
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° 6/ JUIN 2000

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

PAS D'ACHARNEMENT EUTHANASIQUE S.V.P. !

Il est utile de rappeler que jusqu'à ce jour nulle part au monde l'acte mettant volontairement fin à la vie de quelqu'un, à sa demande, c'est à dire l'euthanasie, n'a été retirée de la loi pénale. Ceci n'est pas le cas, non plus, aux Pays-Bas où la pratique est tolérée et le médecin non poursuivi si l'acte est accompli selon les règles prescrites.

En France, le Comité d'éthique a décidé le 27 janvier 2000, que l'euthanasie doit demeurer dans le code pénal. Les éthiciens français refusent de créer un droit d'intervention visant à mettre fin à la vie par l'intermédiaire d'une tierce personne. Ils acceptent l'euthanasie comme un acte solidaire de compassion dans des situations d'exceptionnelle nécessité.

Grâce à de nombreuses oppositions, entre autres celle du GBS et de l'ABSyM, contre la proposition de loi du 20 décembre 1999 sur l'euthanasie qui fût introduite par la majorité politique et qui suscita des réactions internationales d'étonnement parce que les professionnels de la santé n'ont pas été consultés préalablement, une série de débats ont été entamés au Sénat. Le fait qu'ils furent publics, - à l'exception de quelques témoignages afin de respecter la vie privée, - honore notre démocratie. Singulièrement, la RTBf a diffusé ces débats fondamentaux mais la télévision flamande n'a pas pris cette initiative.

Quatre mois de discussions et de délibération avec compte-rendu dans les médias ont laissé des traces. Ce ne sont pas les critiques au Sénat à l'égard des représentants de l'Ordre des Médecins, ni les insultes de certains journalistes (p. ex. "L'ABSyM serait-elle contre l'euthanasie parce que les médecins ne pourront plus remettre des factures aux défunts ?"; le Journal télévisé VRT du 24.12.1999) qui ont suscité la réflexion des médecins au sujet d'un nombre de thèmes, mais bien les témoignages d'expériences vécues de patients et de confrères, d'infirmiers, d'éthiciens et de juristes.

La réflexion sur le rejet de l'acharnement thérapeutique s'est intensifiée sans toutefois enlever au patient des possibilités d'un diagnostic et d'un traitement corrects. La lutte contre la douleur et les soins palliatifs doivent être développés aussi bien au niveau de la formation que dans la pratique journalière, ce qui devrait modifier l'opinion erronée du public sur l'usage de la morphine. Ceci demande évidemment un soutien financier. Lors de l'établissement des besoins prioritaires dans le secteur des soins de santé pour la période 2001-2003, les médecins ont demandé un budget à la Commission Nationale Médico-Mutualiste.

L'Ordre des Médecins a, peut être plus rapidement que prévu, adapté sa règle de déontologie au nouvel esprit qui règne dans l'air du temps pour informer à temps le patient de "mauvaises nouvelles". Le patient a le droit de connaître son diagnostic et les conséquences sur son espérance de vie mais garde le maintien du droit de ne pas savoir. C'est le médecin qui évalue quand ce message peut être fait.

Les juristes témoignaient en controverse et étaient très critiques. D'éminents libres penseurs étaient d'avis qu'il ne fallait pas légiférer. Des chrétiens désiraient quand même une réglementation, mais jamais une dépénalisation. Ceux qui ont introduit le projet de loi s'attendaient à des applaudissements mais ils ont plutôt reçu une douche froide de la part des juristes.

Plusieurs intervenants ont avancé le danger d'euthanasie pour des raisons économiques. Les intensivistes ont parlé de "la justice distributive" lorsqu'à cause d'un manque de lits ils sont obligés d'accélérer leur décision d'arrêter une thérapie, ce qui signifie donner la mort. Des représentants des patients, des gériatres, des infirmiers ont exprimé leur inquiétude au sujet des soins à accorder aux plus faibles, aux personnes âgées et aux handicapés. L'abolition de l'interdiction du droit de tuer implique que certaines vies humaines auraient moins de valeur que d'autres. Savoir que 10% des patients malades entraînent 75% des dépenses, que partout la pression sur le budget des soins de santé est intenable, qu'un certain nombre de pays occidentaux refusent tout simplement d'accorder le remboursement de certains soins vitaux a, en effet, rendu hésitant quelques uns des initiateurs du projet.

Les médecins ne veulent pas régler la fin de vie dans une atmosphère de clair-obscur. Ils ne veulent pas se soustraire à la confrontation sociale ni au jugement éventuel du tribunal.

Nous sommes nombreux à demander aux politiciens : ne commettez pas l'acharnement euthanasique politique.

Nous paraphrasons Jules MESSINE, Professeur en droit pénal à l'ULB lors d'une séance au Sénat en disant que la loi sur l'euthanasie n'est pas applicable et donc superflue. La situation hyper individuelle d'une décision prise par un individu entouré de soignants et de ses proches ne peut être contenue dans une loi. De plus, dépenaliser l'euthanasie ébranlerait littéralement le monde.

Dr M. MOENS
Secrétaire général
10.6.2000

EXISTE-T-IL UNE SOLUTION IDEALE EN MATIERE D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE POUR LE MEDECIN?

Communication du Dr M. MOENS à l'occasion du symposium "La responsabilité médicale, à la croisée des chemins? – Une analyse des problèmes actuels et des ébauches de solution" organisé par "La Médicale s.a." le 11 mai 2000, Aula major, UIA, Anvers.

1. INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années déjà, on tente de trouver une solution au problème de la responsabilité professionnelle. L'intensité de cette recherche connaît des hauts et des bas et est influencée par un certain nombre de facteurs changeants tels que la création de la Loi sur le contrat d'assurance terrestre du 25.6.1992, l'affaire des herbes chinoises, un colloque inter-universitaire sur "la Responsabilité et les accidents médicaux" (14.2.1996) à l'occasion de la forte augmentation des primes d'assurances, etc.

Dès les premiers contacts qu'ils ont eus avec l'ABSyM, tant le ministre de la Santé publique, Mme Magda AELVOET, que le ministre des Affaires sociales, M. Frank VANDENBROUCKE, faisant partie de la coalition arc-en-ciel installée le 14 juillet 1999, ont reconnu qu'il convenait de traiter l'assurance responsabilité professionnelle comme un dossier prioritaire. Le groupe de travail déjà constitué au niveau du ministère de la Santé publique, sous la conduite du directeur général Christiaan DECOSTER, a organisé très récemment plusieurs enquêtes auprès des médecins, des mutualités, des compagnies d'assurances et des hôpitaux. Celles-ci seront présentées dans le cadre d'un symposium national qui se tiendra le 14 juin prochain.

Bien que les résultats ne soient pas encore connus à ce jour, nous pouvons déjà énumérer un certain nombre d'éléments qui devront être pris en compte dans le cadre de la recherche d'une solution idéale.

2. PRESSION DES ELEMENTS ENVIRONNEMENTAUX SUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION

2.1. Pression budgétaire

Malgré la norme de croissance annuelle de 2,5 % approuvée par le nouveau Gouvernement en matière de soins de santé, nul n'ignore qu'il ne sera en aucun cas possible de satisfaire à tous les besoins. Dans le secteur médical tout particulièrement, les dépenses font l'objet d'un contrôle systématique et très rigoureux. La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, comprend bon nombre d'articles dans ce sens. Conformément à l'article 73, le médecin doit "s'abstenir de prescrire des

examens et des traitements inutilement onéreux ou superflus, ainsi que d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues à charge du régime d'assurance maladie-invalidité obligatoire".

Le caractère inutilement onéreux ou superflu des examens et traitements doit ressortir de la comparaison des prestations qu'un autre dispensateur de soins exécuterait ou ferait exécuter dans des circonstances similaires. Cela reste un élément très subjectif dans la mesure où une pathologie analogue n'évolue pas de la même façon chez différents patients.

Dans son interprétation de l'article 73, le Service de Contrôle médical de l'INAMI ne prend pas en considération l'aspect médico-légal comme une justification acceptable de l'acte médical, il se limite à l'aspect purement budgétaire.

2.2. Evidence Based Medicine (E.B.M.)

La remboursabilité par l'INAMI des médicaments et prestations diagnostiques et thérapeutiques est de plus en plus souvent soumise à des directives, des conditions, des règles de diagnostic, etc.

Dans le secteur des médicaments, bon nombre des médications ne sont remboursées qu'à certaines conditions strictes. Quelle est la responsabilité du médecin ne prescrivant pas, par exemple, de médication diminuant le cholestérol à son patient qui, selon les critères internationaux de l' "Evidence Based Medicine" entre en ligne de compte pour un traitement, mais pas selon les normes belges, parce que les Pouvoirs publics refusent le remboursement?

Qui assume la responsabilité si un médecin traitant renonce à certains examens diagnostiques parce que les indications de remboursabilité sont à la traîne par rapport aux indications scientifiques?

Si les pouvoirs publics limitaient le remboursement à ce qui est réellement "evidence based", cela réduirait considérablement les chances de guérison des patients, d'une part parce que l'E.B.M. ne peut se développer que très lentement et encore dans un nombre limité de domaines et, d'autre part, parce que l'E.B.M. risque de freiner le développement de la médecine spécialisée.

La multiplication du nombre de directives se rapportant aux actes médicaux résulte, d'après les pouvoirs publics, au premier chef d'un souci de qualité mais, à notre sens, elle est surtout due à des préoccupations budgétaires. L'aspect médico-légal n'intervient quasiment pas.

2.3. Normes et législation

Ces dernières années, le secteur des soins de santé a été surpris par l'instauration de normes d'agrément, de règles en matière de sécurité et de qualité ainsi que de critères d'évaluation et de contrôle. Tant que cette réglementation favorise la qualité, elle reste acceptable pour autant que les moyens financiers nécessaires soient mis à disposition. Si le cadre économique-financier empêche l'application de la législation, toute nouvelle législation peut être à l'origine de recours pour cause de respect non attentif.

Dans un certain nombre de cas, la législation est cependant uniquement perçue comme une discrimination de certains dispensateurs de soins, par exemple lorsqu'elle n'admet certaines prestations que dans un environnement bien défini, ce qui est plus une question de politique que de qualité.

2.4. Consumérisme

Les mutuelles ont une responsabilité financière dans le système de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. En cas de dépassement de budget, elle doivent rembourser une partie aux pouvoirs publics par le biais d'une augmentation limitée de la cotisation des membres. Par contre, si le budget n'est pas épuisé, elles obtiennent une bonification.

Les O.A. tentent de trouver un rapport qualité/prix optimal pour les assureurs, c'est-à-dire des soins de santé bon marché pour leurs membres-consommateurs. Elles agiront également comme plaignants en cas de suspicions d'actes médicaux fautifs. Chaque dépense qu'elles sont en mesure de récupérer par le biais d'une assurance de responsabilité professionnelle pour cause d'acte médical fautif, réduit leur part dans les dépenses de l'INAMI.

Le nombre de plaintes médico-légales est en augmentation, notamment parce que les mutuelles sont organisées comme des bureaux de consommateurs et peuvent également agir en lieu et place de leurs membres.

Le mouvement social en faveur du renforcement des droits et du pouvoir des consommateurs a également des répercussions au niveau de la jurisprudence. Les soins de santé sont perçus comme un "bien" et le patient émancipé perçoit de plus en plus la dispensation de soins comme un engagement de résultat et non plus comme un engagement de moyens.

La jurisprudence indemnise de plus en plus de victimes d'erreurs médicales supposées. Outre le rapport direct de responsabilité, des aspects plus formels entrent également en ligne de compte pour l'octroi d'une indemnisation, par exemple les manquements dans le domaine de l'obligation d'information.

2.5. Juridisation

Il est habituel dans notre société (post-)moderne que toutes sortes de processus sociaux soient accompagnés et décrits en détail par le législateur. Les Pouvoirs publics créent de plus en plus d'obligations juridiques qui, dans le domaine des soins de santé, peuvent à chaque fois être à l'origine de nouvelles mises en cause de la responsabilité médicale.

Un certain nombre de projets de loi actuels sont à ranger dans cette catégorie, c'est notamment le cas des projets relatifs aux droits du patient. Le droit à l'information qui y figure part à tort du principe que la médecine serait une science exacte. Il n'est pas toujours possible de poser un bon diagnostic au moyen d'exams. Un traitement correct ne conduit pas avec une sûreté mathématique au résultat escompté. De plus, il faut que l'information puisse être comprise par le patient, ce qui ne sera pas toujours réalisable en fonction de la faculté de compréhension et de la formation de la personne concernée.

Les discussions portant sur le consentement éclairé, l'ouverture du dossier médical du patient, la communication du diagnostic conformément à l'article 33 adapté du Code de déontologie médicale et même le projet de loi sur l'euthanasie, augmentent de manière significative le risque de responsabilité professionnelle.

Trouver une description acceptable pour le risque normal qui est toujours inhérent à un acte médical correct est apparemment plus difficile que réglementer les droits du patient, etc. Le médecin doit également faire valoir ses droits : droit à des soins de santé consciencieux en fonction de l'état d'avancement de la médecine et prenant en compte les moyens mis à disposition par les Pouvoirs publics. Des soins de santé consciencieux, ce n'est pas la même chose qu'une médecine défensive. Sous l'influence de la jurisprudence, l'art de guérir devient pourtant inévitablement plus défensif, ce qui peut entrer en conflit avec les limitations budgétaires imposées par l'INAMI.

Enfin, il est difficile de comprendre l'attitude paradoxale des Pouvoirs publics dans le domaine des "médecines parallèles", alors même que l'impasse économique-financière observée actuellement au niveau de l'assurance responsabilité professionnelle est précisément la conséquence de l'affaire des herbes chinoises.

Il est particulièrement regrettable que les mutuelles utilisent ce secteur parallèle mais risqué comme outil concurrentiel pour attirer des clients-patients potentiels vers leurs assurances complémentaires ou les amener à quitter une autre compagnie d'assurances.

3. SOLUTIONS POSSIBLES : ANALYSE

Dans le cadre de la législation actuelle, la meilleure assurance pour le médecin consiste dans l'assurance couvrant les actes fautifs pour toutes les conséquences qui peuvent en résulter, dans un système médico-légal où la faute et le lien de causalité doivent être prouvés.

Cela suppose le maintien de la couverture reposant sur le fait générateur des dommages.

Dans le système actuel, les médecins sont déjà depuis longtemps demandeurs d'un certain nombre de points ne faisant pas forcément l'objet d'un consensus au sein de l'ensemble de la profession :

- * raccourcissement du délai de prescription
- * limitation légale stricte et description claire des dispositions d'exclusion
- * uniquement exclusion sélective par un assureur après sinistre
- * description de la notion de faute grave
- * introduction de la notion de risque thérapeutique
- * politique de prévention des litiges par une meilleure information du patient
- * primes abordables, basées sur des données transparentes de la part des assureurs
- * obligation légale de conclure une police d'assurance responsabilité professionnelle

Jusqu'à présent, il est particulièrement difficile, en Belgique, de disposer de données objectives concernant la nature des sinistres, leur fréquence et le montant de l'indemnité versée. Il n'existe pas de cadastre belge des litiges pour les erreurs médicales. Il faut espérer que les enquêtes visées dans l'introduction permettront d'y voir un peu plus clair dans les prochains jours.

A l'avenir, il conviendra de prendre en compte la pression de chacun des éléments environnementaux énumérés plus haut. Une solution unique ne sera probablement pas suffisante.

- * Indemnisation de dommages résultant d'un acte médical correct. Cette approche sans faute doit mettre un terme à la tendance des tribunaux qui souhaitent de plus en plus fréquemment indemniser les victimes et, pour ce faire, doivent imputer une faute au médecin (ou l'hôpital).
Des mesures de précaution convaincantes doivent être prises de manière à ce que, si l'on introduit une forme de "no fault", le caractère consciencieux de l'acte médical ne diminue pas et qu'il n'y ait pas d'explosion des coûts à la suite d'une déclaration incontrôlée de sinistres (supposés).
- * Dans un Etat de droit, il doit en principe toujours être possible d'introduire un recours en cas d'acte médical fautif. Il convient donc de choisir au préalable si une victime recourt à la voie sans faute ou à cette voie. Il est crucial que le législateur définisse clairement et de manière restrictive la notion d'erreur médicale, que ce soit dans la loi relative aux droits du patient ou ailleurs.
- * Si les Pouvoirs publics pensent qu'ils doivent lier l'exercice de la profession médicale à des guidelines, des normes, des règles de l' "Evidence Based Medicine", des contraintes budgétaires, il faut alors que cet acte "médical normatif" soit défini de manière à recouper systématiquement le point de vue médico-légal.
- * L'obligation d'information à destination du patient doit faire l'objet d'une description raisonnable et réaliste. De plus, il convient de fixer sur le plan médico-légal que le refus d'un examen ou de soins par le patient sur la base des informations qui lui sont fournies ne peut pas être opposé au médecin traitant.

Concernant le mode de financement d'un système mixte "no fault" et "fault", il n'existe qu'un certain nombre de pistes de réflexion.

En Belgique, les honoraires médicaux sont très bas et, pour nombre d'interventions, ils ne sont absolument pas en rapport avec l'effort, l'expertise exigée et le risque. A moins que les Pouvoirs publics décident d'augmenter de manière significative les honoraires de ces prestations, il est clair que les médecins ne voudront pas et ne pourront pas payer des primes encore plus élevées. Les médecins attendent des compagnies d'assurances qu'elles leur fournissent des informations objectives concernant la fixation du montant de leurs primes d'assurances.

Il est question d'un "Fonds" qui pourrait être géré par ceux qui alimenteraient le fonds. Outre les médecins, sont également nommés les hôpitaux, les mutuelles et les assureurs. Quoi qu'il en soit, les Pouvoirs publics devront également y être associés et y être impliqués financièrement, que ce soit directement via les honoraires, l'indemnisation du prix de la journée et des subsides des mutuelles, ou indirectement via les assureurs privés.

En tant que syndicat médical, nous devons veiller à éviter toute discrimination entre les différentes catégories de médecins. Bien que l'inflation des primes pour la responsabilité professionnelle et l'exclusion de médecins d'une assurance de responsabilité professionnelle touche particulièrement les disciplines chirurgicales, y compris l'anesthésie, c'est-à-dire le milieu du quartier opératoire de l'hôpital, nous devons aborder la problématique dans son ensemble.

Le récent sinistre résultant d'une information insuffisante concernant le statut immunitaire vis-à-vis de la toxoplasmose et l'affaire des herbes chinoises prouve que des catastrophes sont également possibles en dehors de l'enceinte de l'hôpital.

Dr M. MOENS
11.5.2000

LE MONOPOLE DES "SOINS GLOBAUX" ?

Dans la lignée des positions développées par Mme M. AELVOET et par son collaborateur de cabinet le Dr VAN LOON, le ministre wallon des Affaires sociales et de la Santé DETIENNE vient maintenant également de rédiger une note intitulée "Organisation concrète de la première ligne autour du patient", qui est quasiment la réplique des documents de sa collègue du fédéral. Les théories les plus ineptes sont avancées en cas de besoin pour faire triompher le "principe de subsidiarité". Nous n'avons pas pu faire autrement que réagir avec force dans une lettre datée du 8 juin dernier.

Monsieur le Ministre,

Nous avons pris connaissance de votre note « Organisation concrète de la première ligne autour du patient » datée du 26 avril 2000 qui nous plonge dans la consternation par ce passage particulièrement vexatoire pour les médecins-spécialistes et, de surcroît pour les médecins des services d'urgences:

« Une confusion subsiste quant à savoir si certains acteurs spécialisés font aussi partie de la première ligne (spécialistes ambulatoires, Services de Santé mentale, Centres de Planning familial...)

De fait aujourd'hui ils en font partie dans la mesure où le patient s'y réfère en premier; la même réflexion vaut pour les services d'urgences hospitaliers. Cette situation n'est pas idéale parce que le patient risque de ne pas y être pris en compte dans sa globalité et que les diverses interventions peuvent rendre l'ensemble incohérent; nous voulons donc donner la priorité à l'approche globale, et donc développer une première ligne généraliste. Les autres acteurs et structures sont donc à considérer comme faisant partie de la seconde ligne, même si le patient, dans certains cas, peut s'y rendre spontanément sans passer par le généraliste. »

Risque d'approche non globale?

De quel droit ou quel savoir pouvez-vous prétendre que le patient « risque de ne pas être pris en compte dans sa globalité » par le médecin-spécialiste?

Veillez noter que:

- le médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, ne peut se permettre de négliger l'approche globale, parce qu'il commettrait une faute professionnelle. Sur le plan médico-légal tout médecin est inéluctablement contraint d'intégrer l'approche globale du patient dans sa performance professionnelle. Tout médecin, dès qu'il a la charge du patient, en a la totale responsabilité juridique dans toute sa globalité.

Connaissez-vous un jugement disculpant un spécialiste d'avoir ignoré l'existence de l'affection de son patient parce que ne relevant pas de sa spécialité?

- le médecin-spécialiste est avant tout **un médecin** (diplôme légal en médecine, chirurgie et accouchements) ayant, **en outre**, bénéficié d'une formation complémentaire de 5 à 6 ans, visant à le rendre particulièrement performant dans un domaine précis. Cette formation complémentaire intègre en permanence l'approche globale parce que **la médecine est un tout**. La moitié de cette formation (trunks communs) est à prépondérance globale, tandis que la formation supérieure vise, toujours dans un concept global, l'approfondissement dans certains domaines et la familiarisation aux techniques spécialisées.

De même, la formation continue qu'imposent les critères ministériels, vise la mise à jour des connaissances et compétences, dans la perspective continue d'une approche globale. La multidisciplinarité s'intègre constamment, et de plus en plus, dans la formation continue. Notre système d'accréditation a d'ailleurs été conçu de manière à favoriser cette démarche.

-Quant aux **soins d'urgence**, la formation complémentaire du médecin-spécialiste en soins d'urgence (médecin +7à8 ans, donc x2) se définit par excellence comme « pluridisciplinaire » Votre ex-collègue, M. M. COLLA, a formellement inscrit cette exigence dans ses normes d'agrément des fonctions hospitalières.

Et vous voudriez les accuser de prise en compte non globale? Monsieur DETIENNE, rendez-vous compte du caractère vital de la globalité de leur intervention. Le rôle de l'urgentiste consiste à diriger la globalité instantanée!

En outre, les critères généraux d'agrément des médecins-spécialistes prévoient explicitement que les candidats-spécialistes dans les différentes disciplines (elles sont 13 en tout) pouvant accéder à cette formation complémentaire, doivent par définition se familiariser avec toutes les urgences et ce de manière pluridisciplinaire.

Quant aux autres médecins, généralistes ou spécialistes, les critères de médecine d'urgence (A.M. du 12.11.93) prévoient une formation théorique et pratique de 120 heures et un stage de 240 heures échelonné sur 24 mois et comportant au moins 10 interventions préhospitalières. Un groupe de travail du Conseil Supérieur a conclu récemment et avec insistance que cette formation devrait être incluse dans le curriculum des études médicales, estimant que tout médecin devrait au moins être apte à assumer la première prise en charge de toutes les urgences. Quod non, donc...

Alors, sachant cela, en tant que ministre responsable, oseriez-vous à la fois accorder, sur base de quelques considérations nullement étayées (soit purement dogmatiques), le monopole de « l'approche globale » au généraliste de première ligne, tout en accusant ceux qui l'assument réellement, d'en faire défaut? En parlant de « risque »...celui que nous soulignons est bien réel pour le patient.

« ...dans certains cas »?

Le Rapport Peers le souligne, 70% des patients du médecins-spécialistes s'y adressent spontanément. 30% seulement sont référés par le médecin-généraliste.

Ces chiffres démontrent clairement que nos patients ne partagent pas votre crainte de ne pas être pris en compte dans leur globalité. Ils expriment peut-être davantage la crainte inverse, à laquelle s'ajouterait, si votre choix politique se réalise, celle de ne pas être référé en temps opportun au spécialiste et, en tout état de cause, de ne plus disposer de leur liberté décisionnelle et de leur libre accès. Ne pensez-vous pas qu'avant de prendre des mesures, il y aurait lieu de prendre auparavant la rationnelle précaution d'en évaluer les risques réels ou plausibles, de manière à prévoir aussi à temps les nuances, les réticences et, à tout le moins, les mesures d'accompagnement qui sauvegardent l'intérêt du patient. Les nouvelles qui nous parviennent de l'étranger, où le système prôné par vous existe, ne permettent plus, loin de là, de soutenir l'hypothèse d'une meilleure qualité, ni d'une meilleure confiance ou satisfaction des patients. Ni celle d'un moindre coût, de toute évidence.

La doctrine de l'échelonnement est, médicalement et économiquement parlant, une piste de réflexion dépassée. Elle est obsolète et contredite par l'Evidence Based Medicine.

« ...Une confusion subsiste... »

En conclusion, la « confusion » que vous évoquez, ne peut être autre que celle créée de toutes pièces dans la doctrine développée par quelques idéologues-technocrates qui n'ont jamais été familiarisés avec l'exercice professionnel sur le terrain.

La Cour d'arbitrage, dans le cadre d'un recours contre l'art. 12,2° de la loi du 26.07.1996 sur la modernisation de la sécurité sociale, a dit: (traduction)

« Il ne peut être déduit de la disposition attaquée que le patient serait obligé de consulter d'abord le médecin-généraliste pour toute prestation de santé; il ne peut non plus en être déduit qu'il serait interdit au patient de consulter, selon son propre choix, le cas échéant directement, un médecin spécialiste. Celui-ci conserve évidemment le droit de constituer son dossier médical. »

La Cour précise en outre que si la loi-cadre ne constitue pas elle-même une discrimination entre praticiens de première et de seconde ligne, les dispositions déléguées au Roi n'autoriseraient pas celui-ci à prendre des mesures discriminatoires.

L'art de guérir, comme la Gaule de César, se divise «in partes tres»: l'art médical, l'art dentaire, et l'art pharmaceutique.

L'art médical s'exerce à l'égard de l'être humain dans sa globalité. Prétendre que seule une discipline pratiquerait cette médecine-là, est un mensonge qui repose sur du vent. C'est également une atteinte à l'honneur professionnel de leurs confrères d'autres disciplines.

C'est pourquoi nous terminons en soumettant à vos réflexions cette citation de George Orwell, publiée récemment dans le Journal du Médecin, bien à propos des récents développements dans le cadre du N.H.S. anglais: « *Le langage politique est destiné à donner une consonance de vérité au mensonge ...et à donner une apparence de solidité à ce qui est du vent.* »

Nous vous prions de bien vouloir corriger la vexante allusion au prétendu « risque » de non-prise en compte globale du patient, dans votre note du 26 avril dernier. Elle n'est guère respectueuse à l'égard des 11.000 médecins hospitaliers que le pays compte encore, tant que le réseau subsiste. Mais elle est franchement vexatoire pour les déjà 6000 humbles citoyens, spécialistes sans attache hospitalière, que vous et votre collègue fédéral Mme AELVOET, envisagez d'envoyer *globalement* sur la lune.

Nous vous remercions d'avance pour votre attention, tout en restant à votre entière disposition pour tout commentaire ou échange de vues à ce sujet, et vous prions de croire, Monsieur le Ministre, à toute notre considération.

Prof. Dr. J. GRUWEZ
Président ff.

NEW FUNDS FOR CANCER RESEARCH 2000

BEF 100,000,000 granted by the Belgian Federation against Cancer

In order to be able to benefit from grants, projects should provide an original contribution to the progress of cancer research. Specific projects with a clinical follow-up as well as innovative clinical projects will be given particular consideration.

Timing

Application closing date : **29 September 2000**

Selection results and first payment : December 2000

Method

Application forms can be downloaded from the Internet

website : <http://www.cancer.be/research>

Information : 02/733.68.68

The retained research projects will cover a period of three consecutive years

Maximum amount granted : BEF 8,000,000 per project or per team if a multicentre project is involved.

COMMUNIQUE DE PRESSE DU F.N.R.S. PRIX SCIENTIFIQUES QUINQUENNAUX - PERIODE 1996-2000

Les Prix scientifiques quinquennaux du F.N.R.S., pour la période 1996-2000, viennent d'être décernés.

Les Jurys étaient composés exclusivement d'experts étrangers.

Le montant attribué à chacun des lauréats est de 3.000.000 BEF et est constitué par les revenus de legs et de donations.

* * *

- Prix Dr A. De Leeuw-Damry-Bourlart - Sciences exactes fondamentales :

M. **Jean-Luc BRÉDAS**, Professeur à l'Université de Mons-Hainaut est un spécialiste des calculs de chimie quantique de réputation internationale, s'agissant notamment des propriétés électroniques et optiques des polymères conjugués. Il fait usage d'un large éventail de méthodes théoriques pour éclairer le travail expérimental des physiciens et chimistes et les aider dans leur effort de compréhension du comportement général des matériaux, et particulièrement des polymères organiques.

- Prix Dr A. De Leeuw-Damry-Bourlart - Sciences exactes appliquées :

M. **André PREUMONT**, Professeur à l'Université Libre de Bruxelles et Chargé de cours à l'Université de Liège, pour ses contributions scientifiques et nombreuses applications industrielles dans les domaines de la modélisation et du contrôle actif des structures mécaniques complexes.

- Prix scientifique Ernest-John Solvay - Sciences humaines et sociales :

M. **Xavier SERON**, Professeur à l'Université Catholique de Louvain, pour son oeuvre scientifique exceptionnelle en neuropsychologie, alliant un travail théorique fondamental et une implication forte et internationalement reconnue dans la revalidation des troubles neuropsychologiques. Son apport théorique, ses contributions au diagnostic et aux remédiations des troubles neuropsychologiques font de lui un expert internationalement honoré.

- Prix scientifique Joseph Maisin - Sciences biomédicales fondamentales :

M. **Etienne PAYS**, Professeur à l'Université Libre de Bruxelles est un biologiste dont la réputation internationale a été assurée par son travail sur le mécanisme génétique de la variation antigénique des trypanosomes africains. Il a élucidé la structure du site d'expression polycistronique de la glycoprotéine de surface variable de ces parasites, ce qui constitue une découverte majeure. De plus, ses études plus récentes sur les protéines codées par les gènes associés constituent une avancée très importante dans la compréhension de la fonction des membranes cellulaires.

- Prix scientifique Joseph Maisin - Sciences biomédicales cliniques :

- * M. **Jacques BROTCHE**, Professeur à l'Université Libre de Bruxelles est un des neurochirurgiens les plus brillants, les plus connus et respectés dans le monde. Il a bâti autour de lui une équipe de renommée internationale, tant sur le plan de la compétence opératoire que de la recherche clinique et expérimentale. Le Jury a considéré que son travail de pionnier dans de nombreux domaines de la neurochirurgie, tel le traitement chirurgical des tumeurs intracrâniennes dont il est l'un des experts mondiaux, son impact personnel et sa vision de la neurochirurgie moderne et du futur, ont largement contribué à la réputation de l'hôpital Erasme, de l'Université Libre de Bruxelles et de la médecine belge.
- * M. **Michel GOLDMAN**, Professeur à l'Université Libre de Bruxelles est un médecin de renommée internationale spécialisé dans les maladies rénales et en immunologie qui a contribué de façon essentielle à nos connaissances dans le domaine des maladies immunitaires. Le Jury a considéré que son travail, qui associe en permanence la clinique et la recherche, a eu et aura un impact majeur en transplantation, dans l'allergie et les maladies inflammatoires. Dans une période de temps étonnement courte, Michel GOLDMAN, a pu rassembler une équipe de médecins et de scientifiques à l'hôpital Erasme, qui a mis en avant la réputation de l'U.L.B. et de la médecine belge.
- * M. **Jacques MELIN**, Professeur à l'Université Catholique de Louvain, est reconnu, du point de vue académique, dans les domaines de la médecine nucléaire et de la cardiologie. Son expertise en médecine nucléaire appliquée à la cardiologie a significativement contribué à améliorer la compréhension de maladies cardiaques importantes. Le Jury a considéré que ses travaux représentent un lien entre l'imagerie fonctionnelle et la médecine clinique et ont permis de mieux préciser le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie coronaire et de la décompensation cardiaque d'origine ischémique. En outre, au cours des dernières années, Jacques MELIN a contribué à rassembler et à former une équipe brillante de médecins et de scientifiques qui assurera la continuité du succès tant de la médecine belge que celle de l'U.C.L.

* * *

La cérémonie de remise de ces Prix aura lieu le mardi 26 septembre 2000 à 10h30 au Palais des Académies en présence de Sa Majesté le Roi Albert II et d'un grand nombre de personnalités scientifiques et politiques.

Le lundi 25 septembre 2000 à 11 heures aura lieu une conférence de presse au F.N.R.S., au cours de laquelle les lauréats exposeront leurs travaux.

**CLUB MEDICAL DE BRUXELLES
SUITE DU PROGRAMME 2000**

21 JUIN MERCREDI **Robert Mormont**, historien : les Templiers, l'Ordre Teutonique, les Chevaliers de Malte **conférence** 20h30 110 av Van Ophem B 1180 (Uccle Calevoet).

24 JUIN SAMEDI Ginette Minet : **Gala de Tennis** au Wimbledon 15H30 précises, s'inscrire au 02 372 08 31.

25 JUIN DIMANCHE Thierry et Brigitte Malherbe : **VTT(2^e édition)** Départ de la Butte du Lion à Waterloo. RV à 10 h. S'inscrire au 02 520 09 85.

1 JUILLET SAMEDI Armand Jacquemin : **Balade à vélo(2^e édition)** (histoire, ornithologie, plantes et fleurs sauvages). Départ 10 h de Hingene (30 à 40 minutes de Bruxelles). Parking aisé près de l'église, dans la Vleminckstraat, le long du parc du château. Info au 02 736 88 14 à partir du 13 juin.

8 et 9 JUILLET SAMEDI et DIMANCHE Philippe Delentrée : Initiation et entraînement à la **voile**, logement à bord. RV à 9h30 au VVW ponton A du port de NIEUPOORT- groupe restreint - s'inscrire au 02 469 17 57 le soir ou au 02 372 08 31 ou au Capitaine en mer au 075/ 28 99 90.

5 AOUT SAMEDI Jacques Clairbois : **Descente de Lesse**. Remontée en bus de Anseremme en face du « Beau Rivage » à 9h00 (trajet 21 km) et 10h30 (trajet 11 km). S'inscrire au 02 372 08 31.

LUNDI 25 SEPTEMBRE : Sur les traces des Templiers - **voyage** de six jours en Bourgogne, Champagne et Vexin normand - trajet en bus

Info 02 372 08 31

22 OCTOBRE DIMANCHE Pierre Lambelin et Jean Tassignon : **Visite NATURE au ZWIN** et à RETRANCHEMENT (Hollande). RV à l'entrée du Zwin (Zoute) à 10 h. S'inscrire au 02 372 08 31.

21 NOVEMBRE MARDI Thérèse Poilvache : **Jérôme Bosch** Conférence 20h30 110 avenue Egide Van Ophem B 1180.

Dates à préciser : Conférence par son Excellence l'Ambassadeur de Belgique à Moscou

Banquet annuel précédé de l'assemblée générale

Les **conférences** ont lieu dans le convivial auditoire d'ASTRAZENECA 110 avenue Egide Van Ophem B 1180 (Uccle Calevoet) à 20h30. Parking aisé. Il ne faut pas s'inscrire.

Pour les autres activités s'inscrire auprès du Dr Jean-Claude Minet Président 02 372 08 31 ou tél/fax 02 374 85 35 avant 21 h ou minet.jc.ori@skynet.be ou chez le Dr Jacques Tichon Vice-Président 02 345 33 94.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

34^e JOURNEES D'ENSEIGNEMENT POSTUNIVERSITAIRE 2000
organisées par l'Association des Médecins anciens étudiants de l'ULB (A.M.U.B.)
du 14 au 17 septembre 2000

PROGRAMME :

Jeudi 14 septembre 2000 :

Neurologie : La douleur chronique
Cycle Ethique et économie : La responsabilité civile professionnelle des médecins : vers une modification de la loi en l'an 2000 ?
Cardiologie : Ateliers pratiques de cardiologie

Vendredi 15 septembre 2000 :

Dermatologie : Dermatoses liées aux animaux (domestiques et exotiques)
Cycle Ethique et économie : Les génériques
Endocrinologie : Pièges en pathologies thyroïdiennes

Samedi 16 septembre 2000 :

Gastro-entérologie : Stratégies diagnostiques en gastro-entérologie
Cycle Ethique et économie : Relations entre urgentiste et médecin traitant : aspects déontologiques
Nutrition : Mythes et réalités en diététique

Dimanche 17 septembre 2000 :

Actualités thérapeutiques
Remise du prix du concours
Cocktail de clôture

Accréditation : 195 UFC en médecine générale et 30 UFC en éthique et économie

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS, INSCRIPTIONS OU DEPLIANTS DETAILLES :

s'adresser à l'A.M.U.B., Campus d'Anderlecht, route de Lennik, 808 boîte 612 - 1070 Bruxelles
Tél. : 02/555.60.62 - e-mail : amub@ulb.ac.be

Colloque sur la dysphasie
17 novembre 2000, de 8 h 30 à 17 h 30
Hôpital Militaire Reine Astrid - Neder-Over-Heembeek

Thèmes et orateurs

Introduction : *Dr G. DE HEYN (ORL)*

- Présentation de l'enfant dysphasique (*Prof. M. KLEES - Docteur en psychologie, logopède*)
- L'examen de l'enfant dysphasique (*M.L. LECLERCQ - neuropsychiatre*)
- Développement neurophysiologique (*C. WETZBURGER - neuropsychiatre*)
- Développement normal et pathologique du langage (*Prof. J. ALEGRIA - Docteur en psychologie*)
- Examens neurolinguistiques et approches rééducatives (*E. GRAMMATICOS, neurolinguiste, et N. POZNANSKY, psychologue*)
- Interventions langagières auprès des enfants dysphasiques (*M. MONFORT - logopède*)
- Interventions langagières chez le sujet I.M.C. (*M. VAN LIL, licenciée en logopédie, et P. MOUSTY, Docteur en psychologie*)
- Diagnostic différentiel : dysphasie et troubles de la personnalité (*S. GROSS - neuropsychiatre*)

Table ronde - discussion

Organisateur : Centre de Réadaptation des Troubles du Langage de l'ULB (tél. : 02/538.20.60)

ACCREDITATION DEMANDEE

ANNONCES

- 00042 **FRANCE : OPHTALMOLOGISTE** secteur II départ en retraite fin 2000. Associé à jeune chef de clinique PARIS, cherche successeur. Activité chirurgicale dans clinique (plateau technique : lasers, angiographie). Tél. 00.33.2.32.33.04.77 Ville 100 km Ouest Paris.
- 00046 **BRUXELLES : PEDIATRE** du nord de Bruxelles souhaite céder sa patientèle (± 50 consultations par semaine) et vendre son habitation (± 250 m²) + jardin - garages. Bureau et salle d'attente conviennent aussi pour autres professions libérales. Ecrire au bureau du journal.
- 00049 **THIMISTER : A LOUER** : cabinet médical meublé idéal aussi pour professions paramédicales ou autres prof. libérales. Renseignements : Chantal Hoste, rue Cavalier Fonck 25, 4890 Thimister. Tél. : 087/44.63.27.
- 00050 **REGION LIEGEOISE** : Proposé à la **LOCATION** : cabinets pour médecins spécialistes. Bâtiment neuf. Part time journalier, forfait mensuel. Contact : Monsieur Y. BERTARINI 04/234.21.37 ou yb.dentist@belgacom.net
- 00051 **ARLON** : Les Cliniques du Sud Luxembourg recrutent pour leur service des urgences des **MEDECINS GENERALISTES OU SPECIALISTES**. Profil recherché : motivation pour la salle d'urgence et le SMUR, dynamisme professionnel, intérêt pour le travail en équipe, bonnes connaissances médicales et techniques – Brevet d'ECG obligatoire pour les BMA. Nous offrons : travail dans un service d'urgence spécialisé (SUS), plan de carrière avec engagement dans le cadre du service, activité en salle d'Urgence et de SMUR, horaires de 200 h / mois gardes comprises, responsabilité et honoraires en fonction des capacités. Envoyer candidature et CV au Docteur Robert de Fays, directeur médical, Cliniques du Sud Luxembourg, 137 rue des Déportés, 6700 Arlon.
- 00052 **A LOUER : ETTERBEEK**, cabinet médical, meublé et équipé (anciennement cabinet de rhumatologie). Reprise d'équipements et meubles possible. GSM : 075/36.49.68 – Fax : 02/215.27.72.
- 00053 **NAMUR** : Cherche **MEDECIN BIOLOGISTE** pour responsabilité secteur chimie dans laboratoire hospitalier. Reconnaissance RIA souhaitée. Envoyer candidature et CV au secrétariat du GBS en mentionnant la référence de l'annonce.
- 00054 **A VENDRE** : Sonde échographie linéaire 7,5 MHz pour ATL ULTRAMARK et dérivés. Etat absolument neuf. Tél. : 04/361.03.87.
- 00055 **LA LOUVIERE** : Le Centre hospitalier universitaire de TIVOLI annonce la vacance d'un poste de **CARDIOLOGUE** (statut indépendant, full time). Les candidatures, accompagnées d'un curriculum vitae, sont à adresser avant le 30 septembre 2000 au Dr A. MINDLIN, Directeur médical, CHUTivoli, avenue Max Buset, 34 à 7100 LA LOUVIERE.
- 00058 **MELSBROEK** : Le Centre national de la sclérose en plaques a.s.b.l., 16 Vanheylenstraat, 1820 Melsbroek, cherche d'urgence un médecin **NEUROLOGUE**, full-time, pour prise en charge du secteur francophone. Bonne connaissance du néerlandais requise. C.V. à adresser à l'attention du Président du Conseil médical, tél. : 02/752.96.14 – Fax : 02/751.52.77 – e-mail : ms-mels@rims.be.
- 00059 **A LOUER à WAVRE** : Cabinets médicaux rez-de-chaussée. Contacter Dr Stenuit, dermatologue, au 010/22.78.43.

00060 **FRANCE** : **CARDIOLOGUE** installé à Montauban (petite ville de 60.000 habitants), région de Toulouse, remet son cabinet médical avec CA 1 million; écho-doppler, épreuve d'effort, Holter ECG, TA. Plateau technique du CH à disposition, avec possibilité de vacations. Contact : Claude Dussouet, 72 rue Léon Cladel - 82000 Montauban (France). Tél. : 00.33.5.63.20.26.26 - Fax : 00.33.5.63.20.11.07.

00062 **FRANCE** : A 1h½ de Bruxelles, **RADIOLOGUE** installé cherche collaborateur pour exercice en cabinet privé (RX général, vacation scanner et IRM) et pour service RX en clinique privée. Tél. : 00.33.3.24.55.59.97 / GSM : 075.48.87.78.

00063 **AUDERGHEM** : Centre médical, ch. de Wavre, cherche **OPHTALMOLOGUE** - patientèle assurée, matériel sur place - heures à convenir. Tél. : 02/771.85.91.

00064 **FRANCE** : Centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue (Aveyron) cherche **GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN** pour 1 poste à temps partiel ou temps plein pour son service de gynécol.-obstétr. Contacter 00.33.5.65.65.31.55/58 (Dr Yassine) de préférence l'après-midi

Table des matières

• Pas d'acharnement euthanasique s.v.p. !	1
• Existe-t-il une solution idéale en matière d'assurance responsabilité civile pour le médecin?	2
• Le monopole des "soins globaux" ?	6
• New funds for cancer research 2000	8
• Communiqué de presse du F.N.R.S. – Prix scientifiques quinquennaux : période 1996-2000	8
• Club médical de Bruxelles – Suite du programme 2000	9
• Réunions scientifiques	10
• Annonces	11