
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° 7/ SEPTEMBRE 2000

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

NOUVEL ARRETE B6 EN PREPARATION

Les ministres AELVOET et VANDENBROUCKE ont soumis au Conseil national des établissements hospitaliers, un nouveau projet d'A.R. portant exécution de l'art. 94, troisième alinéa, de la loi sur les hôpitaux, en vue de financer au moyen du prix de journée, soit une partie, soit la totalité des frais résultant des récents accords sectoriels pour le personnel qui n'est pas lié au prix de journée, en d'autres termes le personnel qui est à la charge des honoraires médicaux.

Le système tel qu'il est prévu dans le projet présente de fortes similitudes avec celui qui avait été projeté en son temps (le 29.9.1992) par le ministre de l'époque des Affaires sociales, Philippe MOUREAUX, à savoir une attribution graduelle du financement partiel additionnel par le budget hospitalier, selon qu'un certain nombre de conditions sont remplies en matière de perception centrale des honoraires, de la communication des données financières et de l'intégration de l'activité médicale. Le Conseil d'Etat a en son temps annulé cet A.R., ce qui a eu pour conséquence que seul le fameux art. 139bis a été inséré dans la loi sur les hôpitaux, initialement par arrêté de pouvoirs spéciaux le 16.4.1997 avant d'être entériné par la loi du 12.12.1997. Cet "arrêté B6" est resté lettre morte, mais les indemnités B6 ont malgré tout continué à être versées sans problème. Pendant huit années. Les ministres ont dès lors tout intérêt à adopter un nouvel arrêté, ne fût-ce que pour être à nouveau en règle avec la constitution. Pourtant ...

Lors de la conclusion des accords sectoriels très importants pour le personnel hospitalier, le gouvernement avait pris l'engagement très clair que leur impact pour le personnel à charge des activités médicales serait financé intégralement par le prix de journée. A aucun moment, il n'a été question de conditions internes, ni d'un financement qui ne pourrait être que partiel. Le gouvernement revient donc ainsi sur la parole donnée!

Selon le projet, l'attribution de la part B6 du budget hospitalier serait définie grosso modo comme suit :

1. Sont concernés les "coûts résultant des avantages complémentaires prévus dans les accords sectoriels, qui sont octroyés au personnel hospitalier dont le financement est, en tout ou en partie, directement à charge des honoraires..."

Pour cette description, le fameux art. 139bis n'était même pas nécessaire, car l'objectif recherché était justement de permettre également l'imputation indirecte. La totalité de l'impact de l'imputation indirecte des accords sectoriels devrait donc être supportée par les médecins. Dès lors, rien qu'au niveau du principe, les ministres reviennent déjà sur leurs engagements. Remarque importante :

l'A.R. du 29.9.1992 du ministre MOUREAUX ne prévoyait nullement une telle limitation. C'est donc un choix de termes mûrement réfléchi du gouvernement actuel.

2. La moitié des frais (directs) précités se rapportant aux activités en relation avec des patients hospitalisés est financée par le budget des moyens financiers des hôpitaux, moyennant un certain nombre de conditions, parmi lesquelles :

- perception centrale par l'hôpital ou le conseil médical, de tous les honoraires se rapportant aux services médico-techniques et à des programmes de soins restant à définir,
- communication au ministère du volume des honoraires perçus centralement pour ces activités, avec ventilation des parts respectives des patients hospitalisés et ambulatoires,
- aperçu anonymisé des rapports juridiques (exécution Chapitre II du Titre IV de la loi sur les hôpitaux),
- note descriptive de l'affectation des honoraires de l'ensemble des services médico-techniques et des programmes de soins restant à définir.

3. L'ensemble des frais visés sous 2. (toujours uniquement les patients hospitalisés) est couvert par le budget de l'hôpital, à condition également que :

- au moins 70 % des médecins des services de chirurgie, de médecine interne, de biologie, de radiologie, d'anesthésiologie travaillent durant au moins 8 demi-jours/semaine exclusivement à l'hôpital au plus tard le 1.1.2001.
- un accord écrit soit établi, au plus tard le 1.1.2001, entre le gestionnaire et le conseil médical, concernant la perception centrale de tous les honoraires par l'hôpital.

4. Les frais des accords sectoriels sont également financés à hauteur de la moitié des activités ambulatoires par le budget de l'hôpital, à condition également que :

- 70 % des médecins de l'ensemble des services de consultation, des services médico-techniques ou de programmes de soins travaillent au moins 8 demi-jours/semaine à l'hôpital,
- l'affectation des honoraires pour l'ensemble des services de consultation soit communiquée,
- tous les honoraires des services de consultation, dont le personnel soit payé par l'hôpital, sont perçus centralement par l'hôpital ou par le conseil médical.

5. La totalité des frais des accords sectoriels est financée par le budget de l'hôpital, à condition également, au plus tard le 1.1.2001, que :

- tous les honoraires soient perçus centralement par l'hôpital,
- au moins 70 % des médecins hospitaliers travaillent exclusivement et à plein temps dans l'hôpital concerné.

* * * * *

L'avis du Conseil national des établissements hospitaliers est attendu pour la fin septembre. A l'heure actuelle, nous ne pouvons pas encore prévoir ce qui se passera par la suite. Avec ce projet, le gouvernement revient sur sa parole. Et la manière dont il le fait rend l'art. 139bis totalement superflu du point de vue juridique. On peut tout aussi bien le supprimer directement comme le gouvernement précédent l'avait promis.

Encore une dernière réflexion pour conclure : quand on sait que, durant huit années, les pouvoirs publics ont imposé des conditions illégales aux médecins hospitaliers pour verser des indemnités financières aux hôpitaux d'une façon tout aussi illégale, n'importe quel être sensé jugera les nouveaux accords conclus entre les conseils médicaux et les gestionnaires des hôpitaux tout aussi inutiles que les lois qui faisaient défaut.

DONNEES SE RAPPORTANT AUX ACTIVITES MEDICALES DANS LES HOPITAUX

Un Arrêté ministériel du 2.4.1999, portant encore la signature de l'ancien ministre de la Santé publique, M. COLLA, explicite le contenu des données statistiques et fixe les modalités de récolte et de transmission au Ministère de la Santé publique. Un A.M. daté du 24.7.2000 a été publié au M.B. du 7.9.2000 en application dudit arrêté. Le contenu de ces données statistiques y est adapté et modifié une nouvelle fois par l'actuel ministre de la Santé publique, notamment à la suite de l'évolution des programmes de soins et des nouveaux appareillages.

L'annexe volumineuse de l'A.M. (86 pages) contient un questionnaire très détaillé portant sur les différentes activités médicales qui y sont présentes ou assurées, sur la manière dont l'activité est organisée dans l'hôpital, sur les équipements disponibles, sur les ressources humaines, sur l'activité annuelle, sur l'organisation et la qualité, sur les aspects afférents à la formation, etc.

Le questionnaire est adressé sur support magnétique à la direction de l'hôpital. Les données sollicitées portent sur les thèmes énumérés ci-après. Les confrères souhaitant en savoir davantage sur le contenu du questionnaire ou sur les différentes questions de détail relatives à leurs activités spécifiques peuvent obtenir une copie sur simple demande à notre Secrétariat.

Sommaire des données statistiques se rapportant aux hôpitaux

I. INFORMATIONS A CARACTÈRE GÉNÉRAL	88
1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE L'ÉTABLISSEMENT	88
2. RESSOURCES HUMAINES	92
3. L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE	94
4. ACTIVITÉS SOCIALES	96
5. INFORMATIQUE ET TÉLÉMATIQUE MÉDICALE	98
6. LE DOSSIER DU PATIENT	100
II. DONNÉES RELATIVES AUX PROGRAMMES DE SOINS, SERVICES MEDICAUX ET MEDICO-TECHNIQUES, FONCTIONS ET SECTIONS	102
1. DONNÉES RELATIVES À L'IMAGERIE	102
2. DONNÉES RELATIVES À LA MEDECINE NUCLEAIRE IN VIVO	105
3. DONNÉES RELATIVES AU LABORATOIRE	106
4. DONNÉES RELATIVES À L'ANATOMOPATHOLOGIE	108
5. DONNÉES RELATIVES AUX SOINS D'URGENCES	109
6. DONNÉES RELATIVES AU BLOC OPERATOIRE	111
7. DONNÉES RELATIVES À LA PHARMACIE	113
8. DONNÉES RELATIVES À LA STÉRILISATION	115
9. DONNÉES RELATIVES À LA BANQUE DE SANG ET À LA TRANSFUSION	116
10. DONNÉES RELATIVES À LA BANQUE DE TISSUS	117
11. DONNÉES RELATIVES À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ	118
12. DONNÉES RELATIVES À LA MÉDECINE DE LA REPRODUCTION	124
13. DONNÉES RELATIVES À L'ENFANT	125
14. DONNÉES RELATIVES À LA MORT SUBITE DU NOURRISSON	127
15. DONNÉES RELATIVES AUX SOINS INTENSIFS	128
16. DONNÉES RELATIVES AUX UNITÉS ASEPTIQUES ET ISOLEMENT	130
17. DONNÉES RELATIVES À LA TRANSPLANTATION D'ORGANES	131
18. DONNÉES RELATIVES À LA NÉPHROLOGIE	132
19. DONNÉES RELATIVES AUX INTERVENTIONS CARDIAQUES	134
20. DONNÉES RELATIVES À L'ONCOLOGIE	138
21. DONNÉES RELATIVES AUX SOINS PALLIATIFS	142
22. DONNÉES RELATIVES À LA NEUROCHIRURGIE	144
23. DONNÉES RELATIVES À LA PSYCHIATRIE	146
24. DONNÉES RELATIVES AU PATIENT GÉRIATRIQUE	149
25. DONNÉES RELATIVES AUX SERVICES SP	151
26. DONNÉES RELATIVES À LA RÉADAPTATION FONCTIONNELLE	152
27. DONNÉES RELATIVES AUX GRANDS BRÛLÉS	153
28. DONNÉES RELATIVES AUX PSYCHOLOGUES DANS L'HÔPITAL	154
III. DONNÉES RELATIVES À LA FONCTION AMBULATOIRE	155
1. DONNÉES RELATIVES À LA POLYCLINIQUE	155
2. DONNÉES RELATIVES À L'HOSPITALISATION DE JOUR	157
3. SI LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EST UNE ACTIVITÉ DE L'HÔPITAL DE JOUR	158
IV. DONNÉES RELATIVES À L'ORGANISATION ET LA GESTION DE LA QUALITÉ	159

1. L'ASSURANCE DE QUALITÉ	159
2. ORGANISATION ET GESTION GÉNÉRALE DE LA QUALITÉ	161
3. LA QUALITÉ DU SERVICE AU PATIENT	164
4. LA QUALITÉ DU SERVICE AU GÉNÉRALISTE	164
NOTE EXPLICATIVE RELATIVE À L'ENQUÊTE STATISTIQUE	165

MODIFICATION DE LA LISTE DES FORFAITS HOSPITALIERS A PARTIR DU 1.10.2000 !

Certaines mesures adoptées par nos responsables politiques sont parfois éminemment intelligentes. On le voit à la lecture du Moniteur du 14.9.2000, et plus particulièrement de l'A.R. du 12.8.2000 qui, à en croire les explications ministérielles, devrait en fait déjà porter ses effets depuis le 1er juillet dernier et doit donc entrer en application de toute urgence le 1er octobre prochain.

Il a trait à la correction automatique d'un "risque constaté de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel" en ce qui concerne les prix de journée forfaitaire dans les hôpitaux généraux durant le 3e trimestre 1999. Conséquence : un montant de 106 millions qui doit être récupéré sur le budget 2000.

La décision ministérielle consiste à retirer quelque 7 prestations, dont une dépasse le plafond du K 120 (trépanation du maxillaire pour dent incluse - K130), des listes des prix de journée forfaitaire). Attendu que cette prestation doit, aux termes de l'art. 15 de la nomenclature, être réalisée en hôpital, elle doit donc désormais être effectuée en hospitalisation ordinaire. On est en droit de se demander si c'est conséquent et équilibré d'un point de vue budgétaire.

Une autre conséquence de l'impasse budgétaire des forfaits de journée est qu'un certain nombre de prestations qui, à la suite des modifications récentes apportées à la nomenclature de la dermatologie, ont maintenant un autre "intitulé", ne figurent plus dans les listes des prix de journée forfaitaire. Une petite négligence aux conséquences pour le moins fâcheuses.

En ce qui concerne l'hôpital de jour, il serait par conséquent opportun de revoir la réglementation en relation avec la limite du K120 pour les prestations chirurgicales, dans le sens de possibilités extra-hospitalières élargies. Mais cela, les parties à la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs s'en passeraient volontiers.

12 AOÛT 2000. - Arrêté royal portant application de l'article 51, § 3bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les prix de journée forfaitaire dans les hôpitaux généraux

[...]

Article 1er. Par dérogation à l'article 4, § 3, a), du deuxième avenant à la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, un montant égal à la moitié de la partie B2 du prix de la journée d'entretien d'un établissement hospitalier n'est pas dû pour les prestations suivantes :

245512 - 245523
Destruction par électrocoagulation d'une tumeur du bord marginal de la paupière N 60

317030 - 317041
Alvéolectomie étendue à une région d'au moins 6 dents K 42

317236 -317240
Extraction de dent incluse K 62,5

Art. 2. Par dérogation à l'article 4, § 4, a), du même avenant, un montant égal à la partie B2 du prix de la journée d'entretien d'un établissement hospitalier n'est pas dû pour la prestation suivante :

245792 - 245803
Blépharorrhaphie ou tarsorrhaphieN 125

et il est seulement dû un montant égal à la moitié de la partie B2 du prix de la journée d'entretien d'un établissement hospitalier pour la prestation suivante :

260271 - 260282
Cytoscopie avec ou sans prélèvement biopsique chez l'homme K 40

Art. 3. Par dérogation à l'article 4, § 5, du même avenant, il n'y a pas de forfait A dû pour la prestation suivante :

245770 - 245781
CanthoplastieN 125

et il n'y a pas de forfait B, mais seulement un montant égal à la partie B2 du prix de la journée d'entretien d'un établissement hospitalier est dû pour la prestation suivante :

312152 - 312163
Trépanation du maxillaire pour dent incluse, l'inclusion étant prouvée par radiographie préalable K 130

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

CONSENTEMENT ECLAIRE – DOCUMENT DE TRAVAIL POUR LE COMITE PERMANENT DES MEDECINS EUROPEENS

Introduction

La réunion d'avril 2000 de la Commission Ethique et Déontologie Médicale du Comité permanent des médecins européens (CP) a résolu d'aborder le problème du consentement éclairé dans le cadre des interventions et des traitements médicaux. L'on a mis sur pied un groupe de travail restreint dont les membres ont été consultés sur une première version de ce document au cours du mois de juillet 2000.

A la base de l'examen de ce problème, on trouve une préoccupation croissante, exprimée par les patients, les gouvernements et les médecins eux-mêmes, à savoir que pour toute une série de raisons, il se peut que le consentement des patients, face à une intervention et un traitement, ne s'obtienne pas convenablement, ce qui entraîne une situation dans laquelle le médecin peut intervenir sans le consentement complet, éclairé et valable du patient. Cette situation entraîne deux problèmes majeurs, à savoir, d'une part, que l'autonomie du patient n'est pas respectée et, d'autre part, que le médecin peut, par la suite, faire l'objet d'une action en justice.

Ces problèmes peuvent survenir dans toute une série de cas, y compris dans le cadre de la recherche. Cette situation peut se révéler particulièrement problématique dans le traitement d'enfants. La position de directives de pointe valables doit être également examinée. Cependant, l'objet du présent document est de promouvoir le dialogue avant une résolution éventuelle du CP sur le consentement en relation avec les aspects routiniers du traitement. Après une introduction, le document énumère un certain nombre de questions ou de thèmes sur lesquels le débat ultérieur pourrait se concentrer.

Les relations entre médecins et patients sont basées sur le concept du partenariat. De manière idéale, les décisions à propos du traitement médical sont prises par le biais d'une discussion au cours de laquelle les préférences et les besoins personnels du patient, ainsi que la compétence clinique du médecin se combinent de manière à choisir le meilleur traitement possible. Le respect

de l'autonomie du patient exige que le médecin qui recherche le consentement pour une procédure ou une intervention définie s'assure que le patient comprend parfaitement la procédure, ainsi que les risques et les bénéfices potentiels et qu'il est bien au courant de toutes les options existantes.

Toutefois, et malgré l'existence d'une large documentation concernant les *principes* du consentement, il arrive souvent que la conscience desdits principes ainsi que des conséquences *pratiques* se révèle inadéquate au niveau de la profession médicale. Aussi suggère-t-on que s'il est peut être utile de rappeler les principes fondamentaux d'autonomie et d'information, le principal résultat d'un réexamen devrait consister dans des méthodes qui permettent de conseiller les médecins sur la manière dont des principes existants peuvent être mis en œuvre dans la pratique. C'est ainsi, par exemple, que l'on attache une grande importance à la signature définitive figurant au bas d'un formulaire de consentement et que l'on s'attarde moins sur le processus qui se déroule avant l'obtention de la signature.

Principes clés

Les principes clés suivants sont proposés comme base de débat et/ou de consensus :

- Le consentement du patient doit être pleinement informé, volontaire et exempt de toute pression.
- Le consentement du patient est nécessaire dans tous les cas où le médecin souhaite entamer un examen, un traitement ou une autre intervention, sauf en cas d'urgence ou lorsque la loi prescrit qu'il en soit autrement.
- Le médecin qui recommande le traitement ou l'intervention doit fournir de manière responsable une explication au patient sur ce que la procédure implique, y compris l'examen des différentes options possibles en matière de traitement, des solutions de rechange existantes, du pronostic et des risques associés à l'intervention, de même que l'obtention de l'accord du patient. Si c'est un autre médecin qui administre le traitement, celui-ci doit fournir de plus amples explications si celles-ci sont nécessaires ou au moins se convaincre que le patient a été suffisamment informé.
- Le consentement peut être verbal, écrit ou approuvé par une personne qui comprend ce qui va être entrepris.
- Les informations fournies par les médecins à chaque patient varieront en fonction de facteurs comme le type d'état, la complexité du traitement, les risques associés au traitement et à la procédure ou les desiderata personnels du patient. Nous sommes bien conscients que les approches peuvent également varier en fonction de la culture du patient.
- En milieu hospitalier, le premier médecin à obtenir un consentement sera normalement le clinicien en chef, qu'il travaille seul ou au sein d'une équipe, qui a accepté la responsabilité des soins à donner au patient. Dans de nombreux cas, la tâche qui consiste à réaffirmer ce consentement sera le fait d'un candidat spécialiste. Au Royaume-Uni du moins, on se préoccupe du fait que ces tâches sont actuellement déléguées à des médecins qui ne possèdent pas la formation ad hoc et n'ont pas les compétences suffisantes pour expliquer les procédures impliquées.
- Les patients compétents ont le droit de refuser leur consentement à un traitement, même si ceci peut entraîner des lésions corporelles permanentes ou la mort.
- Des fiches d'information peuvent être très précieuses en ce qu'elles aident les patients à comprendre l'intervention proposée et en ce qu'elles permettent de rechercher le consentement nécessaire. La valeur de ces informations dépend étroitement du langage utilisé. L'utilisation d'un jargon et d'une terminologie technique, par exemple, ne contribue pas à la compréhension du patient.
- La recherche du consentement du patient prend du temps, notamment lorsque l'intervention proposée est grave et/ou comporte des risques significatifs. Le plus grand problème auquel les médecins sont confrontés lors de la recherche du consentement du patient est de trouver le temps de fournir des explications appropriées au patient concernant la nature du traitement ou

de la procédure recommandé(e). Il est important que les professionnels de la santé s'assurent qu'ils disposent bien des ressources appropriées à cet effet.

Considérations pratiques

La British Medical Association, lors de l'examen du problème du consentement éclairé, a conçu cette année un guide pratique sur le consentement, destiné aux médecins et qui se présente sous une forme pratique. La BMA a décrit ce guide comme une "boîte à outils", autrement dit un aide mémoire qui guide des médecins très occupés tout au long des mesures pratiques essentielles qu'ils doivent prendre. Actuellement, la BMA procède à des entretiens avec le Ministère britannique de la Santé concernant l'identification de la forme la plus pratique qui pourrait être donnée à ce guide de manière à lui conférer la plus grande utilité possible. Si le contenu réel de cette "boîte à outils" s'applique clairement à la pratique britannique, le concept d'un tel document pourrait intéresser d'autres institutions européennes. On ne prétend pas de fournir un guide définitif sur tous les problèmes connexes au consentement. La "boîte à outils" se présente sous forme de fiches qui se rapportent à la guidance utile qui pourrait être consultée. Au Royaume-Uni, ceci comprendra les conseils de la BMA, du Conseil médical général ainsi que des facultés de médecine (Royal Colleges). Ce 'kit' peut aussi prendre la forme de fiches plastifiées, d'affiches ou de documents pour rétroprojection. On le trouvera aussi d'ici peu sur le site web de la BMA : "<http://www.bma.org.uk/>".

Enseignement

En définitive, l'introduction de directives, de déclarations politiques ainsi que l'utilisation de fiches et de documents d'information ne seront véritablement efficaces et n'entraîneront une véritable amélioration en pratique que si ces innovations sont soutenues par une formation et une évaluation appropriées. L'enseignement est nécessaire à tous les niveaux de la profession médicale de manière à améliorer la pratique de l'obtention du consentement. Cet enseignement ne doit pas être limité aux principes éthiques et légaux liés au consentement, mais doit également concerner les compétences des médecins en matière de communication.

Ceci signifie aussi que l'on évalue le type d'enseignement actuellement dispensé aux étudiants en médecine qui préparent leur licence. En général, on a supposé que si les connaissances et les procédures techniques devraient être enseignées de manière active, les compétences qui permettent de les appliquer en pratique peuvent être acquises simplement par l'observation de praticiens expérimentés. Concernant l'obtention du consentement, les cours devraient avoir une base plus pratique.

Lorsqu'elle a entrepris son travail sur le consentement, la BMA a procédé à une étude de l'enseignement prodigué par les établissements médicaux au Royaume-Uni dans ce domaine et s'est aperçue qu'en général, le consentement est abordé de plusieurs façons. Le plus souvent, ce problème est abordé soit dans le cadre de conférences et de séminaires formels sur l'éthique et la législation, ou au cours de sessions consacrées aux compétences en matière de communication ou sous l'une et l'autre de ces formes. Comme on peut sans doute bien le comprendre, les premières années placent plutôt l'accent sur les aspects théoriques ou cliniques de l'obtention du consentement, alors que lors des dernières années se concentrent sur des situations pratiques. L'importance d'un consentement valable est ensuite réaffirmée pendant les stages cliniques, parfois accompagnés de cours et d'évaluations supplémentaires.

De nombreux établissements médicaux au Royaume-Uni ont déjà mis au point toute une série de méthodes interactives et innovatrices pour l'enseignement du consentement, y compris l'utilisation de jeux de rôle, d'enregistrements vidéo, d'un apprentissage basé sur les problèmes et de simulation de patients. Ces développements doivent être encouragés. Les étudiants en médecine doivent être conscients de l'importance du consentement du patient dès le moment où ils commencent à suivre les cours de licence. La nécessité du respect du consentement du patient doit être renforcée à toutes les occasions. L'enseignement du consentement doit aborder les difficultés pratiques auxquelles les médecins peuvent être confrontés dans l'environnement

clinique, y compris les cas où un médecin considère qu'il ne dispose pas des compétences nécessaires à la recherche du consentement dans le cadre d'une intervention médicale particulière.

Il est important de souligner que ces compétences doivent être développées et maintenues tout au long d'une carrière médicale, que ce soit lors de formation ou à un niveau supérieur. Les médecins en chef ont pour responsabilité d'informer les internes sur l'obtention du consentement. Ces médecins doivent s'assurer qu'ils disposent bien des compétences nécessaires pour accomplir cette tâche. Il faut également les encourager à prendre conscience de leurs besoins fluctuants au fur et à mesure du développement de leur carrière et de leurs intérêts de spécialiste et à tenir à niveau leurs compétences en matière de communication comme ils le font pour leurs compétences médicales.

Questions pour le CP

1. Dans ce document, nous avons fait allusion au débat qui a cours actuellement au Royaume-Uni. Des débats similaires ont-ils lieu également dans d'autres pays européens ?
2. Les délégations sont-elles d'accord sur le fait que le consentement du patient doit être basé sur la mise à la disposition des patients des informations les plus complètes possibles ?
3. Compte tenu des différences culturelles qui influenceront les différentes approches de ce thème, les délégations peuvent-elle se mettre d'accord sur un ensemble minimum de principes communs qui constitueront la base d'une déclaration du CP ?

Calendrier suggéré

Après un échange de vues initial lors de la réunion de la Commission à Helsinki, nous suggérons de demander aux délégations de répondre par écrit aux trois questions posées ci-dessus. Le cas échéant, le groupe de travail prendra l'initiative de la rédaction d'un projet de déclaration à approuver lors de la session du CP au printemps 2001.

Michael Wilks, délégation britannique
Juillet 2000

LA LOI SUR LES MUTUALITES EST MODIFIEE EN PROFONDEUR

La loi-programme portant des dispositions sociales du 12 août 2000 (M.B. du 31.08.2000) contient plus de trente articles modifiant et adaptant la Loi relative aux mutualités du 6.8.1990, notamment à l'évolution dans le cadre de l'assurance-maladie et aux différents types de services qui ont surgi au cours de la décennie écoulée. Il s'agit parfois de modifications très importantes. Ainsi, l'assemblée générale d'une mutualité peut décider de la mutation vers une autre union nationale pour autant que cette dernière soit d'accord.

Un chapitre Vbis, inséré par l'art. 156 de la loi-programme portant des dispositions sociales, définit le délai de prescription pour les interventions financières et indemnités hors du cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

- L'action en paiement de ces interventions financières se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le droit au paiement est né.

- L'action en récupération de la valeur des interventions financières indûment octroyées se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

Cette prescription n'est toutefois pas applicable lorsque l'octroi indu d'interventions financières a été provoqué par des manoeuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

- Une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre la prescription. L'interruption peut être renouvelée.

- La prescription est suspendue pour cause de force majeure.

Selon nous, les nouveaux articles 43 quater et 43 quinquies (art. 152 et 153 de la loi-programme portant des dispositions sociales), ainsi que les nouveaux articles 60 à 60 quinquies (art. 162 et 163 loi-progr. disp. soc.) déterminant les sanctions imposées par l'office de contrôle à une mutualité ou à une union nationale, sont très importants :

12 AOUT 2000. - Loi portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses

[...]

Art. 152

Un article 43quater, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi :

« § 1er. Pour l'application de la présente loi, on entend par :

1° publicité : toute forme de communication dans le but direct ou indirect de promouvoir, soit l'affiliation à une mutualité ou la mutualité elle-même, soit un service, au sens des articles 3, alinéa 1er, b) et c), et 7, § 4, organisé par une mutualité, une union nationale ou une personne juridique avec laquelle la mutualité ou l'union nationale a conclu un accord de collaboration;

2° publicité comparative : toute publicité qui de manière directe ou indirecte, explicite ou implicite, identifie, par comparaison, une ou plusieurs autre(s) mutualité(s) ou union(s) nationale(s) ou un service visé au 1°;

3° publicité trompeuse : toute publicité qui, d'une manière quelconque, y compris sa présentation, induit en erreur ou est susceptible d'induire en erreur et qui, en raison de ce caractère trompeur, est susceptible d'affecter le comportement des membres ou qui, pour ces raisons, porte préjudice ou est susceptible de porter préjudice à une ou plusieurs autre(s) mutualité(s) ou union(s) nationale(s).

§ 2. Toute publicité comparative ou trompeuse dans le chef d'une mutualité ou d'une union nationale est interdite.

§ 3. Il est également interdit, dans le chef d'une mutualité ou d'une union nationale, d'effectuer de la publicité :

1° relative au contenu de dispositions statutaires qui n'ont pas encore été approuvées par l'office de contrôle;

2° sous une autre dénomination que celle reprise dans les statuts.

§ 4. Pour l'application de la présente loi, est également considérée comme une publicité dans le chef d'une mutualité ou d'une union nationale, une publicité, visée aux §§ 2 et 3, effectuée par une personne juridique avec laquelle la mutualité ou l'union nationale a conclu un accord de collaboration, par une société mutualiste visée à l'article 43bis ou par tout autre tiers. ».

Art. 153

Un article 43quinquies, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi :

« Il est interdit aux mutualités et aux unions nationales de mutualités d'accorder des avantages de nature à inciter à des mutations individuelles, telles que visées aux articles 255 à 274 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que d'accorder des avantages de nature à inciter des personnes, inscrites en qualité de personnes à charge dans une mutualité, à devenir membres de la même mutualité.

Pour l'application de la présente loi, sont également considérés comme des avantages visés à l'alinéa 1er, les avantages de même nature qui sont accordés par une personne juridique avec laquelle la mutualité ou l'union nationale a conclu un accord de collaboration ou par une société mutualiste visée à l'article 43bis.

Le Conseil de l'office de contrôle fixe les conditions dans lesquelles l'octroi des avantages des services visés aux articles 3, alinéa 1er, b), et c), et 7, § 4, qu'il détermine est considéré comme l'octroi d'avantages visés à l'alinéa 1er. ».

[...]

Art. 162

L'article 60 de la même loi est remplacé par la disposition suivante :

« Lorsque le Conseil de l'office de contrôle constate qu'une union nationale ou une mutualité qui lui est affiliée n'agit pas suivant ses objectifs statutaires ou ne respecte pas les obligations imposées par la présente loi ou ses arrêtés d'exécution ou les dispositions comptables et financières de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, précitée, il peut, par décision motivée, en fonction de la nature et de la gravité de l'infraction :

1° prononcer, à charge de l'union nationale, une amende administrative prévue à l'article 60bis;

2° s'il ne s'agit pas d'une infraction visée à l'article 60bis, octroyer à l'union nationale ou à la mutualité, afin de régulariser la situation, un délai dont il fixe la durée et qui prend cours à la date de notification de la décision et prononcer à charge de l'union nationale, lorsque la régularisation demandée n'est pas effectuée à l'issue du délai octroyé, une amende administrative prévue à l'article 60ter, alinéa 2;

3° nommer un commissaire spécial;

4° retirer l'agrément du service concerné.

Le prononcé d'une amende administrative en exécution de cet article est exécutoire de plein droit. ».

Art. 163

Les articles 60bis à 60quinquies, rédigés comme suit, sont insérés dans la même loi :

« Art. 60bis. - Une amende administrative de 2 000 francs belges à 10 000 francs belges peut être prononcée par avantage octroyé en infraction aux dispositions de l'article 43quinquies.

Une amende administrative de 4 000 francs belges à 20 000 francs belges peut être prononcée pour chaque manquement aux dispositions de l'article 17, § 2.

Une amende administrative de 20 000 francs belges à 100 000 francs belges peut être prononcée :

1° pour toute publicité comparative effectuée en infraction aux dispositions de l'article 43quater, § 2;

2° pour toute publicité effectuée en infraction aux dispositions de l'article 43quater, § 3.

Une amende administrative de 60 000 francs belges à 300 000 francs belges peut être prononcée pour chaque infraction commise aux dispositions de l'article 43ter.

Une amende administrative de 100 000 francs belges à 500 000 francs belges peut être prononcée pour toute publicité trompeuse effectuée en infraction aux dispositions de l'article 43quater, § 2.

Art. 60ter. - Lorsqu'en application de l'article 60, 2°, un délai est octroyé à une mutualité pour régulariser une situation, le conseil de l'office de contrôle en informe l'union nationale à laquelle elle est affiliée. Celle-ci peut décider de suspendre l'exercice des compétences des organes de la mutualité et de s'y substituer pendant une période déterminée en vue de procéder à la régularisation.

Lorsqu'à l'issue dudit délai, la régularisation demandée n'est pas effectuée par la mutualité ou l'union nationale, l'union nationale encourt une amende administrative de 500 francs belges à 5 000 francs belges par jour, à compter du lendemain du jour de l'expiration du délai et jusqu'à la régularisation complète.

Art. 60quater. - Le Roi fixe, sur la proposition du conseil de l'office de contrôle, la procédure relative au prononcé, aux délais et modalités de paiement des amendes administratives prévues par la présente loi.

En cas de concours de plusieurs infractions visées à l'article 60bis et en cas de concours d'une ou plusieurs de ces infractions avec une infraction sanctionnée par une amende administrative visée à l'article 60ter, alinéa 2, les montants des amendes administratives sont cumulés sans qu'ils puissent cependant excéder 800 000 francs belges.

En cas de récidive dans l'année qui suit le prononcé, l'amende administrative du chef de la nouvelle infraction est au minimum portée au double de l'amende dernièrement infligée, sans toutefois pouvoir dépasser le montant maximal prévu pour l'infraction concernée par l'article 60bis ou l'article 60ter, alinéa 2.

Une amende administrative ne peut plus être prononcée deux ans après que le fait constitutif de l'infraction a été commis. La prescription est interrompue par l'office de contrôle en notifiant, par lettre recommandée, la constatation de l'infraction. L'interruption peut être renouvelée.

Le produit des amendes administratives revient à l'office de contrôle.

Art. 60quinquies. - § 1er. L'union nationale qui conteste la décision par laquelle est prononcée une amende administrative introduit, à peine de déchéance, un recours par voie de requête devant le tribunal du travail compétent dans le mois de la notification de la décision.

L'action introduite devant le tribunal du travail n'est pas suspensive.

§ 2. Un appel peut être interjeté auprès du ministre par la mutualité ou l'union nationale à l'encontre des décisions prises conformément à l'article 60, 3°.

L'appel visé à l'alinéa 1er doit être interjeté dans les quinze jours civils qui suivent la notification de la décision. Il n'est pas suspensif.

Le ministre statue dans les trente jours civils qui suivent l'appel. ».

REGLES INTERPRETATIVES DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTE - INAMI (M.B. du 27.7.2000 - Ed. 2)

Sur proposition du Conseil technique des Implants du 27 janvier 2000 et du 23 mai 2000 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 19 juin 2000 les règles interprétatives suivantes :

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 28, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Peut-on porter en compte deux fois la prestation n° 612334 - 612345 Utilisation temporaire d'un cathéter-électrode intra-cavitaire ou intra-oesophagien pour entraînement électro-systolique du coeur... Y 61 en cas d'utilisation, au cours de la même intervention, de deux cathéters-électrodes pour entraînement systolique du coeur ?

REPONSE

La prestation n° 612334 - 612345 Utilisation temporaire d'un cathéter-électrode intra-cavitaire ou intra-oesophagien pour entraînement électro-systolique du coeur... Y 61 ne peut être remboursée qu'une fois. Cette prestation doit être considérée comme un forfait valable pour une même période continue d'entraînement systolique du coeur.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Prothèse articulaire des doigts en silicone médicale.

REPONSE

La prothèse articulaire des doigts en silicone médicale peut être tarifée sous le n° 638875 - 638886 tarse et carpe : prothèse articulaire en silicone pour utilisation médicale... Y 64.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Remplacement d'un osselet du carpe par un implant artificiel (par exemple : os semi-lunaire ou os scaphoïde en silicone).

REPONSE

Le matériel implanté est à tarifier sous le n° 638853 - 638864 Prothèse de l'os semi-lunaire cobalt/chrome ou titane... Y 220.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Comment faut-il tarifier les stents fémoraux ou poplités ?

REPONSE

Ces stents doivent être attestés sous le numéro 613830 - 613841 Tuteur pour angioplastie : tuteur iliaque isolé... Y 600 ou sous le numéro 613852 - 613863 Tuteur pour angioplastie : tuteur iliaque avec ballonnets de mise en place... Y 900, selon le cas.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

La prestation 612850 - 612861 Set d'auto-transfusion sanguine pour les prestations 229014 - 229025, 229051 - 229062, 229073 - 229084 ... peut-elle être attestée lors de la réalisation des prestations suivantes :

229596 - 229600

Opération sur le coeur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte la plastie ou la mise en place d'une valve artificielle, avec circulation extra-corporelle.

229611 - 229622

Revascularisation myocardique effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuel(s) bypass veineux associé(s).

229574 - 229585

Revascularisation myocardique par anastomose à l'aide de l'artère mammaire interne, utilisant les deux artères mammaires ou l'implantation d'une artère mammaire sous forme de pontages séquentiels.

REPONSE

Avant leur introduction dans la nomenclature des prestations de santé, les prestations 229596 - 229600, 229611 - 229622 et 229574 - 229585 étaient prévues sous le numéro de code 229014 - 229025 Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques sous circulation extra-corporelle, qui, lui, est bien cité dans le libellé de la prestation 612850 - 612861 Set d'autotransfusion sanguine pour les prestations 229014 - 229025,

Les différentes composantes issues de la prestation 229014 - 229025 peuvent aussi donner lieu au remboursement de la prestation 612850 - 612861.

La prestation 612850 - 612861 peut dès lors être attestée lors de la réalisation des prestations 229596 - 229600, 229611 - 229622 ou 229574 - 229585.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Comment faut-il tarifier un filet implantable utilisé comme point d'ancrage lors d'une cure de cystocèle ?

REPONSE

Le filet implantable peut être attesté par assimilation, sous le numéro de code 612371 - 612382 Filet implantable pour réparation de hernie ou éventration, par 10 cm²,... Y 2, quelle que soit la nature de la déféctuosité.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Comment faut-il tarifier une cage (inter)vertébrale ?

REPONSE

Cet implant peut être attesté par assimilation sous le numéro de nomenclature 637954 - 637965 Cadre,... Y 300.

Les règles interprétatives précitées sont d'application 10 jours après leur publication au Moniteur Belge et remplacent les règles interprétatives reprises dans la rubrique 602 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Fr. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

Sur proposition de la Commission de convention orthopédistes-organismes assureurs du 21 mars 2000 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 19 juin 2000 les règles interprétatives suivantes :

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 29 de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Une sangle de Glisson (système de traction) est-elle cumulable avec un collier ?

REPONSE

Dans le cas présent, le cumul peut être autorisé; il s'agit en effet de deux articles préfab du même groupe et donc de la même topographie mais ayant des fonctions différentes.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Le collier cervical de « Push » est-il considéré comme un collier en mousse ou comme un collier de type Schanz ?

REPONSE

Le collier cervical de « Push » doit, par assimilation, être tarifé sous la prestation n° 645175 Collier souple... T 26,15.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Comment faut-il tarifier un corset de type « OVALE » ?

REPONSE

Le corset de type « OVALE » doit être tarifé sous le numéro de prestation 645654 O.L.S. d'appui, de correction passive (type BOB)... T 325,77.

Le corset peut être cumulé avec la prestation 646590 Pelote pneumatique pour corset... T 77,75.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

La pelote pneumatique gonflable peut-elle être combinée avec un appareil sur mesure ?

REPONSE

La prestation n° 646590 Pelote pneumatique pour corset... T 77,75 ne peut pas être cumulée avec une prestation « sur mesure », sauf avec l'accord préalable du médecin-conseil, comme le prévoit l'article 29, § 4, de la nomenclature, pour le cumul des appareils préfabriqués et des appareils sur mesure.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

a) Comment doit-on tarifier un appareil de genou Lennox Hill ou Donjoy sur mesure ?

b) Comment doit-on tarifier un CTI, Lennox Hill, Performer, GEN II sur moulage qui n'est pas confectionné dans son propre atelier ?

REPONSE

a) Les appareils de genou Lennox Hill et Donjoy sont des articles préfabriqués; ils doivent donc être tarifés comme tels sous les numéros réservés aux articles préfab.

Lesdits appareils ne peuvent jamais être tarifés comme des articles manufacturés.

b) Les appareils CTI, Lennox Hill, Performer, GEN II et les produits analogues sur moulage doivent être fournis et tarifés comme des articles préfab.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Accessoires et suppléments pour orthèses de paraplégique pour un membre ou les deux ?

REPONSE

Les accessoires se rapportant à un membre sont tarifés une fois par membre.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Sous quel numéro de code tarifie-t-on un Sarmiento brace pour la jambe ?

REPONSE

Le Sarmiento brace est un appareil préfabriqué et doit être tarifé sous le numéro de prestation 647334 Fracture bracing... T 458,34.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Après une opération du genou, un appareil de genou est placé et attesté sous le numéro de code 647614 Appareil de genou avec segment-cuisse et mollet, à charnière réglable (BIII 1)... T 230,07.

Chez certains patients, quelques mois après la délivrance de l'appareil, le médecin prescrit un appareil définitif attestable sous le numéro de code 647592 Appareil de genou robuste avec structure fixe prenant toute la circonférence de la cuisse et du mollet, à charnières, réglable ou non (BIII 1)... T 575,17.

REPONSE

Les prestations nos

647592

Appareil de genou robuste, avec structure fixe prenant toute la circonférence de la cuisse et du mollet, à charnières, réglable ou non (BIII 1) T 575,17
et

647614

Appareil de genou avec segment-cuisse et mollet, à charnière réglable (BIII 1) T 230,07
ne peuvent pas être cumulées dans les délais fixés à l'article 29, § 4, de la nomenclature des prestations de santé. Il s'agit en l'occurrence d'appareils remplissant une fonction thérapeutique analogue et repris dans le même groupe principal et la même topographie.

Dans le cas d'une pathologie évolutive, si un deuxième appareil est prescrit pendant la durée du délai de renouvellement, seul un des deux appareils est remboursable.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Lors de la confection d'un IMF en cas de suture d'un tendon extenseur ou fléchisseur du doigt, le poignet doit être tenu en flexion ou en extension.

Que peut-on attester comme segment-poignet ?

REPONSE

En cas de suture d'un tendon extenseur ou fléchisseur du doigt, un IMF pour tenir le doigt en flexion ou en extension doit être tarifé sous le numéro de prestation 649390 Segment-main et doigt : ce segment n'est pris en considération que si l'appareillage de la main et des doigts est conçu d'une pièce, c'est-à-dire si les doigts sont pris ensemble et non séparément. Ce poste peut être une partie d'un appareil avec d'autres segments plus proximaux... T 36,37.

Le remboursement du segment-poignet n'est pas prévu dans la catégorie IMF.

Le segment-poignet et avant-bras est prévu sous le numéro 649633 Segment du poignet et de l'avant-bras... T 45,23 pour autant qu'il remonte jusqu'aux deux tiers proximaux de l'avant-bras (C VII 1). Cette prestation peut être ajoutée au segment main et doigt.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

La nomenclature mentionne-t-elle encore un appareil anti-hallux valgus ?

REPONSE

L'appareil redresseur pour hallux valgus est prévu au numéro de code 650510 (préfab).

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

N'existe-t-il plus d'appareils de nuit ?

REPONSE

Les appareils de nuit sont repris sous la rubrique D. Orthèses spécifiques.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

La prestation n° 650495 Chausson articulé à traction-ressort ou à tension réglable (maximum 3 par pied, par an)... T 117,67 est-elle remboursée par année et, dans l'affirmative, que faut-il tarifer pour un chausson ?

REPONSE

La prestation n° 650495 peut être remboursée au maximum trois fois par pied et par an.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

En cas de fourniture d'une nouvelle prothèse de la cuisse de type tubulaire (651770), la garniture en mousse (652256) est-elle comprise ou doit-elle être ajoutée ?

REPONSE

L'attestation d'une nouvelle prothèse de la cuisse couvre la garniture en mousse. Par conséquent, dans le cas présent, la prestation n° 652256 Garniture de mousse pour prothèse tubulaire, par année... T 118,12 ne peut être tarifée en sus.

La prestation n° 652256 ne peut être tarifée qu'un an après la fourniture de la prothèse proprement dite.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Bas pour brûlures :

- comment les tarifer et les demander ?
- de quels numéros de la nomenclature relèvent-ils ?

REPONSE

Les conditions de remboursement des vêtements compressifs et des masques pour grands brûlés figurent à l'article 29, § 18, a), de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

Aux termes de la nomenclature, article 29, § 4, B, 2°, les articles préfabriqués ne sont pas cumulables avec les articles manufacturés, sauf...

Cette règle vaut-elle aussi pour les orthèses du membre inférieur qui doivent être munies de chaussures orthopédiques ?

REPONSE

Les règles figurant à l'article 29, § 4, de la nomenclature ne sont pas d'application pour les chaussures orthopédiques, pour lesquelles des règles spécifiques ont été établies.

Les prestations n° 653612 Chaussures orthopédiques. Une paire de chaussures de marche pour enfants jusqu'à 4 ans inclus (maximum 3 paires, par an)... T 82 et n°653634 Chaussures orthopédiques. Une paire de chaussures de marche pour enfants à partir de 5 ans (maximum 2 paires, par an)... T 82 peuvent être combinées avec des appareils orthopédiques sur mesure du membre inférieur.

La prestation 650495 Chausson articulé à traction-ressort ou à tension réglable (maximum 3 par pied par an)... T 117,67 ne peut être combinée qu'avec les appareils repris sous D. Orthèses Spécifiques, Groupe principal III.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

Qu'est-ce qu'un secteur, comme mentionné dans les prestations de l'article 29 de la nomenclature ?.

REPONSE

On entend par secteur un système permettant de régler progressivement les mouvements des articulations.

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

En cas de pied valgus + torsio tibiae, une orthèse spécifique est appliquée comme appareil de nuit. Pendant la journée, des formes droites sont portées (chaussures thérapeutiques). De quelle façon faut-il tarifer cette combinaison, étant donné qu'il s'agit d'une même affection ?

REPONSE

Le cumul est autorisé. Les chaussures orthopédiques ne sont pas visées par les règles de cumul reprises à l'article 29, § 4, de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

Un appareil définitif peut-il être appliqué et tarifé après la pose d'un IMF ?

REPONSE

L'immédiate fitting (IMF) peut être tarifé pour autant qu'il soit indiqué de placer directement sur le patient, un appareillage à usage temporaire.

Si le patient est ensuite appareillé d'une orthèse définitive, celle-ci peut être tarifée en tant que telle, vu que la nomenclature des prestations de santé ne fixe aucun délai de renouvellement pour les appareils IMF et qu'elle ne prévoit aucune interdiction de cumul entre les appareils IMF et les appareils sur mesure.

REGLE INTERPRETATIVE 19

QUESTION

La nomenclature prévoit la possibilité de rembourser un fût supplémentaire en cas de réamputation, d'intervention chirurgicale sur le moignon ou de modification importante du moignon. Qui est compétent pour autoriser le remboursement de cette prestation ?

REPONSE

La décision quant à l'octroi du remboursement d'un fût supplémentaire en cas de réamputation, d'intervention chirurgicale sur le moignon ou de modification importante du moignon, relève de la compétence du médecin-conseil.

Par exemple : les prestations n°s 652271, 652293, 652315 et suivantes et 653192, 653214 et 653236.

REGLE INTERPRETATIVE 20

QUESTION

Si un médecin-spécialiste prescrit une prestation sur mesure, le dispensateur doit-il effectuer ce travail sur mesure ou doit-il envisager la fourniture de matériel préfab ?

REPONSE

Le médecin traitant et prescripteur décide de l'indication médicale et de la thérapie à adopter en concertation avec le dispensateur de soins qui a l'obligation de procéder à l'exécution la mieux adaptée.

La prescription d'un article sur mesure n'exempte pas le dispensateur de soins de joindre une motivation circonstanciée à l'attestation de fournitures et l'intervention de l'assurance n'est soumise à l'accord du médecin-conseil avant le remboursement que lorsqu'il y a le choix entre le préfab et le « sur mesure ».

Les règles interprétatives précitées sont d'application 10 jours après leur publication au Moniteur Belge et remplacent les règles interprétatives reprises dans la rubrique 603 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Fr. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

Sur proposition de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs du 21 mars 2000 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 19 juin 2000 les règles interprétatives suivantes :

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 27 de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1.

QUESTION

Ceinture abdominale sur mesure : règles de cumul.

REPONSE

601311

Tour des hanches inférieur à 1 m Y 81,75

La ceinture abdominale prévue sous les numéros 601311, 601333, 601355 et 601370 est cumulable avec la ceinture prévue sous le numéro de code :

641012

Ceinture de fixation réglable pour colostomie, iléostomie, urétérostomie et cystostomie, y compris la plaque de contention éventuelle Y 6,80

Le cas doit répondre aux critères prévus pour les deux appareils.

601414

Pelote pour ptose rénale ou hernie inguinale Y 7,63

Cette prestation n'est pas cumulable avec un bandage herniaire.

601436

Pelote pour éventration Y 10,9

Cette pelote ne peut jamais accompagner qu'une ceinture abdominale.

REGLE INTERPRETATIVE 2.

QUESTION

Quelle est l'intervention de l'assurance pour un bandage pour hernie inguinale bilatérale lorsqu'un assuré a obtenu un an avant le remboursement d'un bandage pour hernie inguinale unilatérale ?

REPONSE

Il faut considérer qu'il s'agit d'un nouveau bandage et rembourser la prestation n° 601090 ... Y 13,08 ou n° 601112 ... Y 70,85.

Les règles interprétatives précitées sont d'application 10 jours après leur publication au Moniteur belge et remplacent les règles interprétatives reprises dans la rubrique 601 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Fr. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

NOMBRE MAXIMAL DE SERVICES DE RADIOTHERAPIE

9 JUILLET 2000. - Arrêté royal fixant le nombre maximal de services de radiothérapie pouvant être mis en service (M.B. du 30.8.2000 - Ed. 2)

[...]

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 44ter, inséré par la loi du 21 décembre 1994;

Vu l'arrêté royal du 5 avril 1991 fixant les normes auxquelles un service de radio-thérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifié par l'arrêté royal du 17 octobre 1991;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 27 avril 2000;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 16 mai 2000;

Vu la décision du Conseil des Ministres du 26 mai 2000 relative à la demande d'avis ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, émis le 20 juin 2000 en application de l'article 84, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et de Notre Ministre des Affaires sociales et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par « services de radiothérapie » : les services de radiothérapie visés à l'article 3, §§ 1^{er}, et 1^{er}bis, de l'arrêté royal du 5 avril 1991 fixant les normes auxquelles le service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Art. 2. Le nombre de services de radiothérapie est limité au nombre de services agréés à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté, conformément à l'arrêté visé à l'article 1^{er}.

Le nombre de services de radiothérapie qui, dans leur ensemble, répondent aux normes d'agrément et ont obtenu un agrément en application de l'article 3, § 1^{er}bis de l'arrêté précité du 5 avril 1991, est également limité au nombre de services qui sont exploités à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge et cesse d'être en vigueur six mois après cette date.

Art. 4. Notre Ministre de la Santé publique et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donne à Bruxelles, le 9 juillet 2000.

ALBERT
Par le Roi :
Le Ministre de la Santé publique,
Mme M. AELVOET
Le Ministre des Affaires sociales,
F. VANDENBROUCKE

REGLEMENT INAMI : "HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE"

19 JUIN 2000. - Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 5.9.2000)

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 9, § 7, modifié par le règlement du 11 juin 1979 et par le règlement du 26 avril 1999;

Après en avoir délibéré en sa séance du 19 juin 2000,

Arrête :

Article 1er. L'article 9, § 7, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est complété par un troisième tiret libellé comme suit :

« - les journées d'absence à visée thérapeutique accordées dans le cadre de l'application des conventions nationales susvisées dans les établissements et services psychiatriques sont

également censées ne pas interrompre l'hospitalisation. Les établissements et services psychiatriques sont toutefois tenus d'informer l'organisme assureur du bénéficiaire de la prise de congé ».

Art. 2. Ce règlement produit ses effets le 1er avril 2000.

Bruxelles, le 19 juin 2000.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

LA CARTE SIS NE SERAIT PLUS LIEE AU TIERS-PAYANT?

L'article 26 de la loi-programme portant des dispositions sociales du 12 août 2000 (M.B. du 31.8.2000) modifie le deuxième alinéa de l'article 5 de l'A.R. du 18.12.1996 portant des mesures en vue d'instaurer une carte d'identité sociale à l'usage des assurés sociaux, et ce comme suit :

« Les personnes physiques ou morales visées à l'article 2, n), (n.d.l.r. : les "dispensateurs de soins") de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (n.d.l.r. : la "loi INAMI") précitée peuvent faire usage de la carte d'identité sociale des assurés sociaux avec lesquels elles sont en rapport. ».

Le texte initial de l'art. 5 prévoyait que seules les personnes physiques ou morales précitées qui appliquent le régime du tiers-payant, pouvaient faire usage, pour l'accomplissement de leurs obligations en matière de tiers-payant, de la carte SIS.

On peut donc considérer qu'un changement de cap radical est envisagé dans le champ d'application généralisé de la carte SIS dans le cadre de la dispensation des soins médicaux.

POSITION ETHIQUE DES MEDECINS FACE A L'INDUSTRIE DU MEDICAMENT

Exposé du Secrétaire général du GBS, le Dr Marc MOENS, à l'occasion d'une soirée-débat organisée le 8 septembre 2000 à Ostende par la Société belge d'éthique et de morale médicale, en collaboration avec la Koninklijke Geneesheren Vereniging van Oostende. Le Dr MOENS s'exprimait en sa qualité de président de l'ABSyM.

1. ESQUISSE DE LA SITUATION

L'attitude adoptée par les Pouvoirs publics face au secteur des médicaments dans les années 1990 n'est pas sans présenter quelques similitudes avec ce qu'a connu la biologie clinique dans les années 1980. Par le biais des médias, les acteurs, dans le cas présent les médecins prescripteurs et l'industrie pharmaceutique, se voient imposer une sorte de sentiment de culpabilité par des insinuations continuelles formulées de manière anonyme qui contribuent à discréditer l'ensemble de la profession.

A titre d'exemple, je renvoie à un article publié dans "De Morgen" le 31.3.1998, qui a suscité pas mal de remous : "Geneesmiddelenindustrie lokt dokters met zwart geld" et qui a ensuite été mis en relief dans le bulletin d'information que les Mutualités libres envoient à leurs membres "Profil de la vie" n° 46, juillet-août 1998 dans un article intitulé "Des ordonnances rentables". Je cite "...Les médecins ayant une bonne pratique peuvent ainsi se faire des dessous de table allant jusqu'à 10.000 BEF par jour, ou davantage..."

Le secrétaire général de l'UNML, Daniël FERETTE, s'est, il est vrai, excusé dans le numéro suivant et deux droits de réponse ont été publiés. Néanmoins, tout comme l'Ordre des médecins l'a fait remarquer lors de sa

réunion du 2 août 1998, nous ne pouvons pas nous défaire de l'impression que la Mutualité libre souscrit au contenu de tels articles (Revue Conseil national Ordre des Médecins. Vol. VII n° 82, décembre 1998). La lettre que le Conseil national a adressée à monsieur D. FERETTE n'a pas été publiée dans "Profil".

Lorsque l'Association générale de l'industrie du médicament (AGIM) avait organisé, le 3 mars 1999, le "Belgian Health Summit" à Bruxelles, auquel des responsables politiques des différents secteurs de la Santé et les ministres concernés avaient pris part, les journaux télévisés s'étaient surtout intéressés au coup électoral SP pseudo-ludique de l'ex-vice-premier ministre de l'époque Johan VANDE LANOTTE et de son compère ostendais de l'époque, Reddy DE MEY, perpétré à l'encontre de la publicité des "marchands du temple de la santé", en d'autres termes contre l'industrie pharmaceutique, ainsi qu'à la boutade médiocre de l'ex-premier ministre Jean-Luc DEHAENE qui se rappelait les propos de son père-psychiatre : "Geneesmiddelen dienen om patiënten gerust te stellen; zijn familieleden schreef hij die niet voor". Le reste des commentaires se limitait au titre de la journée d'études : "De patiënt staat centraal".

Les projets des médecins auxquels l'industrie pharmaceutique est associée comme partenaire ou comme sponsor sont jugés avec deux poids et deux mesures en fonction des initiateurs du projet. Mentionnons en guise d'exemple que lors de la création du "Belgian Stroke Council" par des cliniciens universitaires et par des représentants de laboratoires pharmaceutiques, la presse (cf. La Libre Belgique du 24.5.2000) avait fait un compte rendu positif des objectifs, à savoir le développement des connaissances scientifiques concernant l'accident cérébrovasculaire, l'optimisation des soins et la contribution à la formation spécifique des médecins dans ce domaine.

Dès que l'information avait filtré que l'asbl Medi Medica allait voir le jour à l'initiative d'un dirigeant de l'Association belge des syndicats médicaux, le Dr Roland LEMYE, dans le but d'offrir aux groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) une matière à discussion ainsi qu'un forum concernant la qualité des soins dans nos différents pratiques, les médias avaient publié des commentaires critiques (par exemple Dirk DE WILDE dans "De Morgen" du 28.2.2000 : "Farmaceutische bedrijven sponsoren rationeel voorschrijfgedrag artsen") ou franchement blessants (par exemple Isabelle LEMAL dans "Le Soir" du 29.3.2000 : Le rêve fou du Dr. LEMYE. Si on privatisait l'évaluation médicale?). Et pourtant, les initiateurs du projet ont scrupuleusement veillé à éviter toute collusion avec l'industrie pharmaceutique.

Le magazine GLEM qui a vu le jour en mai 2000 est financé par l'apport publicitaire des annonceurs, dont, notons-le, également des annonces pour des médicaments génériques. La charte rédactionnelle prévoit un certain nombre de garanties, notamment en ce qui concerne l'indépendance rédactionnelle (protection contre toute pression politique, syndicale, commerciale ou confessionnelle) et le pluralisme.

2. QUELQUES ELEMENTS DE LA LEGISLATION BELGE ET INTERNATIONALE

2.1. Ordre des Médecins

Le "Code de déontologie médicale" élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins passe quasiment sous silence la question de la position éthique des médecins face à l'industrie du médicament. Seul l'article 179 § 3 stipule qu'un médecin ne peut être à la fois praticien de l'art médical et fabricant ou distributeur de médicaments, de prothèses ou d'appareils médicaux.

L'Assemblée du Conseil national du 20 janvier 1990 a confirmé concrètement qu'un médecin-directeur d'un laboratoire pharmaceutique doit mettre un terme à sa pratique médicale.

Dans une "Tribune libre" du numéro de mars 1995 de la "Revue Conseil national Ordre des Médecins", volume IV, n° 67, les docteurs KAHN, BARBIER et BERNAERTS ont fait remarquer que le Code présente des lacunes dans le domaine des relations entre le monde médical et l'industrie du médicament.

Un certain nombre de membres de l'Ordre ont à l'époque mené une concertation avec les dirigeants de l'AGIM et ont proposé d'apporter plusieurs modifications à l'édition alors la plus récente du Code de déontologie de l'AGIM, élaboré en mars 1993. Ce code de l'AGIM, qui a entre-temps été modifié le 30 novembre 1999, est un document sérieux significatif. La remarque de KAHN et al. est cependant toujours d'application : toutes les relations entre le corps médical et l'ensemble de l'industrie du médicament ne peuvent pas être réglementées par le biais du code de l'AGIM. Contrairement aux médecins, les sociétés pharmaceutiques choisissent en effet librement de se soumettre à l'autorité de l'AGIM ou de quitter l'association professionnelle.

Relativisons toutefois en ajoutant que tous les médecins ne paient pas leur cotisation à l'Ordre, bien qu'il s'agisse là d'une obligation légale qui, en cas de non-paiement, peut entraîner des sanctions prévues par la loi.

Le Conseil national a rendu un avis le 22 août 1992 concernant les expérimentations avec les médicaments (Revue Conseil national Ordre des médecins, décembre 1992, vol. I, n° 58, pag. 20). Il y déclarait que l'acceptation d'une somme d'argent ou d'un échantillon de médicament par dossier ouvert - il s'agissait d'un essai avec un produit qui n'était pas utilisé initialement pour le traitement du cancer de la prostate métastatique - était inacceptable d'un point de vue éthique et déontologique.

Les 21 septembre 1994 et 18 février 1995, le Conseil national s'est prononcé concernant le recrutement de patients et la réalisation d'expérimentations (Revue Conseil national Ordre des médecins, juin 1995, vol. IV, n° 68, page 29).

L'initiative d'une expérimentation sur l'homme doit émaner d'un médecin ou d'un groupe de médecins, régulièrement inscrits à l'Ordre, et elle doit être totalement indépendante de quelque entreprise pharmaceutique que ce soit. Le protocole doit être approuvé par une commission d'éthique agréée par le Conseil national.

Le médecin, responsable de l'expérimentation, doit, après l'avoir informé en détail, obtenir le consentement libre du sujet de l'expérimentation.

Dans le même numéro, le Conseil national est d'avis qu'il est inacceptable d'un point de vue éthique et déontologique qu'une entreprise pharmaceutique s'adresse aux médecins généralistes de la région d'un hôpital donné pour leur signaler que dans l'hôpital en question, des essais cliniques de phase III sont réalisés avec un de leurs médicaments et que les patients de ces médecins ont la possibilité de participer à ces essais.

Dans le cadre de sa réunion du 30 octobre 1999, le Conseil national de l'Ordre a répété (voir publication dans la Revue Conseil national Ordre des médecins, vol. VIII, n° 87, mars 2000), que lors du recrutement de patients pour une étude clinique ou pour recommander un hôpital bien déterminé, un médecin au service d'une société pharmaceutique ne peut pas solliciter les médecins généralistes.

Concluons en rappelant l'article 10, sous le Chapitre II "Devoirs généraux des médecins" : "L'art médical ne peut en aucun cas, ni d'aucune façon être pratiqué comme un commerce". Dans le contexte des relations avec l'industrie pharmaceutique, cet article n'a pas besoin d'être commenté davantage.

2.2. Législation belge

2.2.1. La loi du 25 mars 1964 sur les médicaments (M.B. du 17 avril 1964) modifiée par la Loi du 21 juin 1983 (M.B. du 15 juillet 1983)

L'article 10 est rédigé comme suit :

"Il est interdit d'offrir, directement ou indirectement, des primes ou avantages à l'occasion de la fourniture de médicaments.

Il est interdit aux fabricants, importateurs et grossistes en médicaments d'offrir ou de remettre, directement ou indirectement, des primes ou avantages aux personnes habilitées à prescrire des médicaments.

Il est interdit de solliciter ou d'accepter des primes ou avantages."

L'idée centrale a toujours été qu'il fallait éviter que la moindre influence ne soit exercée sur le comportement de prescription. C'est parfaitement acceptable et correct : la liberté diagnostique et thérapeutique que nous prônons ne peut être défendue que si nous les médecins, nous prescrivons de façon autonome, objective et critique.

Lorsque le gouvernement prévoit aujourd'hui, dans son texte de concertation en vue de la rénovation de la politique des médicaments, que si Pharmanet permet d'établir que des médecins prescrivent comme le ministre le souhaite, ils recevront un "bonus pour prescription rationnelle" (tandis qu'une diminution des gratifications actuelles - c'est-à-dire le supplément d'accréditation - est envisagée pour les médecins dont le comportement de prescription diverge de manière significative), il va à l'encontre de l'esprit de cette Loi.

Les tribunaux belges appliquent l'article 10 de cette loi avec une grande rigueur. Dans son analyse détaillée publiée sous le titre "De cadeaucultuur in de medische sector: there is no such thing as a free lunch?" (Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1998-1999, 12-22), le Prof. Thierry VANSWEEVELT critique cette interdiction absolue qu'il qualifie d'irréaliste.

Il est favorable à ce qu'une rémunération puisse être accordée lorsqu'il y a une contre-prestation légitime, comme c'est le cas avec le médecin qui lance une étude clinique, en collaboration avec une société pharmaceutique, en faisant un investissement de temps, de main-d'oeuvre et éventuellement de personnel et d'infrastructure. De l'avis de VANSWEEVELT, interdire toute rémunération est contraire à l'intention du législateur, peut entraver l'évolution de la médecine et ralentir la formation continue des médecins.

Je souscris également à sa vision que les pratiques où un médecin reçoit des primes ou des avantages lorsqu'il prescrit certains médicaments ou pour l'inciter à prescrire certains médicaments ne seraient pas autorisées. C'est ce qui a été décrit de manière très généralisée, anonyme et sans argumentation dans les articles parus dans "De Morgen" et "Profil" cités un peu plus haut.

Dans le premier cas, la contre-prestation n'est pas légitime et est en plus inacceptable d'un point de vue déontologique. Les médecins doivent prescrire de manière adéquate, c'est-à-dire uniquement si c'est nécessaire, le produit le plus approprié en tenant compte de l'article 36 du Code de déontologie médicale.

Article 36 : *"Le médecin jouit de la liberté diagnostique et thérapeutique. Il s'interdira de prescrire inutilement des examens ou des traitements onéreux ou d'exécuter des prestations superflues.*

Dans le deuxième cas, où des primes ou avantages sont offerts pour inciter le médecin à prescrire certains médicaments - il n'y a même pas de contre-prestation. Dans ce cas de figure, l'informateur médical tenterait, en infraction au code déontologique de l'AGIM, d'appliquer le principe "do ut des" : "Je donne pour que vous me rendiez quelque chose".

2.2.2. A.R. du 7.4.1995 (M.B. du 12.5.1995) relatif à l'information et à la publicité concernant les médicaments

Avec cet A.R. relatif à l'information et à la publicité concernant les médicaments à usage humain, le législateur a transposé la directive européenne n° 92/28/CEE du 31 mars 1992.

L'article 9 de la directive européenne interdit également les primes et avantages en espèces ou en nature sauf si ceux-ci ont une valeur modique et sont pertinents pour l'exercice de la médecine ou de la pharmacie.

L'article 12 de l'A.R. du 7 avril 1995 peut s'appliquer aux congrès et symposiums belges et étrangers et à l'organisation de la formation médicale continue, dans le cadre ou hors du cadre des Glem et assimilés.

Le texte est rédigé comme suit :

*"§1er. L'hospitalité offerte lors de manifestations de promotion de médicaments doit toujours être d'un niveau raisonnable et rester accessoire par rapport à l'objectif principal de la réunion; elle ne peut être étendue à des personnes autres que les professionnels de la santé.
Les professionnels de la santé ne peuvent solliciter ou accepter une incitation interdite par l'alinéa précédent.*

§ 2. L'hospitalité offerte de manière directe ou indirecte lors de manifestations à caractère exclusivement professionnel et scientifique doit toujours être d'un niveau raisonnable et rester accessoire par rapport à l'objectif scientifique principal de la réunion; elle ne doit pas être étendue à des personnes autres que les professionnels de la santé. "

Dans le cas présent, cette disposition légale vise l'invitation du médecin et de son/sa partenaire, que le législateur considère comme un exercice d'influence non autorisé n'ayant rien à voir avec le caractère scientifique de la réunion.

En Belgique, l'indemnité couvrant les frais de congrès, de voyage et de séjour n'est pas considérée comme un avantage direct ou indirect dans le sens de l'art. 10 de la Loi sur les médicaments dans la mesure où il s'agit d'un congrès scientifique.

A titre de comparaison, l'American Medical Association est beaucoup plus stricte. Dans "Gifts for physicians from industry" J.A.M.A. 11, 1991, vol 265, pag 501, l'AMA recommande ce qui suit :

"Subsidies from industry should not be accepted directly or indirectly to pay for the costs of travel, lodging, or other personal expenses of the physicians who are attending the conferences or meetings, nor should subsidies be accepted to compensate for the physicians time. Subsidies for hospitality should not be accepted outside of modest meals or social events that are held as part of a conference or meeting."

2.2.3. La Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 27.8.1994)

Pour être complet, citons également deux éléments de la Loi coordonnée du 14 juillet 1994, à savoir l'article 30 relatif aux Commissions de profils instituées auprès du Service des soins de santé de l'INAMI et l'article 73 relatif aux devoirs des dispensateurs de soins. Le suivi de l'article 73 relève directement de la compétence du Service du contrôle médical et se situe donc dans la sphère sanctionnelle.

Art. 30 : *"Il est institué, auprès du Service des soins de santé, pour les disciplines à déterminer par le Roi, des commissions de profils qui ont pour mission de procéder à une évaluation des profils par dispensateur de soins, par prescripteur de soins, par lieu où les prestations sont dispensées, par établissement hospitalier et par séjour hospitalier anonyme établis à partir des cadres statistiques prescrits par l'article 206, alinéa 2.*

La composition et les règles de fonctionnement de ces commissions sont déterminées par le Roi. Le Roi nomme le président et les membres de ces commissions de profils.

L'Institut est habilité à analyser les profils précités d'une part, en vue d'évaluer ceux-ci et d'autre part, en vue de développer de nouveaux modes de remboursement des soins dispensés et des produits délivrés. Les résultats de ces analyses sont communiqués aux Commissions de profils concernées, et selon les modalités et conditions à déterminer par le Roi, à d'autres organes, Commissions et personnes. "

Art. 73 : *"Le médecin et le praticien de l'art dentaire apprécie en conscience et en toute liberté les soins dispensés aux patients. Ils veilleront à dispenser des soins médicaux avec dévouement et compétence dans l'intérêt du patient et tenant compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société.*

Ils s'abstiennent de prescrire des examens et des traitements inutilement onéreux, ainsi que d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

[...]

"Le caractère inutilement onéreux des examens et des traitements ainsi que le caractère superflu des prestations, doivent être évalués en rapport avec les examens, traitements et prestations qu'un dispensateur de soins prescrit, exécute ou fait exécuter dans des circonstances similaires. "

2.2.4. A.R. n° 143 du 30 décembre 1982 fixant les conditions auxquelles les laboratoires doivent répondre en vue de l'intervention de l'assurance maladie pour les prestations de biologie clinique (M.B. du 12.1.1983)

Comme nous l'avons déjà indiqué, il existe quelques similarités entre la biologie clinique et les rapports des médecins face à l'industrie du médicament. L'article 5 de l'A.R. 143 du 30 décembre 1982 relatif aux laboratoires de biologie clinique est dans la ligne de l'article 10 de la loi du 25 mars 1964 relative aux médicaments.

Art. 5 *"Il est interdit d'accorder à des médecins prescrivant des prestations de biologie clinique, directement ou indirectement, des avantages quels qu'ils soient ou des indemnités pour une activité visée à l'article 6."*

L'article 3, §3, 2° interdit en outre aux médecins-connexistes (§1, 1°) et aux spécialistes en biologie clinique (§1, 3°) d'être associés ou de détenir des actions dans une société dont l'objet est en rapport avec l'art de guérir.

"§3. Les exploitants de laboratoire visés au 1° ou 3° du §1er du présent article doivent répondre aux conditions suivantes :

1° ils ne peuvent exploiter qu'un seul laboratoire;

2° ils ne peuvent être membre ou associé d'une autre personne morale, ni détenir directement ou indirectement de titre représentatif ou non du capital dans une société dont l'objet est en rapport avec l'art de guérir - notamment l'exploitation d'un laboratoire de biologie clinique, la fabrication de produits pharmaceutiques, la production ou la fourniture d'appareils médicaux ou de prothèses, la fourniture ou l'exploitation de produits informatiques en rapport avec l'art de guérir - ou avec la fourniture de produits ou services aux praticiens de l'art de guérir. Ils ne peuvent avoir la qualité d'organe, ni être membre d'organe, ni représenter les associés, organes ou membres d'organes de ces sociétés. Ces dispositions peuvent être étendues par le Roi à d'autres personnes morales ou sociétés.

3° ...

4° ...".

Dans la pratique, l'application de cet A.R. est resté globalement lettre morte en raison de sa "trop grande complexité"

Nous retrouvons également des dispositions analogues dans les textes étrangers en ce qui concerne les rapports entre les médecins participant à un essai et les sociétés pour lesquelles ils testent certains médicaments.

Ainsi, la Food and Drug Administration (Etats-Unis) exige depuis février 1999 que les entreprises pharmaceutiques qui introduisent un dossier de demande de mise sur le marché d'un produit, précisent si les chercheurs associés aux tests cliniques ont des intérêts financiers dans la société concernée. Sont visés toutes sortes de formes d'actions en bourse, les droits de propriété intellectuelle (brevet) et les paiements supérieurs à 25.000 dollars américains, qu'il s'agisse d'un crédit de recherche, de dons, d'équipement ou d'honoraires. Les intérêts financiers du/de la partenaire et des enfants du chercheur doivent également être communiqués ("FDA rules that researchers will have to disclose financial interest." Josefson D., BMJ 1998; 316:493).

Cette extension aux proches parents se retrouvent d'ailleurs également dans le formulaire de demande d'agrément des laboratoires belges de biologie clinique.

2.3. Rapports avec l'industrie pharmaceutique dans le cadre de l'accréditation

Le groupe de direction de l'accréditation a fixé, le 27 juillet 1994, les critères d'agrément des activités de formation continue avec le sponsoring de l'industrie pharmaceutique dans le cadre de la procédure de l'accréditation. Pour être pris en considération, certaines modalités doivent être respectées au niveau du contenu et de l'encadrement.

Responsabilité quant au contenu

1. Une société pharmaceutique ne peut pas faire office d'organisateur responsable, mais bien de sponsor.
2. La responsabilité quant au contenu et la direction doivent être assumées par une organisation de médecins reconnue de la profession visée dont le programme a été agréé par le Comité paritaire.
3. La préparation du contenu, la fixation des objectifs d'enseignement, la proposition des orateurs et/ou des modérateurs, le choix des techniques didactiques, etc. sont réalisés par les responsables de la formation continue désignés par l'organisation de médecins organisatrice.
4. Le programme est soumis préalablement au Comité paritaire pour avis.
5. Le thème d'un exposé ne peut jamais se cantonner à un seul produit pharmaceutique.

Modalités d'encadrement

6. Les imprimés annonçant l'événement, les lettres d'invitation, le matériel des cours, etc. sont réalisés avec l'en-tête de l'organisation de médecins organisatrice responsable. Le sponsoring peut néanmoins faire l'objet d'une mention discrète.
7. Tant durant les activités de formation continue que dans les locaux utilisés pour les cours, aucun stand publicitaire du sponsor n'est toléré. Ces stands sont cependant autorisés dans un lieu distinct (réception, hall, etc.).
8. Le sponsoring peut concerner toutes les modalités de l'organisation à l'exception des honoraires des orateurs et des modérateurs. Afin de garantir l'indépendance, ces honoraires doivent être payés par les organisations de médecins organisatrices.
9. Le sponsor doit toujours être clairement identifié. Le message publicitaire est toujours clairement identifié et limité dans le temps et l'espace.

2.4. Conventions internationales

2.4.1. La Déclaration d'Helsinki (juin 1964) de la World Medical Association

En juin 1964, la World Medical Association, au sein de laquelle le Dr André WYNEN, fondateur de l'ABSyM, a joué un rôle essentiel, a jeté les bases des principes éthiques qui doivent guider les médecins et les autres participants dans la recherche médicale réalisée chez l'homme.

Voici quelques concepts clés issus de ce texte de base :

- ◆ la santé du patient est d'une importance primordiale
- ◆ le bien-être du patient est prioritaire par rapport aux intérêts de la science et de la société
- ◆ le premier objectif est l'amélioration des procédures diagnostics, thérapeutiques et prophylactiques ainsi que la compréhension de l'étiologie et de la pathogenèse des maladies
- ◆ tous les examens médicaux sont soumis à des normes éthiques prônant le respect de l'être humain et protégeant leur santé et leurs droits en tant qu'individu.

Dans le cadre de la prochaine assemblée générale de la WMA qui se tiendra en octobre 2000, le texte sera à nouveau actualisé, comme ce fut déjà le cas en 1975, 1983, 1989 et 1996.

La "Declaration of Helsinki" est communément admise comme la pierre angulaire globale en matière de recherche éthique et est inscrite dans bon nombre de guidelines, réglementations et législations nationales et internationales.

2.4.2. The Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS)

En marge de la World Medical Association, il faut également noter l'existence du Conseil de l'organisation internationale des sciences médicales (CIOMPS). Celui-ci collabore avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Ce Conseil a élaboré les "International Ethical Guidelines for Biomedical Research involving Human Subjects". Ces directives servent d'informations pratiques sur la manière d'interpréter et d'appliquer la Déclaration d'Helsinki dans toutes sortes de projets de recherche. La Déclaration d'Helsinki et les guidelines du CIOMS peuvent être considérées comme complémentaires.

2.4.3. Réglementation européenne

Le Comité permanent des médecins européens (le CP), dans lequel l'ABSyM joue un rôle actif depuis des décennies, et la Fédération européenne des sociétés pharmaceutiques (EFPIA, European Federation of Pharmaceutical Industries) ont fait une déclaration commune le 29 avril 1995.

Concernant les études cliniques et la recherche pharmaco-épidémiologique, ces organismes européens sont d'avis que la collaboration entre le corps médical et l'industrie pharmaceutique est essentielle pour la mise au point et la connaissance des médicaments, ainsi que pour une utilisation optimale de ceux-ci.

Toute recherche doit avoir un objectif étayé scientifiquement et fonctionnel d'un point de vue thérapeutique. Elle ne peut pas avoir la promotion pour premier objectif. L'objectif scientifique doit être clairement défini dès le départ.

Des accords clairs, également au niveau déontologique, ont été conclus au niveau européen notamment en ce qui concerne l'information médicale et la formation médicale continue.

2.5. DIRECTIVES CONCERNANT LES PUBLICATIONS INTERNATIONALES

La revue suisse "La Revue Prescrire", mars 2000, tome N° 204, p. 229 se penche sur le débat international à propos des conflits d'intérêts qui apparaissent lors de la publication d'études scientifiques.

Les revues médicales internationales ont à juste titre des exigences de plus en plus grandes en ce qui concerne l'indépendance des publications. De l'avis de certains, tant les auteurs que les éditeurs et les reviewers devraient, lors d'une publication, faire connaître leur soutien financier ainsi que leur éventuelle confusion d'intérêts ou les conflits d'intérêts.

La mise en oeuvre est actuellement au coeur des discussions. De plus, d'autres intérêts ou liens peuvent également jouer un rôle, par exemple le prestige académique ou des liens politiques ou d'amitié qui sont beaucoup plus difficiles à mettre en lumière que des intérêts financiers.

"The Lancet" estime par conséquent que les conflits d'intérêts ne doivent pas être systématiquement portés à la connaissance de ses lecteurs. Le "British Medical Journal" parle de "competing interest" (intérêts opposés). Le BMJ suggère que lorsque aucun conflit d'intérêts ou intérêts opposés n'ont été communiqués, il soit indiqué "aucun communiqué" au lieu de "aucun".

Enfin, c'est également un fait connu que même dans certaines revues biomédicales internationales réputées, il arrive que des articles soient publiés sans que tous les auteurs ne soient mentionnés. Ces "auteurs fantômes" peuvent éventuellement être rémunérés par une société pharmaceutique. Dans de tels cas, les conflits d'intérêts sont indétectables.

3. COMMENTAIRES

Les pouvoirs publics exercent de lourdes pressions pour obtenir un contrôle des dépenses dans le domaine des médicaments.

Un certain nombre de propositions circulant actuellement sont inacceptables tant d'un point de vue médical que déontologique :

- ◆ budgétisation par classe thérapeutique
- ◆ se baser sur les prix de référence les plus bas en milieu hospitalier, ce qui conduira à un sous-traitement ou à un non-traitement étant donné que s'il choisit un médicament plus onéreux ou une forte dose, l'hôpital devra prendre le surcoût à sa charge.
- ◆ faire rembourser les médicaments lorsque le prescripteur dépasse un budget déterminé, ce que le ministre pourra établir individuellement via Pharmanet par un contrôle du Dossier médical global.
- ◆ la rétribution individuelle des médecins prescrivant moins que le montant fixé.
- ◆ imposer les génériques sans garanties de qualité concluantes et sans garantie quant à la bio-équivalence.

Nous sommes convaincus que les médecins ajustent de manière autonome, adéquate et souple leur comportement de prescription aux besoins médico-sociaux de leurs patients. Cela n'a rien à voir avec délivrer systématiquement une prescription de médicaments.

Les médecins doivent également conserver cette autonomie face à l'industrie pharmaceutique, de même d'ailleurs que face aux pharmaciens. Il convient d'établir une distinction entre influencer et informer. Les informations de l'industrie pharmaceutique en direction du médecin et, inversement, du médecin en direction de l'industrie sont extrêmement importantes. Une collaboration est essentielle pour arriver à des médicaments innovants ou à de nouvelles applications d'une médication existante, tout comme l'est la communication des effets secondaires par les praticiens à l'industrie.

La formation médicale continue et le peer review organisés de manière objective et indépendante par la profession elle-même constituent la pierre angulaire.

Les campagnes publicitaires réalisées par l'industrie pharmaceutique doivent rester modestes. Les situations observées aux Etats-Unis où des médications inadaptées font l'objet d'une promotion à grande échelle dans le grand public et avec la collaboration de certains médecins font heureusement défaut en Belgique. Ainsi, le New York Times du 27 août se plaint du fait que la société Pfizer mette en avant le Zithromax, un antibiotique de deuxième ligne du groupe des macrolides, par le biais d'une action de zèbres mascottes sur les stéthoscopes des pédiatres et d'une émission de la rue Sésame, pour une inflammation de l'oreille moyenne.

Jusqu'à présent, le bon sens de nos médecins, leur analyse critique des informations fournies par les visiteurs médicaux et de la littérature, ainsi que leur déontologie contenue dans les devoirs généraux définis dans le code de déontologie de l'Ordre des médecins et dans le Code de déontologie de l'AGIM maintiennent la publicité des médicaments dans les limites acceptables et justifiées de la formation médicale continue. Il est de notre responsabilité commune de veiller à ce que nous nous départions du concept erroné de "culture du cadeau médical".

Enfin, le médecin a en face de lui un patient qui est de plus en plus émancipé, qui pose des questions sur le pourquoi et sur le prix de sa médication, tandis que pour l'industrie du médicament, la concurrence mutuelle joue également un rôle dans le respect de leurs règles déontologiques propres.

Quotidiennement, les médecins rendent des comptes, non pas aux ministres ou à leurs techniciens de cabinet, ni à big brother Pharmanet, ni aux organismes assureurs, mais bien à leurs patients ainsi qu'à leurs confrères et aux autres dispensateurs de soins avec lesquels ils collaborent.

Je vous remercie pour votre attention.

PRIX F.N.R.S.

Prix Centre d'Etudes Princesse Joséphine-Charlotte pour la lutte contre les infections virales du système nerveux et de la poliomyélite - Règlement

- Art. 1. Le Prix biennal Centre d'Etudes Princesse Joséphine-Charlotte, d'un montant de 500.000 BEF (12.500 EUROS), est destiné à encourager la recherche scientifique dans le domaine de la virologie.
- Art. 2. Ce Prix est réservé aux chercheurs rattachés d'une part à l'une des neuf institutions universitaires reprises à l'article 1 du décret du 5 septembre 1994 relatif au régime des études universitaires et des grades académiques de la Communauté française de Belgique et, d'autre part, à une université flamande reprise à l'article 3 du décret du 12 juin 1991 relatif aux universités dans la Communauté flamande, pour la réalisation d'un travail soumis sous la forme d'un mémoire original, faisant apparaître l'intérêt pour la santé humaine des recherches contribuant à la lutte contre les infections virales du système nerveux et la poliomyélite.
- Art. 3. Le Prix peut couronner le travail présenté par une équipe; il peut exceptionnellement être partagé. Les candidats ne peuvent avoir obtenu antérieurement un Prix couronnant le même travail.
- Art. 4. Les candidatures doivent être introduites **avant le 1er février 2001** auprès de la Secrétaire générale du Fonds National de la Recherche Scientifique, au moyen du formulaire adéquat.
- Art. 5. Toutes questions que soulèvent la recevabilité des candidatures ainsi que l'octroi du Prix sont tranchées sans recours par le F.N.R.S.
- Art. 6. Le Prix sera décerné par le Fonds National de la Recherche Scientifique sur proposition d'un Jury constitué par le F.N.R.S. et suivant les règlements et jurisprudence en vigueur au Fonds National.
- Art. 7. Ce Jury comportera également deux membres du Centre d'Etudes Princesse Joséphine-Charlotte ou deux personnalités désignées par le Centre.
- Art. 8. Au cas où le Jury estime qu'aucun travail ne présente de valeur suffisante, le Prix ne sera pas attribué mais reporté à une année ultérieure.

Prix scientifique Bio-Therabel/AstraZeneca - Règlement

- Art. 1. A l'initiative de Bio-Therabel/AstraZeneca, le Fonds National de la Recherche Scientifique décerne un Prix scientifique Bio-Therabel/AstraZeneca d'un montant de 500.000 BEF.
- Art. 2. Le Prix est accordé pour un projet original de recherche fondamentale dans le domaine des affections du tractus gastro-intestinal.
- Art. 3. Le Prix sera attribué par le Conseil d'administration du F.N.R.S. sur proposition de la Commission scientifique compétente et selon les règlements et jurisprudence en vigueur au Fonds National. Au cas où le Jury estime qu'aucun travail ne présente de valeur suffisante, le Prix ne sera pas attribué.
- Art. 4. Le Prix est réservé à un chercheur individuel ou à une équipe de maximum 3 chercheurs rattaché(s) au moment de l'introduction de la candidature à une université belge.
- Art. 5. Les candidats doivent être porteurs d'un diplôme de Docteur en Médecine ou de Pharmacien.
- Art. 6. Le Prix sera décerné par moitié pour récompenser le lauréat, l'autre moitié étant attribuée au laboratoire du lauréat.
- Art. 7. Les candidats ne peuvent avoir obtenu, durant les cinq dernières années, un Prix d'un montant équivalent, couronnant le même travail.
- Art. 8. Les candidatures doivent être adressées, sous pli confidentiel, **avant le 15 février 2001**, à la Secrétaire générale du F.N.R.S., rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles, au moyen du formulaire adéquat.
- Art. 9. Toutes questions que soulèvent la recevabilité des candidatures ainsi que l'octroi du Prix seront tranchées sans recours par le F.N.R.S.
- Art. 10. Bio-Therabel/AstraZeneca pourra, après consultation du ou des auteur(s), publier les travaux primés en mentionnant les nom et qualité du ou des auteur(s).

Prix scientifique Therabel s.a. - Division Therabel Pharma s.a. - Règlement

- Art. 1. A l'initiative de la Firme Therabel s.a., le Fonds National de la Recherche Scientifique décerne un Prix scientifique Therabel s.a. - Division Therabel Pharma s.a. d'un montant de 500.000 BEF.
- Art. 2. Le Prix est accordé pour un projet original de recherche fondamentale dans le domaine de l'hypertension artérielle.
- Art. 3. Le Prix sera attribué par le Conseil d'administration du F.N.R.S. sur proposition de la Commission scientifique compétente et selon les règlements et jurisprudence en vigueur au Fonds National. Au cas où le Jury estime qu'aucun travail ne présente de valeur suffisante, le Prix ne sera pas attribué.
- Art. 4. Le Prix est réservé à un chercheur individuel ou à une équipe de maximum 3 chercheurs rattaché(s) au moment de l'introduction de la candidature à une université belge.

- Art. 5. Les candidats doivent être porteurs d'un diplôme de Docteur en Médecine ou de Pharmacien.
- Art. 6. Le Prix sera décerné par moitié pour récompenser le lauréat, l'autre moitié étant attribuée au laboratoire du lauréat.
- Art. 7. Les candidats ne peuvent avoir obtenu, durant les cinq dernières années, un Prix d'un montant équivalent, couronnant le même travail.
- Art. 8. Les candidatures doivent être adressées, sous pli confidentiel, **avant le 15 février 2001**, à la Secrétaire générale du F.N.R.S., rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles, au moyen du formulaire adéquat.
- Art. 9. Toutes questions que soulèvent la recevabilité des candidatures ainsi que l'octroi du Prix seront tranchées sans recours par le F.N.R.S.
- Art. 10. La firme Therabel s.a. pourra, après consultation du ou des auteur(s), publier les travaux primés en mentionnant les nom et qualité du ou des auteur(s).

CLUB MEDICAL DE BRUXELLES - PROGRAMME OCTOBRE ET NOVEMBRE 2000

1 OCTOBRE DIMANCHE Puss Koutny, amie du Club organisera la 4ème édition de la balade à vélo à partir de Lier. RV à 10 heures précises. Info 026754188 ou 023720831. Pas de participation aux frais.

14 OCTOBRE SAMEDI Promenade et récolte éventuelle de **champignons au bois de Lauzelle** (Louvain la Neuve). RV à 9 h au centre sportif. Groupe limité à 10 participants. Guide : Olivier Roberfroid. 500 frs à payer sur place. S'inscrire au 023720831.

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. PAF : 550 F.

24 OCTOBRE MARDI à 20 h 30 **Conférence du ministre Pierre Harmel sur "les grands événements du siècle passé"**. Auditoire Astrazeneca 110 rue Van Oppem, Uccle Calevoet.

21 NOVEMBRE MARDI **Conférence*** de Thérèse Poilvache : « **A la découverte du jardin des délices** » de **Jérôme Bosch**.

*Les **conférences** ont lieu dans le très confortable 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 prévenir l'Organisateur de la journée ou

le Dr Jean-Claude Minet Président 02 372 08 31 ou tél/fax 02 374 85 35 avant 21 h ou minet.jc.orl@skynet.be.

ou le Dr Jacques Tichon Vice-Président 02 345 33 94.

MUSEE BELGE DE LA RADIOLOGIE

Inauguré le 10 novembre 1990, le Musée belge de la radiologie a l'originalité d'être situé dans le service de Radiologie de l'Hôpital militaire Reine Astrid (rue Bruyn 2, 1120 Bruxelles) qui, de par sa position centrale, son bilinguisme et son appartenance pluri-universitaire, est un lieu privilégié.

En recherchant des documents, des photographies, des publications et du matériel qui permettent un survol des grandes étapes de son évolution dans notre pays, il vise la sauvegarde du patrimoine radiologique tout en le faisant mieux connaître.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter le conservateur, le Dr R. Van Tiggelen, au 02/264.40.97 (tél.) ou au 02/264.40.98 (fax).

REUNIONS SCIENTIFIQUES

UPDATE ON COLOPROCTOLOGY
with live demonstrations
Academic Medical Center - Amsterdam (The Netherlands)

October 19 & 20, 2000

PROGRAMME :

October 19, 2000 : • The artificial anal sphincter • Total pelvic floor repair or gluteus maximus transposition for neuropathic fecal incontinence • Is there an alternative for end-colostomy after abdominoperineal resection? • Sacral nerve stimulation for bowel dysfunction : Principles, patient indication, patient selection and implant procedures • Sacral nerve stimulation for bowel dysfunction : Technique : Test Stimulation and Implant Procedures, including presentation of a video - The Italian Experience • Sacral nerve stimulation for bowel dysfunction : Results and patient follow-up - The French Experience • Dynamic and endoluminal MRI of the pelvic floor • Rectovaginopexy or rectopexy alone? • How to deal with a rectocele? • How to deal with an enterocele?

October 20, 2000 :

• Live demonstrations from the operating theatres
• Rectal resection in IBD : amputation. Intersphincteric resection or transection? • The importance of compliance after rectal reconstructive surgery • Is pouch reconstruction necessary after coloanal anastomosis? • Sexual and bladder function after rectal surgery • Is there a future for open surgery in benign colorectal disease? • Rectal surgery and redo procedures • Transanal endoscopic microsurgery : high art or access artistry • New developments in medical treatment for constipation • Is there a surgical indication for slow transit constipation?

INFORMATION : Mrs Helma Stockmann - Phone : 00.31.20.566.39.26 - Fax : 00.31.20.566.65.69 - E-mail : W.J. Stockmann@amc.uva.nl

LES RENCONTRES "FRANCOPSIES"

**Traversée culturelle francophone à la découverte des pratiques ambulatoires de la psychiatrie
Séminaire résidentiel Sainte-Anne - Guadeloupe
du 19 au 27 octobre 2000**

Le séminaire scientifique se déroulera sous forme de séances de travail

- en plénières thématiques

Thèmes étudiés :

1. Psychiatrie et anthropologie

- Culture et linguistique : "la force des mots - l'impact des cultures • Histoire et sociologie : "le poids des traditions - la puissance des mythes" • Economie et politique : "les droits de l'homme - les devoirs de la société"

2. Pratiques ambulatoires de la psychiatrie

- Référentiels cliniques • Approches thérapeutiques • Epistémologie médicale

3. Offre de soins

- Organisation professionnelle • Au risque des sur-spécialisations (enfant - gérontopsychiatrie...) • Trajectoires de soins et pratiques ambulatoires (secteur public/privé - réseaux - autres) • Psychiatrie et pratiques traditionnelles : Art, magie et science en psychiatrie

- en ateliers de 8 à 12 personnes

Echanges et communications par zone d'influence culturelle et géographique : Antilles - Afrique (influence animiste), Europe - France (influence latine), Proche-Orient - Maghreb (influence magico-religieuse) - Amérique (influence anglo-saxonne)

Organisateur : Association française des psychiatres d'exercice privé (A.F.P.E.P.)

Informations et inscriptions : Secrétariat du séminaire, Chantal Bernazzani, AFPEP, 141 rue de Charenton, 75012 Paris, tél. : 00.33.1.43.46.25.55 - fax : 00.33.1.43.46.25.56.

COLLOQUE SUR LE THEME DE LA DYSPHASIE
organisé par le Centre de réadaptation des troubles du langage U.L.B.
le vendredi 17 novembre 2000

Thèmes au programme :

- Qui est l'enfant dysphasique? • L'enfant dysphasique et les troubles associés • Considérations actuelles sur le développement neurophysiologique de l'enfant dysphasique • Développement du langage et le rôle de la mémoire de travail • L'examen de l'enfant dysphasique • L'intervention sur les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des troubles du développement du langage • De l'observation de troubles liés aux représentations phonologiques chez l'enfant I.M.C. sans expression verbale aux troubles phonologiques chez l'enfant dysphasique • Le diagnostic différentiel : dysphasie et troubles de la personnalité

Lieu : Auditorium de l'Hôpital Militaire Reine Astrid, rue Bruyn 2, 1120 Neder-over-Heembeek

Renseignements : Mme Verheyleweghen, Centre de réadaptation des troubles du langage U.L.B., rue de Bordeaux 49, 1060 Saint-Gilles - tél. : 02/538.20.60 - 02/538.35.96.

Nombre de places limité à 200 - Accréditation demandée

6e Journée Scientifique du GRSTM
SYNDROME TEMPORO-MANDIBULAIRE ET TRAITEMENTS D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE
16 décembre 2000

1. Présentation du STM par l'équipe du GRSTM (Groupement de recherche sur le syndrome temporo-mandibulaire)
2. F. Pourrat – Orthodontiste à Bordeaux (France)
3. A. Patti – Orthodontiste à Vérone (Italie)
4. Table ronde

La journée tentera de répondre aux questions suivantes :

- Bilan occlusal et ATM avant traitement ODF. Si bruits articulaires : que faire? Si douleurs articulaires : que faire?
- Si pendant le traitement, apparition de bruits et/ou douleurs : que faire?
- Y a-t-il certains traitements ODF plus pathogènes pour le STM?
- Après le traitement ODF, si bruits et/ou douleurs : que faire?

Lieu : Sodehotel La Woluwe – 5, avenue Mounier – 1200 Bruxelles

Renseignements : Dr Micheli au 02/375.09.07 – 075/74.54.55

GASTROENTEROLOGY AND ENDOTHERAPY : XIXth EUROPEAN WORKSHOP
June 18 to June 20, 2001 – Brussels

This course is designed to introduce the experienced gastroenterologist to the growing field of therapeutic endoscopy, to remind the most current diagnostic problems and to show the new accessories. It will include live video demonstrations permitting interchanges between faculty and registrants during procedures, using interactive personal computer assistance, lectures, quizzes and round tables. The procedures will be performed by expert endoscopists in collaboration with radiologists, pathologists and surgeons.

The aim of these demonstrations is not only to show the new devices and tricks for succeeding in each type of therapeutic procedures, but above all to explain clearly how to avoid the complications related to therapeutic endoscopy.

MAIN PROCEDURES :

1. Upper digestive tract : • diagnostic problems in esogastroduodenoscopy • dilation of esophageal strictures and stenting • hemostatis for bleeding ulcers (APC, injection, clips) • echoendoscopy, trans-mural biopsies and punctures • enteroscopy • percutaneous gastrostomy and jejunostomy • mucosectomy
2. Biliopancreatic diseases : • therapeutic ERCP • ESWL for CBD and pancreatic stones • sphincterotomy and stents (biliary and pancreatic) • percutaneous transhepatic biliary drainage • cystenterostomy
3. Portal hypertension : • variceal banding and obliteration, transjugular biopsies, TIPS
4. Tumors of the colon and IBD : • ileocolonoscopy, polypectomy, dilation and stenting of strictures.

OFFICIAL LANGUAGE : ENGLISH

LOCATION : BRUSSELS CONGRESS CENTRE - BELGIUM

FOR ANY FURTHER INFORMATION : Administrative Secretariat, Mrs Nancy Beauprez – Gastroenterology Department, Erasme Hospital – Route de Lennik 808 - B-1070 BRUSSELS – TEL: 02/555 49 00 - FAX: 02/555 49 01 - E-mail : beauprez@ulb.ac.be

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.

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

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.

00066 **RECHERCHE** gastroscopie pour adulte ou enfant. Source lumineuse Olympus. Contacter Mme Demolder au 02/640.30.94.

00067 **A VENDRE :** Magnifique maison de caractère et propriété de 3 ha avec cabinet de radiologie en activité. Prov. Sud-Luxembourg. Tél. : 061/31.53.20 ou écrire bureau du journal en spécifiant le n° de l'annonce.

00068 **MONTEGNEE :** Le service des urgences des ASBL St-Joseph site Espérance à Montegnée, recrute des **CHIRURGIENS** pour prestations diurnes et nocturnes. Candidature et C.V. à adresser au Dr Patrick CAMELBEECK, chef de service des urgences, ASBL St-Joseph site Espérance, rue St-Nicolas, 447-449 à 4420 Montegnée. Tél. : 04/224.92.01 ou fax : 04/224.92.11.

00069 **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.

00070 **FRANCE :** Le Centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue (Aveyron), région touristique à 120 km de Toulouse, recrute un **MEDECIN ANESTHESISTE REANIMATEUR** temps plein (cause départ à la retraite). Etablissement de 130 lits actifs. Equipe de 4 médecins anesthésistes réanimateurs + 3 IADE (une IADE 24h/24). Rémunération nette mensuelle : 23.000 F (début de carrière) + indemnité d'astreinte de 8.000 F et repos compensateurs. Adresser candidature et CV à M. le Directeur - Centre Hospitalier. Avenue Caylet - BP 299 - 12202 Villefranche de Rouergue Cedex. Renseignements, contacter Monsieur le Docteur MASLIES LATAPIE, praticien hospitalier, au 00.33.5.65.65.30.00.

00071 **BRUXELLES :** Centre médical privé, en fonction demande pour 1080 Bruxelles (Bld du Jubilé) : un **CARDIOLOGUE**. Tél. 02/425.18.94.

00072 **THIMISTER : A LOUER CABINET MEDICAL MEUBLE :** idéal prof. (para)médicales, prof. libérales. Tél. : 087/44.63.27.

00073 **BRUXELLES :** Cherche **STOMATOLOGUE** mi-temps pour service hospitalier. Contacter Dr Navez. Tél. 02/358.31.52. Urgent.

- 00074 **CHAPELLE LEZ HERLT** : Centre médical spéc. situé à Chapelle lez Herlt cherche **GYNECOLOGUE** féminin pour reprendre consultation. Tél. : 064/44.41.71 **ET AUTRES SPEC.** sauf derm., opht, ORL, gastro, intern., gériatre, endocrino, psy, dent, labo, rhum.
- 00075 **FRANCE** : Association de trois médecins **RADIOLOGUES** recherche 4e associé. Leur activité comprend radio, écho, scanner et I.R.M. Cabinet en plein développement. Exercice en cabinet de ville et en clinique. Lieu : agglomération troyenne (TROYES-AUBE-FRANCE). Contact : Dr CULIOLI - Tél. : 00.33.3.25.71.03.23 - fax : 00.33.3.25.79.14.81 - E-mail : radiologie.3@wanadoo.fr.
- 00076 **FRANCE** : Urgent !! Littoral Côte d'Opale (62 - France) cède parts SCM **RADIOLOGIE** (6 associés). Accès à toute technologie d'imagerie. Tél. après 20 h : 00.33.3.21.83.21.38 ou 00.33.3.21.33.90.46.
- 00080 **A REMETTRE OU LOCATION** possible : cabinet **IMAGERIE MEDICALE** Bruxelles, bien situé. Bonne rentabilité. Ecrire au Journal (en mentionnant la référence de l'annonce) qui transmettra.
- 00081 **FRANCE** : Cause cessation d'activité **GYNECO-MEDICALE** en association, région Nord-Est de la France proche Arlon et Luxembourg, cède clientèle importante tenue 25 ans. Conditions intéressantes. Tél. : 00.33.3.82.24.41.55 ou en soirée 00.33.3.82.44.01.57 - Fax : 00.33.3.82.26.17.51.
- 00082 **FRANCE** (Bretagne - Fougère - 60 km du Mont-St-Michel) : **A REMETTRE** cabinet privé de **STOMATOLOGIE** parfaitement équipé. Activité d'orthodontie et de chirurgie buccale. Horaire confortable : 1,5 jour/semaine (cabinet et clinique privée), 1 heure/semaine (secteur public). Honoraires : 6,2 millions FB/an (secteur privé) + 300.000 FB/an (secteur public). Revenu net annuel global : 2,4 millions FB/an (impôts, charges sociales et professionnelles payées). Pas de rachats de clientèle. Possibilité d'extension (1 temps plein : 12-18 millions FB bruts/an). Contacter Dr Labat : 00.33.6.07.88.46.14, Dr Simon 00.33.2.31.66.90.11.
- 00083 **GUYANE FRANCAISE** : Cède en Guyane française cabinet **GYNECO-OBSTETRIQUE** libéral avec accès 3 cliniques. Très bon CA, gros avantages fiscaux, à prix sympa, tout équipé, possibilité de crédit sur place. Dr Klotz J.C. Email : jck@nplus.gf, fax : 00.33.5.94.30.96.24, tél. : 00.33.5.94.31.21.61.
- 00084 **G.-D. LUXEMBOURG** : Centre hospitalier du Nord Clinique Saint-Joseph, 10 rue G.-D. Charlotte, L-9515 Wiltz engage pour entrée immédiate ou à convenir médecin spécialiste en **RADIOLOGIE** (m/f). Le service comprend principalement : radiologie conventionnelle, scanner. Prière d'adresser votre demande avec curriculum vitae au Président de la Commission administrative. Le Président, John SHINN.
- 00085 **A LOUER** : **ETTERBEEK**, cabinet médical, meublé et équipé (anciennement cabinet de rhumatologie) libre suite au décès d'un confrère rhumatologue. Reprise d'équipements et meubles possible. Cherche successeur pour reprise dossiers patients. GSM : 075/36.49.68 – Fax : 02/215.27.72.

Table des matières

• Nouvel arrêté B6 en préparation	1
• Données se rapportant aux activités médicales dans les hôpitaux	3
• Modification de la liste des forfaits hospitaliers à partir du 1.10.2000 !	4
• Consentement éclairé – doc. de travail pour le Comité permanent des médecins européens	5
• La loi sur les mutualités est modifiée en profondeur	8
• Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé - INAMI	11
• Nombre maximal de services de radiothérapie	17
• Règlement INAMI : "hospitalisation en psychiatrie"	18
• La carte SIS ne serait plus liée au tiers-payant?	19
• Position éthique des médecins face à l'industrie du médicament	19
• Prix F.N.R.S.	27
• Club médical de Bruxelles - programme octobre et novembre 2000	28
• Musée belge de la radiologie	28
• Réunions scientifiques	29
• Annonces	31