un **règlement de procédure** en ce qui concerne l'examen devant la CHAMBRE RESTREINTE, lequel règlement de procédure doit, selon nous, prévoir expressis verbis que le dispensateur de soins concerné peut déposer des **conclusions** à l'occasion de l'examen de l'affaire. Ledit règlement de procédure doit prévoir que les arguments avancés par le dispensateur de soins doivent faire l'objet d'une **réponse** formelle dans le dispositif qui doit intervenir. Cela fait partie des droits essentiels de la défense.

Il nous apparaît également évident que le SECM n'est pas **partie prenante** dans l'examen devant la CHAMBRE RESTREINTE et qu'il ne peut intervenir dans cette procédure que pour remettre le rapport et apporter d'éventuelles explications à ajouter.

Si le SECM n'est pas partie prenante dans cette phase de la procédure, le SECM ne pourra pas interjeter **appel** contre la décision devant intervenir, cette possibilité d'appel devant être réservée au seul dispensateur de soins faisant l'objet des poursuites.

Ce qui précède vaut naturellement tout autant pour un éventuel examen ultérieur en degré d'appel.

3.

Il n'est pas possible d'échapper au constat matériel que dans le cadre de l'investigation menée par le SECM, les Médecins-Inspecteurs présupposent une certaine **interprétation** de la réglementation en vigueur en la matière. Ceci donne lieu à une **problématique particulière**.

3.1.

Il n'appartient **pas** à la CHAMBRE RESTREINTE de donner une interprétation contraignante aux dispositions de la nomenclature. Cette compétence appartient exclusivement au CONSEIL TECHNIQUE MEDICAL.

Dans l'éventualité où, dans le cadre de l'investigation menée, il apparaîtrait qu'il y a un problème d'interprétation, la procédure devant la CHAMBRE RESTREINTE doit, selon nous, être **suspendue** et le problème d'interprétation doit être soumis au CONSEIL TECHNIQUE MEDICAL. La CHAMBRE RESTREINTE ne pourra dès lors statuer que lorsque ledit CONSEIL aura décrété une règle interprétative.

Il a de soi que le traitement du problème interprétatif soulevé, se déroulerait une fois de plus en méconnaissance des droits de la défense si un représentant du SECM assiste à la séance du CONSEIL TECHNIQUE MEDICAL, ce qui est, à notre grand étonnement, chose courante à l'heure actuelle, alors que cela se fait en infraction par rapport aux dispositions légales en vigueur. La décision du CONSEIL TECHNIQUE MEDICAL doit pouvoir être prise en toute neutralité et libre de toute influence ou immixtion.

3.2.

Il est selon nous tout à fait logique que dans la mesure où, pour le problème d'interprétation rencontré, le CTM présuppose une certaine interprétation comme contraignante, cette interprétation ne peut jamais donner lieu à une **sanction** dans le chef du dispensateur de soins. Dans cette hypothèse, le dispensateur de soins pourrait uniquement être condamné au remboursement des prestations attestées indûment, sans qu'aucune autre sanction ne puisse lui être imposée.

3.3.

Il nous semble à cet égard nécessaire que le SECM tienne un **registre** avec les règles interprétatives en vigueur et qu'il le porte à la connaissance des dispensateurs de soins ou tout au moins qu'il le rende accessible au dispensateur de soins.

Ces règles interprétatives sont certes publiées au MONITEUR BELGE mais on ne peut toutefois pas partir du principe que tous les dispensateurs de soins ont effectivement connaissance de ces règles interprétatives.

Par conséquent, il **faut au minimum** que tout dispensateur de soins puisse, à tout moment, demander au SECM de l'informer des règles interprétatives en vigueur le concernant.

Cette obligation nous semble nécessaire pour garantir la sauvegarde des droits de la défense dans le chef des dispensateurs de soins.

Même dans l'éventualité où le dispensateur de soins ne serait informé des règles interprétatives en vigueur qu'à l'occasion de l'investigation, et à sa demande, ces règles interprétatives ne peuvent pas être invoquées pour autoriser la CHAMBRE RESTREINTE à imposer au dispensateur de soins une sanction allant au-delà de l'obligation de remboursement.

4.

Nous estimons qu'il est de notre devoir, dans le cadre de ce MÉMORANDUM, d'attirer également l'attention sur le principe pourtant évident que les enquêtes par les Médecins-inspecteurs doivent être effectuées de manière **objective** et **neutre**. A cet égard, nous ne

pouvons rester indifférents aux plaintes répétées de certains médecins en ce qui concerne le respect de ces deux critères.

4.1.

Il nous a été confirmé de manière répétée que les Médecins-inspecteurs se mettent assez facilement à donner une **interprétation personnelle** aux dispositions de la nomenclature, alors que cette interprétation ne repose sur aucune règle interprétative objective ou publiée.

Trop souvent, l'interprétation des Médecins-inspecteurs est alors présentée comme étant l'interprétation "officielle", et ce afin de tenter de convaincre le médecin de ce qu'il a bien commis une faute. Il s'ensuit que nombre de médecins se soumet alors docilement à cette interprétation non objectivement justifiable.

Il nous revient que de telles interprétations sont contraires aux deux critères susmentionnés et qui doivent prévaloir dans le cadre de l'enquête.

4.2.

En outre, il arrive fréquemment que les Médecins-inspecteurs abusent dans une large mesure de l'autorité "de fait" qu'ils font valoir à l'égard du dispensateur. Il n'est pas rare de voir les Médecins-inspecteurs menacer avec des mesures juridiques, des mesures qui ne trouvent pas de fondement dans la législation en vigueur. Ainsi, nous avons connaissance de certains cas où l'on menace d'étendre l'enquête, de tenir une série interminable d'auditions ou de faire saisir les dossiers médicaux.

Il nous paraît que dans ces cas, les Médecins-inspecteurs transgressent les compétences qui leur sont dévolues.

4.3.

Nous avons eu connaissance d'un bon nombre de cas où les Médecins-inspecteurs présentent les choses comme si l'acceptation d'un "remboursement spontané" mettrait fin à l'enquête et que le médecin concerné serait alors libéré de toutes autres sanctions. Là aussi, il s'agit d'une violation des droits de la défense par abus de confiance, la réglementation actuelle ne prévoyant en aucun cas qu'une telle offre de remboursement spontané pourrait entraîner l'extinction de toute poursuite ultérieure. Il suffit d'ailleurs de se référer aux dispositions très claires à ce sujet dans les textes légaux actuellement en vigueur.

L'EVALUATION DE LA PRATIQUE MEDICALE (art 73 loi SSI)

1.

Ce qui précède (voir REMARQUE PRELIMINAIRE) peut valoir également pour cette catégorie d' "infractions". Néanmoins, nous n'excluons pas qu'une **procédure spécifique** puisse être élaborée pour cette catégorie.

2.

Il nous revient que les procédures visées à cet égard, tant sous l' "ancien" système que sous celui "actuellement en vigueur", devaient inévitablement conduire à des problèmes, et ce faute d' "indicateurs" ou de "guidelines" **objectifs** et **opposables** aux médecins concernés.

Nous avons toutefois noté, sous le "nouveau système", une amorce d'élaboration de ce genre d'indicateurs ou "guidelines", mais on se demande très sérieusement si dans cette optique, les procédures actuellement prévues peuvent réellement fonctionner.

Dès lors, nous nous permettons par la présente de formuler le mode d'approche suivant :

Une priorité doit consister dans la promulgation des guidelines nécessaires, lesquelles guidelines doivent naturellement être **enregistrées** et **opposables** aux médecins appartenant à la spécialité visée par lesdites guidelines.

A cet égard, la règle doit être que lesdites guidelines doivent être élaborées en concertation avec le *CONSEIL NATIONAL POUR LA PROMOTION DE LA QUALITÉ* (CNPQ) et par une représentation monodisciplinaire des médecins visés par les guidelines à élaborer. Il convient donc de prévoir une composition spécifique du forum de discussion s'y rapportant. C'est à dire, pour la médecine générale et pour chacune des spécialités énoncées à l'art.10 de la nomenclature.

Les accords trouvés au sein de ce forum de discussion concernant les guidelines à respecter par les médecins concernés devraient ensuite, après avoir fait l'objet de l'enregistrement, de la ratification par le CNPQ et de la publication nécessaires, être opposables à tous les médecins appartenant à la spécialité visée.

3.

Si les guidelines susvisées, après avoir été validées et rendues opposables devaient effectivement exister, le médecin qui, après la date de leur entrée en vigueur, ne les respecterait pas pourrait être renvoyé devant la CHAMBRE RESTREINTE susmentionnée, et ce suivant les procédures décrites plus haut.

Il reviendrait ensuite à la CHAMBRE RESTREINTE de prononcer d'éventuelles sanctions à définir par la loi à l'encontre des médecins concernés.

4.

Dans l'éventualité où le SECM serait d'avis qu'un médecin s'est rendu coupable d'une pratique jugée non compatible –de l'avis du SECM – avec l'article 73 §1 de la loi SSI , et ce alors qu'il n'existerait pas de guidelines validées et rendues opposables en la matière, une procédure en **deux phases** doit, selon nous, être mise en œuvre.

Le médecin concerné doit être informé de la position prise par le SECM et disposera de 2 mois pour introduire sa défense écrite auprès de la CHAMBRE D'EVALUATION qui doit encore être constituée. Cette Chambre doit être composée de

1. représentants des organismes assureurs

2. représentants du groupe professionnel de la spécialité concernée et

3. de représentants universitaires de la spécialité concernée;

c'est à dire que les groupes 2. et 3. doivent être composés de médecins appartenant à la même spécialité que celle du médecin faisant l'objet de l'évaluation.

Dans l'éventualité où ladite CHAMBRE D'EVALUATION est d'avis que les informations fournies par le médecin sont suffisantes, il sera signifié à celui-ci un "satisfecit" et il ne sera réservé aucune suite à l'affaire.

Dans l'éventualité où ce "satisfecit" n'est pas signifié, le médecin sera appelé à comparaître devant la CHAMBRE D'EVALUATION qui entendra le médecin, assisté par une personne de son choix, dans ses moyens de défense, le médecin concerné ayant la possibilité de présenter ses moyens par écrit ou verbalement. Les moyens présentés par écrit devront recevoir une réponse de ladite CHAMBRE dans son dispositif.

Dans l'éventualité où ladite CHAMBRE se prononcerait à **l'unanimité des voix** concernant la problématique qui nous occupe, cette décision aura valeur de "guidelines", lesquelles seront alors applicables à tous les médecins appartenant à la même spécialité que le médecin concerné, et ce une nouvelle fois à condition que ladite décision soit enregistrée et publiée pour tous les médecins appartenant à la même spécialité.

Dans l'éventualité où la décision de la CHAMBRE serait prise à la majorité des voix, celle-ci n'aura des effets que pour le médecin concerné et cette décision ne pourra jamais être invoquée comme étant assimilable aux "guidelines" susvisées.

Ladite CHAMBRE pourra ensuite placer la pratique médicale spécifiquement contestée du médecin sous observation durant une période à définir par la loi, période durant laquelle le médecin concerné a la possibilité d'adapter sa manière d'agir. En aucun cas, la Chambre ne pourra imposer d'autre sanction au médecin concerné.

A l'issue de la période d'observation, le médecin sera à nouveau convoqué afin de permettre à ladite CHAMBRE de se faire une opinion concernant le respect ou non du dispositif pris.

Dans l'éventualité où, lors de ladite convocation, il apparaîtrait que le médecin s'est conformé à la décision prise, il lui sera signifié un "satisfecit".

Dans l'éventualité où le médecin ne se serait pas conformé à la décision prise par la CHAMBRE, la CHAMBRE renverra l'affaire à la CHAMBRE RESTREINTE, comme visé plus haut, qui se prononcera alors concernant une éventuelle sanction à imposer. Dans le cadre de la procédure devant la CHAMBRE RESTREINTE, le médecin pourra faire valoir tous les moyens de droit qu'il juge utiles et la CHAMBRE RESTREINTE se prononcera ensuite en toute autonomie, sans se sentir liée par la décision de la CHAMBRE D'EVALUATION.

L'EVOLUTION DE LA PRATIQUE "LEGE ARTIS".

1. La pratique médicale selon l'état de la science et des techniques est une donnée en évolution permanente. Le contexte médico-légal ainsi que les droits des patients suivent tout à fait en

parallèle cette évolution des aspects techniques de l'activité médicale. En effet, le médecin est sensé agir selon le "state of the art". Et les directives susvisées en font également partie intégrante.

Le nomenclature des prestations médicales, par contre, est une donnée essentiellement statique. Pour diverses raisons, dont d'ordre budgétaire, la nomenclature évolue plutôt lentement en accusant toujours ou presque systématiquement un certain retard par rapport à l'évolution de la science et des techniques.

Au fil des années, ceci a donné naissance à une situation duale où deux concepts de soins de santé s'éloignent progressivement.

Il y a toutefois un facteur additionnel - à ne pas sous-estimer - se greffant sur ce "écart d'évolution" et tendant au gel inutile, voire dangereux de la nomenclature et qui trouve directement son origine dans le système répressif dans le cadre du contrôle de conformité.

Comme nous avons souligné plus haut un représentant du SECM assiste aux séances du CONSEIL TECHNIQUE MEDICAL avec voix consultative (art. 28 §1 de la loi SSI; "...dans le cadre de la procédure de modification de la nomenclature des prestations de santé"). Cette disposition est justifiée par la nécessité d'un avis compétent au sujet de la contrôlabilité des modifications de nomenclature proposées. Il y a lieu de souligner toutefois que le fait d'assister aux réunions du CONSEIL TECHNIQUE MEDICAL n'est nullement une condition indispensable pour pouvoir émettre ce genre d'avis. Il est évident que l'évaluation de la contrôlabilité d'une proposition de nomenclature se fait post factum et peut se réaliser au mieux in abstracto dans le cadre de la fonction de surveillance du SECM.

Ce qui pose surtout problème est que cette fonction d'avis est exercée par des Médecins-inspecteurs (plus d'un!) cumulant cette activité avec la conduite d'enquêtes contre les dispensateurs individuels. A plusieurs reprises nous avons constaté que ce cumul de missions provoque des interférences entraînant des dérapages dans l'intervention du SECM. En effet, dans ce double contexte, toute proposition d'adaptation de la nomenclature devient facilement une source d'inspiration pour des interprétations personnelles (cf. supra) des Médecins-inspecteurs qui ne manquent pas d'en faire usage dans le cadre des poursuites déjà engagées. Un projet d'actualisation de la nomenclature est la conséquence logique, presque par définition, d'une pratique "lege artis" adaptée.

Nous estimons donc qu'il y a lieu de fixer une règle très claire. La fonction d'avis susvisée doit être formellement déconnectée de toute forme d'association aux interventions dans le cadre des missions répressives en matière de contrôle de conformité du SECM.

2. Nous permettons d'illustrer le danger du figeage des textes de la nomenclature par un petit exemple concret: "255673 255684 Intervention chirurgicale pour pansinusite bilatérale y compris l'opération de Lima K400" (ce dernier bout de phrase désignant une technique chirurgicale possible, reprend le nom du chirurgien ayant eu la primeur de la mise au point technique, à savoir le Dr De LIMA, en 1947; elle consiste en une intervention sanglante ouverte dans le visage). Depuis plusieurs années cette technique fort accablante pour le patient (risques beaucoup plus graves également et davantage de charges d'hospitalisation) a pu être remplacée par une intervention purement endoscopique effectuée par des chirurgiens spécialement expérimentés.

Selon certaines interprétations du SECM le chirurgien devrait effectuer une "De Lima" (ce qui n'est pas exact puisque celle-ci n'est qu'une technique -vétuste de surcroît- de l'intervention pour pansinusite). Toujours est-il que, selon l'art 73 §1 de la loi SSI, le praticien doit "dispenser des soins médicaux avec dévouement et compétence dans l'intérêt et dans le respect des droits du patient...". Et sur le plan médico-légal, il doit dispenser les soins "lege artis". Si, par contre, l'on s'en tenait strictement à l'interprétation du SECM, seule la technique de "De Lima" serait remboursable, alors que la pansinusite endoscopique serait totalement à charge du patient.

A plusieurs reprises nous avons pu constater que des Médecins-inspecteurs interprètent la nomenclature sans tenir compte ni des intérêts du patient, ni de la pratique "lege artis", tout simplement en arguant que la technique appliquée doit correspondre à la lettre de la nomenclature. Cela ne semble pas être la bonne méthode pour jeter un pont sur le "gap" naturel entre l'évolution de la science et des techniques d'une part et les textes figés de la nomenclature d'autre part. Or, c'est dans la nature-même de l'évolution: il existera toujours un décalage temporel entre les deux.

Dès lors, nous estimons qu'il faut absolument écarter toute approche du "décalage technique" de l'approche stricte du contrôle de conformité. Il va de soi que ce type de contestations, à tout le moins dans une phase intermédiaire, doivent être soumis à la COMMISSION D'EVALUATION qui, compte-tenu de l'aspect spécifiquement technique lié à la spécialité concernée, constitue l'organe le plus approprié pour rendre un avis d'expertise.

De même il nous semble indiqué que la CHAMBRE D'EVALUATION procède à l'enregistrement de ses avis dans ce domaine et qu'elle devrait ensuite transmettre ceux-ci au CONSEIL TECHNIQUE MEDICAL qui pourra, au moment opportun et dans la mesure où cela s'avère nécessaire, s'engager dans la procédure d'aménagement de la nomenclature avec une proposition d'adaptation formelle adéquate.

Nous sommes conscients de ce que cette approche n'offre pas tout de suite une solution pour des méthodes d'examen ou de traitement tout à fait nouvelles qui n'étaient pas encore prévues dans la nomenclature, mais elle offre l'avantage d'introduire une dynamique permettant l'actualisation des "modus operandi" de la nomenclature existante, et ce tant dans l'intérêt du patient que dans celui du système des soins de santé de manière générale.

1er juin 2004