
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° 8/ NOVEMBRE 2000

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

« DEADLINE » URGENCES

Le 1^{er} décembre 2000 sera-t-il la « Journée des attestations » ?

1. Assimilation « brevet de médecine aiguë »

L'A.M. du 12.2.1999 stipule que les médecins spécialistes **agréés** dans une des treize spécialités de base (anesthésie-réanimation, médecine interne, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, rhumatologie, chirurgie, neurochirurgie, urologie, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, pédiatrie et neurologie) **au plus tard le 30 novembre 2000, sont considérés comme ayant suivi la formation à l'article 5, § 2, 2°, b (brevet de médecine aiguë)** à condition :

- qu'une attestation délivrée et signée par le médecin chef du ou des établissements dans lequel/lesquels ils travaillent
- prouve qu'ils ont participé durant les deux années précédant le 1^{er} décembre 2000 de manière régulière, compétente et multidisciplinaire à la permanence médicale dans le service d'urgence.

La validité des attestations est subordonnée à la remise préalable et **au plus tard le 1^{er} mars 2001** d'une "**copie certifiée conforme à l'original**" adressée à l'administration de l'Art de Guérir du Ministère de la Santé publique (R.A.C., 1010 Bruxelles). (Il est préférable d'envoyer le document par recommandé.)

Les médecins spécialistes susvisés gardent leurs droits découlant de cette assimilation à condition de **pratiquer de manière régulière dans des services d'urgence et d'y entretenir leurs connaissances et leurs compétences.**

Remarques :

- Cela n'a pas de sens de demander ou de délivrer une attestation avant le 1^{er} décembre prochain. Le délai de la remise est fixé à trois mois, mais attention : **la période transitoire** (participation aux permanences sans attestation ou brevet) aura normalement **cessé ses effets dès le 1^{er} décembre !** (voir infra sous 2 : dispositions transitoires).
- Le médecin-chef peut étoffer son attestation : par exemple à l'aide des données que le demandeur (ou son médecin-chef de service) apporte lui-même pour appuyer la demande, la liste de garde soumise par le médecin-chef de service des urgences, les éventuelles pièces justificatives de la direction (ancienneté de la participation aux permanences, absence de plaintes, etc.), etc.

- L'attestation est en principe individuelle, tout comme l'agrégation. Rien n'empêche que le médecin-chef établisse une attestation collective (une liste des médecins de permanence, avec mention des spécialités de base respectives, adresse et numéro INAMI). Chaque médecin mentionné doit toutefois disposer d'un exemplaire signé ainsi que d'une copie du justificatif de l'envoi.

2. Période transitoire

L'A.R. du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre, prévoit une série de mesures transitoires à l'art. 13 :

- La permanence médicale peut, pour une durée de deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur de l'arrêté, également être assurée par un médecin spécialiste ayant obtenu son agrément dans une des treize spécialités susvisées.
- étant donné que l'A.R. a été publié le 19 juin 1998 et est entré en vigueur le 1^{er} jour du sixième mois suivant la publication, **cette période transitoire prend en principe fin le 1^{er} décembre 2000.**

Par conséquent, celui qui n'est pas en possession d'une attestation au 1^{er} décembre 2000 ne peut pas assurer la permanence de la fonction "soins urgents spécialisés".

Le médecin-chef devra absolument veiller à ce que tous les médecins inscrits sur la liste de la permanence à partir du 1.12.2000 dispose en temps utile d'une attestation avec la preuve de l'expédition.

- le ministre de la Santé publique peut toutefois prolonger ce délai transitoire s'il s'avérait que, à l'expiration de ce délai, un nombre encore insuffisant de médecins répondait aux conditions prévues. Ceci a été demandé pour toute sécurité au ministre. Pour l'instant, nous ignorons encore quelle suite sera donnée.

3. Candidats-spécialistes

Pour les candidats-spécialistes dans les treize spécialités susvisées, un autre règlement est d'application. Durant cette même période transitoire (qui devait en principe également prendre fin au 1.12.2000), ils peuvent assurer la permanence médicale à condition qu'ils ont reçu une formation d'au moins deux ans, que le service dans lequel ils assurent la permanence figure dans le plan de stage et qu'ils sont familiarisés, dans un service d'urgence, avec tous les aspects afférents à la réanimation et au traitement médical d'urgence. Si la permanence est assurée par un candidat-spécialiste, un médecin spécialiste doit être appelable.

Conformément à l'art. 9 de l'A.R. du 27.04.1998, les candidats-médecins spécialistes doivent, dans le cadre de leur formation, normalement répondre aux critères minimaux en matière de soins d'urgences multidisciplinaires, fixés par arrêté ministériel. Tant que ces critères minimaux ne sont pas définis, la période transitoire peut chaque fois être prolongée d'un an. Etant donné que les critères minimaux susmentionnés n'ont pas encore été définis, et que cela ne sera probablement pas le cas d'ici le 1^{er} décembre prochain, la période transitoire sera probablement prolongée d'un an.

LE STATUT SOCIAL 2000 : MONTANT EXACT 100.022 BEF

La cotisation INAMI pour l'année 2000 a finalement été publiée au Moniteur belge du 28 septembre 2000. La procédure de demande comporte deux étapes :

- La demande en vue de l'obtention du statut social doit être introduite par lettre recommandée adressée à l'INAMI **avant le 27 décembre 2000**. (La lettre recommandée doit arriver à l'INAMI au plus tard le 28.12.2000.) Un formulaire standard est disponible au Secrétariat du GBS.
- Lorsque vous répondez aux conditions, dans les trois mois suivant la réception de votre demande, l'INAMI vous adresse un formulaire au moyen duquel vous devez indiquer de quelle façon vous souhaitez utiliser votre statut social. Il existe plusieurs choix possibles en ce qui concerne les contrats à conclure. Vous pouvez réserver votre statut social auprès de l'INAMI, l'utiliser pour votre pension, éventuellement en combinaison avec une assurance revenu garanti conclue auprès de la Caisse de prévoyance des médecins ou auprès d'un assureur privé, ou l'utiliser lors de la conclusion d'une assurance vie.

Attention : En cas de conclusion de nouveaux contrats, c'est-à-dire les médecins demandant pour la première fois la cotisation INAMI ou modifiant leur choix doivent veiller à ce que le nouveau contrat soit conclu avant le **31 décembre 2000**. Le nouveau contrat doit en effet être conclu la même année que celle à laquelle se rapporte la première cotisation INAMI du contrat. En raison de la publication tardive, on peut donc être amené à conclure un nouveau contrat avant même de savoir avec certitude si la demande est acceptée ou non.

19 SEPTEMBRE 2000. - Arrêté royal fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2000 pour certains médecins par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et adaptant les montants de base des pensions de retraite et de survie visés par l'arrêté royal du 31 mars 1983 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins (M.B. du 28.9.2000)

[...]

Article 1er. La cotisation annuelle visée à l'article 2, § 1er, a) de l'arrêté royal du 31 mars 1983 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins est fixée à 100 022 BEF pour l'année 2000.

Art. 2. Les montants de base d'une part de la pension de retraite visée à l'article 6 et, d'autre part, de la pension de survie visée à l'article 7 du même arrêté sont, à partir du 1er janvier 2000, respectivement fixés à 167 744 BEF et 139 791 BEF par an.

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

Donné à Bruxelles, le 19 septembre 2000.

PROGRAMMES DE SOINS ONCOLOGIQUES

**Lettre à Mme M. AELVOET, ministre de la Santé publique,
et à M. F. VANDENBROUCKE, ministre des Affaires sociales (11.10.2000)**

Madame la Ministre,
Monsieur le Ministre,

Nous avons pris connaissance avec beaucoup d'intérêt de la proposition relative aux programmes de soins oncologiques.

Dans un premier temps, nous nous sommes demandé qui en était l'initiateur. La réponse nous paraît évidente : le lobby des oncologues médicaux (principalement ou exclusivement universitaires).

Ensuite, on est en droit de s'interroger sur les motifs à l'origine de telles initiatives. Ce même lobby affirmera à n'en pas douter que sur la base de leur expérience, la thérapie oncologique est mal exécutée dans notre pays. Il serait alors pourtant logique d'avancer des arguments étayés scientifiquement. Ce n'est naturellement pas le cas.

Des considérations économiques seraient-elles entrées en ligne de compte? Pourtant, force est de constater qu'en Belgique, des soins de santé de pointe sont dispensés à un prix extrêmement modique!

Une évaluation approfondie du système proposé montre qu'une réglementation coercitive lourde est imposée sans que son efficacité ou son coût réel (notamment en temps, heures de travail, personnel) n'aient fait l'objet de la moindre évaluation, et ce alors qu'elle présente un certain nombre d'injustices, qu'elle va à l'encontre de nos obligations professionnelles vis-à-vis du patient et de la logique d'une pratique médicale autonome ou en équipe. Est-il nécessaire d'ajouter que ces mesures ont été conçues sans concertation (si ce n'est avec une minorité non représentative).

On cherche avec raison la logique. D'une part, nos pneumologues, chirurgiens, radiothérapeutes, etc., en d'autres termes les spécialistes exerçant dans nos hôpitaux extrêmement corrects (bien meilleurs que les hôpitaux étrangers) bénéficient d'une formation excellente – selon des critères internationaux. D'autre part, on partirait maintenant du principe que ces mêmes spécialités ne disposeraient pas de la même faculté que leurs collègues universitaires, ni de l'intelligence ou de l'engagement nécessaire pour se familiariser avec les méthodes thérapeutiques les plus avancées dans le cadre de leur pratique médicale ou par des congrès, la littérature médicale, la recherche scientifique clinique, la formation continue (pour laquelle tout un système de formation continue a d'ailleurs été mis en place).

Le système proposé introduit une subordination intolérable, une méconnaissance inacceptable de la capacité médicale et de l'initiative du spécialiste "périphérique" par rapport au spécialiste "central" (pour ne pas dire "universitaire").

Il est clair que le but recherché est l'introduction de structures étatiques centralisées telles qu'on les connaît en Grande-Bretagne ou aux Pays-Bas, où les inconvénients du système apparaissent de façon de plus en plus criante. Au Royaume-Uni, le délai d'attente avant le traitement d'un carcinome oesophagien est de 5 mois !. Par ailleurs, nous n'avons encore rien dit des difficultés qui résulteraient des agréments multiples des divers "oncologues".

Malgré la prétendue amélioration de la qualité ou la limitation hypothétique des coûts, nous ne pouvons accepter un système imposant une transformation injustifiée de notre pratique médicale, que les autorités souhaitent d'ailleurs étendre progressivement à un nombre sans cesse croissant de domaines de la médecine. Nous réclamons une concertation rapide et approfondie avec les délégués représentatifs du corps médical.

En outre, il est clair que le principe de l'approche multidisciplinaire du cas oncologique guide depuis longtemps notre pratique médicale. La majorité des hôpitaux organise spontanément des discussions, par exemple hebdomadaires, entre les différents spécialistes.

Il est important que ces activités soient encouragées sur une base volontaire avec l'appui des associations professionnelles et scientifiques et sous le contrôle des GLEM. Cela s'effectuera certainement par le biais de règles de nomenclature adaptées à la concertation multidisciplinaire et à la mise au point d'un schéma organisationnel adapté qui sera réalisé à moyen terme (par ex. à 5 ans) et qui doit être doté d'une structure et d'un encadrement adaptés reposant sur un système de "peer review". Nous pensons que cette concertation pluridisciplinaire intercollégiale doit déboucher sur l'élaboration de guidelines auxquelles des représentants tant des grands centres que des petits centres et des représentants des spécialités médicales, chirurgicales et radiothérapeutiques doivent être associés.

Toutefois, nous estimons que cela ne doit pas se faire en plaçant les médecins dans un carcan et en tombant dans des systèmes bureaucratiques rigides, inconciliables avec notre pratique médicale habituelle et susceptibles d'engendrer des conflits, des frais supplémentaires, une perte de temps et d'efficacité. Nul doute que cela mettra une sourdine à la saine émulation et à l'initiative des spécialistes qui seront désormais placés dans une position subalterne totalement aléatoire et artificielle. Et ce au moment où un certain nombre d'hôpitaux fusionnés et de taille plus importante se renforcent pour s'assurer une place équivalente aux côtés (et parfois même au-dessus?) des hôpitaux universitaires. La volonté d'imposer un titre professionnel en oncologie à un certain nombre de spécialités pour permettre leur intégration dans les structures proposées est absurde in abstracto, mais est uniquement induite par le carcan rigide (non désiré) des programmes de soins proposés. La capacité de traiter des cas oncologiques est un élément essentiel

des différentes spécialités (pneumologie, chirurgie, etc.) et fait partie intégrante de leur domaine d'activité quotidien habituel.

Tout au plus, on pourrait admettre une compétence particulière en oncologie médicale à la condition qu'elle ne débouche pas sur une suprématie hiérarchique vis-à-vis des autres spécialités. En effet, il est inconcevable que l'"oncologue médical" soit une sorte d'"omniscient" dans le domaine de l'oncologie. Il n'est pas non plus acceptable de créer des compétences en oncologie dans les autres spécialités uniquement pour pouvoir incorporer ces spécialités dans un système coercitif artificiel, inutile et pompeux. En aucun cas démocratique !

Nous sommes fondamentalement opposés à la scission de la médecine en programmes de soins réduisant le médecin spécialiste en une sorte de zombie juste bon à réaliser des schémas imposés et des tâches bien définies. Est-ce là tout le champ d'action intellectuel que la politique de la santé réserve à quelqu'un ayant suivi une formation de 13 à 15 ans?

D'ailleurs, nous ne pouvons en aucun cas accepter ces concepts d'échelonnement pour le moins singuliers introduisant soudainement une "troisième ligne" imaginaire qui pourrait définir en toute légalité ce que la "deuxième ligne" (déclassée?) pourrait ou devrait traiter dans le domaine oncologique. Oseriez-vous étendre ce raisonnement de la "deuxième ligne" à la "première ligne" qui est quasiment sacro-sainte à vos yeux?

Enfin – et ceci est d'une importance capitale pour le patient – nous ne pouvons accepter une transformation radicale de notre pratique médicale qui concentrerait tous les cas oncologiques dans le service (de soins) oncologique. Cette conception n'a pas le moindre fondement rationnel. A l'heure actuelle, les structures hospitalières sont organisées par organe, de sorte que les patients présentant des affections à un même organe sont regroupés. Le personnel exerçant dans ce service peut dès lors se prévaloir d'une expérience considérable dans la symptomatologie et la pathologie qui y sont traitées. Le regroupement dans un service des patients ayant par exemple des tumeurs pulmonaires, intestinales, cutanées et cérébrales n'a pas de raison d'être : la symptomatologie et les exigences de soins de ces tumeurs respectives sont généralement plus apparentées à celles des autres patients présentant des affections au même organe, que les unes aux autres. Ceci vaut tant pour les problèmes médicaux que (et plus encore probablement) pour les patients subissant une résection de tumeur dans un organe. En outre, cette concentration ne constitue pas une solution adéquate pour les patients qui, notamment eu égard à leur âge, ne présentent souvent pas seulement une pathologie oncologique, mais des pathologies mixtes multiples.

Force nous est donc de constater que les concepts de "programmes de soins", les "groupes cibles" définis d'une manière très théorique, qui y sont associés, et le mode d'organisation des programmes sont conçus en dépit du bon sens suivant un schéma identique, sans que l'on se soucie véritablement de l'intérêt du patient individuel.

Nous vous saurions gré, Madame la Ministre, Monsieur le Ministre, de prendre ces arguments en considération et nous vous prions de croire en l'expression de notre considération distinguée.

Prof. Dr J. GRUWEZ
Président

LA POLITIQUE EN ONCOLOGIE : ET MAINTENANT?

Au début du mois d'octobre, le Conseil national des établissements hospitaliers a rendu un avis qui doit certes encore être approuvé et dans lequel le C.N.E.H. indique clairement que la note conceptuelle sur l'oncologie du 11.7.2000 des ministres ne constitue pas une bonne base pour organiser l'oncologie dans le Royaume de Belgique. Le C.N.E.H. confirme les principes à mettre en oeuvre pour garantir des soins corrects aux patients atteints d'un cancer, qui étaient en fait déjà contenus dans un avis initial rendu en octobre 1997 :

- *égalité d'accessibilité pour tous les patients (par quoi il faut entendre une répartition suffisante : tous les hôpitaux plutôt que quelques-uns)*
- *fonctionnement multidisciplinaire*
- *concertation, consensus, collaboration, réseau dans et entre les établissements hospitaliers*
- *enregistrement et contrôle de qualité*
- *accompagnement psychosocial, transmural et palliatif*

Le C.N.E.H. a constaté que de nombreux hôpitaux appliquent d'ores et déjà les principes de cet avis : des médecins oncologues ont été engagés et/ou mieux incorporés dans l'activité médicale (n.d.l.r. : malgré toutes

les discussions qui se poursuivent à propos des titres professionnels particuliers, notamment parce qu'il y a chaque fois de nouveaux projets normatifs qui interfèrent concernant les programmes de soins, en provenance des cabinets ministériels), une approche multidisciplinaire a été instaurée et/ou améliorée et des contrats de collaboration et un réseau entre des hôpitaux ont été renforcés et/ou structurés de manière plus formelle.

En outre, il apparaît que le C.N.E.H. opte pour une plus grande égalité là où les projets de normes relatifs aux programmes de soins introduisaient jusqu'à présent une relation hiérarchique entre les centres de contrôle B et les centres subalternes A. Le Conseil est d'ailleurs totalement opposé à la concentration d'activités et à l'instauration de monopoles.

En lisant entre les lignes, on peut en déduire que le C.N.E.H. espère probablement beaucoup d'une évaluation sur le terrain, c'est-à-dire de la récolte d'informations actuellement organisée par les autorités fédérale et communautaire. On peut dès lors se demander pour quelle raison tout doit être réglé dans l'urgence et de façon normative. Il paraîtrait qu'un nouveau projet ministériel serait déjà attendu pour la fin octobre concernant les programmes de soins oncologiques. Ne serait-il pas plus approprié de permettre à la structuration effective sur le terrain d'évoluer encore quelque temps dans un sens positif, éventuellement avec l'encadrement de mesures de soutien. En fin de compte, c'est surtout la promotion de la qualité pour le patient qui compte. Wait and see.

Concernant l'évolution au niveau des titres professionnels, pas mal de choses dépendront naturellement du nouveau projet de normes attendu. La tendance actuelle en la matière va, pour plusieurs disciplines, dans le sens suivant :

- maintien de la compétence oncologique comme une composante implicite de la spécialité de base sans réel besoin d'un titre professionnel particulier complémentaire
- à condition que les spécialités pour lesquelles une formation complémentaire et un titre professionnel particulier sont jugés souhaitables, ne s'octroient pas un monopole oncologique

Dans ce domaine également, le bon sens permet de dire qu'un développement positif correct sur le terrain débouchera à terme sur une situation plus claire, de sorte qu'à ce niveau également, il est préférable de ne pas devoir trancher sur-le-champ.

POLITIQUE RENOVÉE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS OBJECTIFS ET LIGNES D'ACTION

CABINET DU MINISTRE
16.10.2000

Avant-propos

Le premier texte de concertation (du 25/7/00) du Gouvernement fédéral, qui examinait les propositions en vue d'une politique rénovée en matière de médicaments, a suscité de nombreuses réactions des différents acteurs intéressés aux soins de santé, réactions qui tantôt soutenaient explicitement certaines parties du texte, tantôt en remettaient d'autres en question. De façon générale, ces dernières réactions peuvent se répartir en trois catégories, selon la nature et l'unanimité de l'argumentation.

- Réactions nées d'un malentendu, dû le plus souvent à des explications incomplètes ou insuffisantes dans le texte initial. De telles réactions pourront rapidement être dissipées lors des prochaines discussions par un meilleur commentaire.
- Réactions bien argumentées et donnant lieu à des propositions nouvelles et alternatives pour la politique rénovée en matière de médicaments et pour lesquelles les propositions des différents acteurs vont dans le même sens. Ces réactions méritent toute notre attention et notre appui, à condition qu'elles ne compromettent pas les objectifs généraux de la politique rénovée.
- Réactions bien argumentées et donnant lieu à des propositions nouvelles et alternatives pour la politique rénovée en matière de médicaments, mais pour lesquelles il existe un net désaccord entre les différents acteurs. Ces propositions peuvent être considérées comme des points noirs de la politique et peuvent éventuellement faire l'objet d'une concertation commune entre les différents acteurs.

Nous fondant sur les réactions susdites, nous avons complété et, en divers endroits, adapté le texte initial. Et ce, après concertation interne entre les différents cabinets concernés par la politique rénovée en matière de médicaments. Notre intention est que le présent texte serve de base à un accord avec le secteur, comme prévu dans l'article 191, alinéa 1^{er}, 15^o ter, de la loi AMI, telle que modifiée par la loi-programme du 12/08/00.

Le présent texte a reçu l'approbation du Gouvernement.

La task-force reprendra ensuite ses travaux, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique rénovée en matière de médicaments.

Politique rénovée en matière de médicaments

1. Principes

- La politique rénovée en matière de médicaments doit s'inscrire dans une politique globale en matière de santé et de soins de santé. La politique de soins de santé doit tendre à augmenter la qualité, l'efficacité et l'accessibilité de l'offre de soins. L'efficacité, soit un meilleur rapport entre la qualité fournie et les frais y afférents, peut se réaliser à un coût égal avec une amélioration de la qualité des soins ou par une diminution des frais moyennant le maintien de la qualité. Cela signifie également fixer des priorités en faveur des soins qui offrent le meilleur rapport prix/qualité. Élément important de la politique de soins de santé, la politique des médicaments doit tendre aux mêmes objectifs.
- Ces dernières années, nous constatons cependant une hausse des dépenses de médicaments qui est systématiquement supérieure à la hausse des dépenses totales des soins de santé. Par ailleurs, le dépassement du budget des médicaments est à peu près aussi important, voire, certaines années, supérieur au dépassement de la totalité des dépenses. Dans la mesure où une telle hausse des dépenses s'accompagne d'une augmentation de la qualité des soins et d'éventuelles économies dans d'autres secteurs des soins, un accroissement des dépenses est acceptable. Toutefois, l'accroissement des dépenses de médicaments s'avère souvent difficile à maîtriser et difficile à expliquer et peut, à la suite de réactions à court terme et de mesures ad hoc, créer l'incertitude chez tous les acteurs. Pour éviter cela, la politique à tous les niveaux du secteur doit mettre davantage l'accent sur la promotion de la qualité et le rapport prix/qualité des soins pharmaceutiques d'aujourd'hui et de demain.

⇒ **Pour cette raison, la politique rénovée en matière de médicaments (PRM) doit satisfaire aux lignes de force suivantes:**

1. Structures simplifiées et procédures accélérées tant pour l'admission de nouveaux médicaments que pour la révision de médicaments existants, avec un meilleur soutien scientifique et une plus grande attention pour les initiatives et les expériences européennes qui stimulent le rapport prix/qualité des soins ;
2. Garantie de l'offre d'innovations pharmacothérapeutiques ;
3. Incitation à une consommation de médicaments basée sur l'évidence et sur des directives médicales et prise en compte du rapport prix/qualité des diverses alternatives et de la place du médicament dans l'offre globale de soins ;
4. Objectifs budgétaires réalistes et fondés sur des options politiques objectives et avec instauration de mécanismes de récupération en cas de dépassement ;
5. Assurer un prix abordable pour le patient.

La suite du texte concerne uniquement le secteur des spécialités remboursables.

2. Structures et procédures pour le prix et le remboursement des médicaments remboursables

2.1. Admission de médicaments au remboursement

Certains éléments du système actuel fonctionnent bien à très bien. Nous mentionnerons entre autres le fonctionnement rapide de la Commission des prix et de la Commission de transparence, ainsi que la qualité de l'argumentation des avis de cette dernière.

La procédure actuelle pour le prix et le remboursement des médicaments présente quelques faiblesses - multiples commissions et conseils, délais beaucoup trop longs, éléments incomplets ou imprécis dans le dossier de demande - de sorte que l'évaluation peut difficilement être fondée, qu'il n'y a guère ou pas de concertation avec le présentateur, pas de commentaire public sur les avis et les décisions, ...

De plus, dans un marché ordinaire, le niveau de prix s'établit en fonction de l'offre et de la demande. Un aspect particulier des soins de santé est le caractère typique de la demande : en effet, le patient n'est pas un consommateur parfaitement informé et ne peut juger si le coût d'un médicament se justifie. Les autres acteurs sont mieux placés pour vérifier la valeur de celui-ci, grâce à l'analyse et l'expertise nécessaires. Ce n'est que lorsque ces acteurs du côté de la demande ont été suffisamment documentés qu'ils peuvent se faire un avis à part entière.

Pour remédier aux défauts précités de la structure et de la procédure actuelles, il est proposé une nouvelle procédure et une révision des structures. L'accent repose sur une évidence plus scientifique dans les avis d'admission, sur des informations plus complètes pour étayer l'avis en matière de prix, une circulation plus rapide des dossiers, un traitement adapté à leur complexité et à leur importance et sur un dégraissage des structures.

Concrètement, la procédure suivante est proposée (voir schéma en annexe) :

I. Le détenteur de la licence introduit une demande de remboursabilité auprès du secrétariat de la Commission de remboursement des médicaments (CRM). Le secrétariat de la CRM envoie le dossier pour information au ministère des Affaires économiques.

La CRM, résultat de la fusion de la Commission de transparence et du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques, se situe dans le cadre de l'INAMI. La CRM est composée des mêmes parties que celles qui siègent aujourd'hui dans les organes cités.

Sa composition tiendra compte de la part de responsabilité financière d'une part et du besoin d'expertise d'autre part. Les OA sont responsabilisés avec le système de responsabilisation financière. Les médecins et les pharmaciens auront une plus grande responsabilité dans la réalisation des dépenses de médicaments (voir plus loin).

Pour cette raison, la CRM se composera de 22 membres et d'un certain nombre de membres ayant voix consultative :

7 experts (dont le président)

8 représentants des organismes assureurs

4 représentants des associations professionnelles de médecins

3 représentants des associations professionnelles de pharmaciens

Auront voix consultative : 2 représentants de l'industrie + des représentants des ministères de la Santé publique, des Affaires sociales et des Affaires économiques.

Le dossier de demande répond à un format standard et sera constitué entre autres d'éléments portant sur :

1. Les indications demandées qui entrent en compte pour le remboursement,
2. Une proposition de base de remboursement,
3. Une proposition pour la catégorie de remboursement (A, B, C, Cs, Cx),
4. Une proposition de classe de plus-value.

Ce dernier concept mérite quelques explications. Le présentateur doit étayer la plus-value demandée sur la base de critères en matière d'apport du médicament au niveau clinique, social ainsi qu'économique et sanitaire, pour l'individu et pour la population. La plus-value d'un médicament est exprimée sous forme de classe de plus-value :

classe 1 – nette plus-value, qui modifiera fondamentalement l'approche thérapeutique actuelle ;

classe 2 – plus-value par rapport aux alternatives existantes, mais qui ne modifiera pas fondamentalement l'approche thérapeutique actuelle ;

classe 3 – pas de plus-value thérapeutique et pas de proposition pour une base de remboursement supérieure ;

classe 4 – médicaments essentiellement comparables (même principe actif, même conditionnement et même dosage), dont la base de remboursement devient inférieure à la base existante.
Il ressort de ces classes qu'une base de remboursement supérieure ne peut être accordée que s'il est question d'une plus-value supérieure (classe 1 ou 2).

Si la classe proposée par le présentateur est la classe 1 ou 2, des évaluateurs internes de la CRM, appuyés par des groupes de travail d'évaluateurs externes (expertise clinique / épidémiologique / économique), évalueront le dossier et prépareront une note de synthèse dans laquelle seront évalués les éléments ci-dessus (rapport d'évaluation). La plus-value y sera pesée par rapport à la base de remboursement demandée afin qu'il soit ainsi vérifié si le rapport prix/qualité est acceptable (p.ex. comparable au rapport prix/qualité des traitements admis aujourd'hui). Le rapport d'évaluation devra également satisfaire à un format standard. Il sera remis après 60 jours aux membres de la CRM. La CRM transmettra ensuite ce rapport au ministère des Affaires économiques, ainsi qu'au présentateur, dans un délai de 20 jours.

La durée totale de cette phase est, par conséquent, de 80 jours.

Si les évaluateurs et la CRM ne respectent pas ce délai, le ministère des Affaires économiques ne recevra que la demande du présentateur.

Le présentateur peut réagir par écrit au rapport d'évaluation dans un délai de 50 jours (= délai pendant lequel sera traité le dossier de prix – voir II).

Quant aux médicaments pour lesquels il est demandé une classe 3 ou 4, le présentateur n'est pas tenu de soumettre une argumentation sociale ou économique et sanitaire, et aucun groupe de travail d'évaluateurs externes n'est désigné pour ces médicaments.

II. Après réception du rapport d'évaluation, le présentateur introduit une demande de prix auprès de la Commission des prix des spécialités pharmaceutiques. Le dossier doit comprendre de manière transparente et vérifiable tous les facteurs économiques liés à l'offre qui expliquent la structure des prix de la spécialité. Le prix moyen dans les pays avoisinants peut figurer dans le dossier à titre indicatif.

La Commission des prix rend ensuite son avis sur le prix maximum du médicament sur le marché belge. Cet avis est suivi par une décision du ministre des Affaires économiques dans un délai de 50 jours. Cette décision est notifiée au présentateur en question. Si le ministre ne prend pas de décision, la demande du présentateur vaut pour décision.

Cette procédure implique que les informations relatives à la plus-value joueront un rôle dans la décision en matière de prix.

III. Décision concernant la base, les indications et le niveau de remboursement

- Dans le cas de médicaments pour lesquels la classe 3 ou 4 est demandée, la décision de remboursement est prise à la majorité simple par la CRM dans un délai de 30 jours et par notification du ministre ou des fonctionnaires délégués par lui et publiée périodiquement dans des listes au MB.
- Dans le cas d'une demande pour une classe 1 ou 2, la suite de la procédure se déroule comme suit. La CRM se prononce sur le dossier (base, indications et niveau de remboursement). A cet égard, le demandeur peut toujours être entendu s'il le souhaite.

Lorsqu'une majorité qualifiée (>2/3) est obtenue et que la base de remboursement correspond à la décision sur le prix, la décision projetée de la CRM vaut pour décision. Si la décision projetée ne correspond pas à la décision sur le prix, la CRM doit entendre le présentateur en question. Une décision doit être prise dans les 30 jours qui suivent la décision prise par le ministre des Affaires économiques concernant le prix.

S'il y a décision de la CRM, le ministre des Affaires sociales dispose d'un droit d'évocation qu'il exercera, le cas échéant, dans les 20 jours.

A défaut de décision de la CRM dans le délai de 30 jours, le ministre des Affaires sociales prendra une décision dans un délai de 20 jours.

Dans les deux cas, la notification se fait par le ministre ou par les fonctionnaires délégués par lui et par publication périodique des listes au MB.

Le secrétariat de la CRM veillera au respect des délais.

La législation et la réglementation contiendront également les dispositions relatives à la publication des obligations de la firme en ce qui concerne la commercialisation des spécialités pharmaceutiques.

2.2. Révision individuelle des dossiers

Chaque médicament pour lequel une classe 1 ou 2 a été demandée et obtenue fera l'objet d'une révision de dossier dans un délai de 1,5 à 3 ans. Le délai pendant lequel se fera cette révision ainsi que les études qui doivent avoir été remises au moment de la révision par le demandeur sont définis lors de la décision sur l'admission.

Les résultats des études demandées seront communiqués par le demandeur dans un dossier transmis à la CRM. La procédure qui suit est identique à la procédure d'admission.

Au cas où une révision de l'enregistrement des spécialités (Santé publique) déboucherait sur d'autres indications ou une autre posologie, une révision annuelle des conditions d'admission serait immédiatement entamée.

Remarque 1

Dans le passé, il est arrivé pour certains dossiers que la décision sur le prix prise par les Affaires économiques ne correspondait pas à la base de remboursement recommandée par les Affaires sociales. Il convient toutefois d'éviter que le patient ait à supporter la différence éventuelle.

La nouvelle procédure fixée résout déjà en partie ce problème en :

1. Donnant plus de poids aux informations sur la plus-value pour la décision sur le prix ;
2. En prévoyant l'obligation d'entendre le présentateur afin d'obtenir un accord.

Une protection supplémentaire pour le patient consiste à ce que – jusqu'à la révision individuelle du dossier après 1,5 à 3 ans (voir par. 1.2) – le présentateur en question supplée la différence entre le prix et la base de remboursement, au moyen d'une compensation en fin d'année, sur la base des volumes vendus pendant l'année en question. Une telle clause peut faire partie de l'accord entre la CRM et le présentateur en question, mais ne peut pas être imposée par le ministre au présentateur.

Remarque 2

Pour optimiser la coordination des procédures et la disponibilité des personnes et des moyens, il sera également examiné si l'ensemble des procédures relatives au prix et au remboursement, mais aussi à l'enregistrement et au suivi et à l'orientation du marché pharmaceutique pourra, à terme, être repris par une Agence fédérale.

Remarque 3

Les médicaments orphelins sont soumis aux mêmes procédures de prix et de remboursement que les autres médicaments. Dans la décision sur le remboursement, il est toutefois déterminé aussi un volume en fonction de l'épidémiologie du syndrome en question. Il en résulte un contrat prix-volume, lequel donne ainsi une responsabilité financière à la firme individuelle.

Cela s'inscrit dans une approche plus large de la problématique des médicaments orphelins, actuellement préparée par le Gouvernement dans le cadre du Règlement européen 141/2000.

Remarque 4

Une procédure relative à la publication des avis et décisions dans le cadre de l'admission des spécialités est mise au point.

Remarque 5

La CRM et la Commission de prix des spécialités pharmaceutiques doivent toutes deux être en mesure de suivre l'évolution du marché des médicaments remboursables et des médicaments non remboursables. A cet effet, le ministère des Affaires économiques transmettra avec régularité à la CRM des informations sur les médicaments non remboursables tout comme l'INAMI transmettra également avec régularité à la Commission des prix des informations sur les médicaments remboursables.

Remarque 6

Quant à l'importation parallèle, il est appliqué une procédure d'admission abrégée pour la CRM.

3. Consommation de médicaments sur la base de l'évidence et du rapport prix/qualité

La politique relative à la consommation de médicaments basée sur l'évidence et attentive au rapport prix/qualité couvre quatre domaines :

1. la révision des conditions de remboursement
2. la prescription et la délivrance correctes de médicaments
3. la promotion des médicaments génériques et des copies

4. la révision du système de distribution actuel.

3.1. Révision des conditions de remboursement

Principe

L'instauration d'une nouvelle politique de médicaments en matière d'admission et de révision individuelle des classes mènera à terme à un arsenal thérapeutique constitué selon les critères du rapport prix/qualité.

A bref délai, les classes existantes, pour lesquelles l'évidence est réduite ou pour lesquelles l'introduction de nouvelles méthodes de soins alternatives peut remettre en question l'actuel rapport prix/qualité, devront également être revues.

Instrument et méthode

Est proposée la méthode suivante :

- Annuellement, certaines classes pharmaceutiques sont sélectionnées pour révision des critères d'admission. La CRM décide du choix des classes, sur la base de la littérature médicale.
- La révision se déroule comme suit :
 - La CRM fait expertiser par des évaluateurs les aspects cliniques, sociaux ainsi qu'économiques et sanitaires de la classe choisie, sur la base de la littérature scientifique et sur la base d'études émanant des présentateurs des médicaments de la classe en question.
 - L'évaluation donne lieu à une appréciation de la classe en général et des médicaments de la classe en particulier (base de remboursement, indications, taille du conditionnement, ...).
 - Cette appréciation est communiquée lors d'une conférence de consensus ou d'une autre forme de peer review et peut donner lieu :
 - 1° à un avis de révision -auquel cas les procédures de la révision individuelle sont poursuivies- ou
 - 2° à des directives de pratique médicale pour les médecins ou
 - 3° aux deux possibilités.

3.2. Prescription et délivrance correctes de médicaments

Principe

- Une utilisation correcte des médicaments, basée sur l'évidence, implique en principe que seuls sont utilisés les médicaments pour lesquels il existe des études validées, que ceux-ci sont utilisés de manière adéquate (indications, doses, ...) et que le choix du médicament tient compte du rapport prix/qualité.
- En réalité, cet objectif ne peut être atteint dans l'immédiat. Cependant, il est possible de tendre à obtenir un degré plus élevé de prescription adéquate.

Instruments et méthodes

- Pharmanet dispose de certains indicateurs qui montrent clairement la variation dans le comportement prescriptif. Des directives de pratique médicale, pour et par les médecins et les pharmaciens, permettent de formuler des objectifs afin de tendre, au moyen d'une prescription adéquate, à une consommation de médicaments optimale. Cela doit se faire en parallèle avec des expériences scientifiques destinées à évaluer l'effet de cette consommation optimale. Une fois que l'effet désiré aura pu être déterminé, l'obtention de celui-ci pourra être liée à une responsabilisation collective des dispensateurs.
- A ce sujet, les acteurs intéressés en premier lieu sont les médecins et les pharmaciens, mais aussi d'autres dispensateurs de soins, l'industrie et les patients concernés. Les pouvoirs publics doivent stimuler ces acteurs et promouvoir la concertation. En ce moment, il existe de multiples "cellules", "comités", "centres" qui prennent des initiatives sur le plan de l'information et du feed-back en matière de prescription de médicaments. Leur structure actuelle sera redéfinie en mettant l'accent sur la coordination des activités dans la cellule de médicaments à élargir, sur l'informatisation, l'engagement des acteurs et l'obligation de résultat. Chaque année, un planning concret des activités d'information et de feed-back sera établi et présenté aux acteurs. A terme, l'agence de médicaments précitée pourra assurer ce rôle.
- Les règles relatives au Chapitre IV (AR 2/9/80) seront revues conformément aux conventions faites dans le groupe de travail spécial au sein de l'INAMI.
Cela implique :

- * d'une part une simplification administrative extrême des conditions de remboursement actuelles (éclaircissement des critères, standardisation des demandes par l'introduction d'un système de check-list, adaptation des délais, simplification des autorisations).
le groupe de travail est invité à formuler des propositions pratiques pour la fin 2000, notamment en matière d'antiulcéreux et d'hypolipémiants ;
- * d'autre part, le lancement d'une évaluation a posteriori, sous la coordination de la Commission nationale médico-mutualiste. A cette fin, dans une première phase – dans le courant de l'an 2001 – une expérimentation sera organisée par rapport à tous les prescripteurs dont le comportement prescriptif sera évalué a posteriori à la lumière d'analyses par échantillonnage.
- * cela n'ôte rien à la mission des OA de veiller au respect des règles de remboursement par les médecins
- * si l'expérience porte ses fruits, l'évaluation a posteriori sera généralisée. Ensuite, si, compte tenu de tous les critères objectifs et mesurables, des médecins s'écartent fortement, d'après les données de Pharmanet, du profil prescriptif voulu, une nouvelle demande a priori sera introduite pendant un an pour ces médecins.

Le passage à une évaluation par échantillonnage ne s'appliquera pas aux médicaments d'un coût relativement élevé et d'un volume relativement faible.

- En concertation avec la Commission nationale médico-mutualiste, des projets seront lancés, qui permettront d'examiner la responsabilité financière des médecins en ce qui concerne leur comportement prescriptif. Cela peut s'appliquer entre autres aux spécialités génériques (voir plus loin), pour lesquelles les données de Pharmanet permettent de faire une évaluation correcte du comportement prescriptif individuel.
- Dans les hôpitaux, la forfaitarisation relative à la prophylaxie aux antibiotiques est déjà d'application en ce moment. Progressivement, d'autres classes entreront en compte pour la forfaitarisation, chaque fois après une étude et une concertation approfondies.

3.3. Promotion des génériques et des copies

Principe

La Belgique se caractérise par une très faible pénétration des produits génériques et des copies. Le problème présente plusieurs aspects. Les dispensateurs manquent de confiance dans la qualité et les patients manquent d'informations. Cependant, il importe de promouvoir les médicaments génériques et les copies parce qu'ils permettent d'obtenir une qualité égale à un prix inférieur.

Instruments et méthode

Sont proposées les mesures suivantes :

1. Bien que tous les médicaments, y compris les génériques et les copies, soient évalués dans le cadre de l'enregistrement, quant à leur qualité, sécurité et efficacité, il est indispensable que les dispensateurs de soins et les patients aient une garantie en matière de bio-équivalence et/ou d'équivalence thérapeutique pour les génériques et des copies, et que les pouvoirs publics fournissent les informations nécessaires à ce sujet. C'est pourquoi une liste sera publiée au premier trimestre 2001, qui donnera un aperçu de tous les principes actifs pour lesquels des alternatives bio-équivalentes et/ou thérapeutiques équivalentes existent. Cette liste sera adaptée 2 fois par an.

2. Dans les hôpitaux, on s'efforcera de trouver, en matière de prix, de base de remboursement et de remboursement des génériques et des copies, un système de remboursement de référence : si, pour un même principe actif et une forme d'administration identique, différentes spécialités sont disponibles à des prix différents, celles-ci seront toutes remboursées sur la base de l'alternative la plus économique disponible sur le marché. Si l'hôpital persiste à acheter un produit plus cher, cela ne pourra avoir d'effet sur l'intervention personnelle du patient étant donné le montant fixe du ticket modérateur pour les médicaments délivrés à l'hôpital.

3. Dans le secteur ambulatoire, si différentes spécialités sont disponibles pour un principe actif et une forme d'administration identique, un remboursement de référence sera également instauré : si, pour un même principe actif et une forme d'administration identique, différentes spécialités sont disponibles avec une différence de prix d'au moins 16%, le remboursement de référence sera fixé à 16% en dessous du niveau de la spécialité de référence.

Le niveau de remboursement de référence sera redéfini 2 fois par an.

Parallèlement à l'instauration de ce régime, les patients seront informés du coût de toutes les alternatives. De cette manière, le patient pourra inciter le médecin à prescrire des génériques et des copies. D'autres acteurs

aussi joueront un rôle ici : les médecins et les pharmaciens doivent organiser une concertation locale en matière d'usage des génériques et d'approvisionnement suffisant ; les OA peuvent jouer un rôle dans l'information des patients ; une campagne fédérale sera également menée à ce sujet. Les médecins seront encouragés financièrement à prescrire des génériques. Le médecin pourra aussi mentionner le nom générique sur la prescription s'il le désire.

Exemple pour une spécialité de cat. B

La spécialité de référence coûte 1.000 F et est remboursée 750 F

Le générique est mis sur le marché à 840 F. Le remboursement de référence est calculé à -16% du montant remboursé, autrement dit remboursement maximum de 630 F (= 75% de 840). Le patient qui achète l'original paie 370 F de sa poche. Le patient qui achète le générique paie 210.

Un deuxième générique est mis sur le marché à 600 F. Le remboursement de référence reste à -16% (840). Le patient qui achète ce deuxième générique paie 210.

3.4. Révision du système de distribution actuel

Principes

Le système de distribution actuel met trop l'accent sur la distribution et pas assez sur les soins. Les problèmes sont abordés le plus souvent d'un point de vue purement financier. Plusieurs acteurs s'interrogent à ce propos. La nouvelle politique doit viser à être plus attentive à la qualité dans le secteur de la distribution tandis que le coût reste sous contrôle et reflète correctement la qualité.

Instruments et méthode

Sont proposées les mesures suivantes :

- Dans le cadre de la recherche d'un rapport prix/qualité optimal, il importe que les pharmaciens soient davantage intéressés aux soins pharmaceutiques : suivi de la prise réelle des médicaments, protocoles de délivrance, meilleurs conseils sur l'utilisation correcte des médicaments, rôle plus explicite en matière de pharmaco-vigilance, concertation avec les médecins, collaboration avec les hôpitaux, etc.
- A court terme, l'adaptation des marges convenue pour les produits onéreux sera effectuée par les pouvoirs publics, afin de garantir la délivrance rapide de ces produits.
En revanche, la distribution s'engagera à poursuivre sa collaboration positive en vue de garantir la délivrance effective des médicaments, et à développer Pharmanet piste unique. Un rapport de l'INAMI sur l'introduction du code-barre séquentiel est attendu à ce sujet.
- Une restructuration des marges sera élaborée. La base de départ est que le pharmacien reçoit deux rémunérations :
 - une partie "rémunération commerciale", qui couvre l'exploitation de l'officine, les investissements nécessaires et la gestion de stock. Cette rémunération est en partie fonction du chiffre d'affaires en termes de volume (et donc une constante par conditionnement quel que soit le coût) et en partie fonction du chiffre d'affaires en termes de valeur (et donc une variable dépendant du prix du produit délivré) ;
 - une rémunération "soins pharmaceutiques". Il peut être opté ici pour une rémunération forfaitaire qui, toutefois, peut varier d'une catégorie de médicaments à l'autre selon la nécessité de soins pharmaceutiques et leur intensité.

En contrepartie, on pourra alors avoir : l'élaboration concrète du concept de soins pharmaceutiques, une obligation de résultat pour les pharmaciens concernant ces soins pharmaceutiques, qui peut être objectivée et vérifiée, et la prise de responsabilité financière du budget des médicaments. La discussion sur la distribution pourra ensuite aborder aussi les marges du commerce de gros, la flexibilité des marges et la destination des conditions d'achat.

4. Fixation du budget et mécanismes de récupération

4.1. Principes

- La fixation d'un budget réaliste pour les médicaments n'est pas un objectif en soi, mais s'inscrit dans la politique, en tant qu'instrument permettant de mettre en œuvre les principes de la politique. En effet, des dérapages budgétaires sans aucun mécanisme de récupération peuvent entraîner des mesures adéquates qui ne correspondent pas nécessairement à l'optique de la politique poursuivie.
- Le principe de la budgétisation assortie d'une possibilité de récupération est dès lors intégré dans la politique renouée en matière de médicaments, afin d'améliorer la stabilité du secteur.

4.2. Définition des notions

L'enveloppe (= budget fermé avec possibilité de récupération) est fixée pour les spécialités remboursables. Dès lors, les autres rubriques du secteur des prestations pharmaceutiques sont exclues de cette enveloppe. L'enveloppe porte donc uniquement sur :

- les spécialités remboursables délivrées par les officines publiques aux bénéficiaires non hospitalisés ;
- les spécialités remboursables délivrées par les officines hospitalières aux bénéficiaires non hospitalisés ;
- les spécialités remboursables délivrées par les officines hospitalières aux bénéficiaires hospitalisés.

L'enveloppe est calculée sur la base des dépenses enregistrées d'une année civile. Si des différences sont constatées, qui peuvent s'expliquer par une comptabilisation accélérée ou retardée, les dépenses seront corrigées en conséquence.

4.3. Montant du budget

Le budget est établi chaque année par AR délibéré en Conseil des ministres, après avis du Conseil général et du Comité de l'assurance.

Un budget réaliste doit reposer sur une analyse de tendances sur la base des dépenses du passé, mais corrigées pour les effets budgétaires de mesures politiques prévues, et compte tenu des possibilités budgétaires.

A plus long terme, des considérations concernant les transferts entre les secteurs seront également intégrées dans le budget. Cette possibilité résultera de l'augmentation systématique du nombre de révisions individuelles et des révisions de classes, et de l'accumulation de l'évidence y afférente.

Le raisonnement suivant a été appliqué au budget 2001 :

Le tableau 1 donne les dépenses enregistrées de 1995 à 1999 inclus, pour les trois groupes de spécialités.

	1995	1996	1997	1998	1999
Officine	45373	50857	54109	58172	63742
Hôpital ambulatoire	3324	4080	4646	5286	5923
Hôpital	13907	15520	14505	16313	15924
Total	62604	70457	73260	79771	85589
Accroissement		12,54%	3,98%	8,89%	7,29%

Tableau 1: dépenses enregistrées de 1995 à 1999 inclus, pour les trois groupes de spécialités (en millions de BEF)

Le tableau 2 présente les résultats d'une analyse de l'INAMI, selon la méthode des moindres carrés, ce qui donne une estimation des montants prévus pour 2000 et 2001.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Officine	45373	50857	54109	58172	63742	67616	71684
Hôpital ambulatoire	3324	4080	4646	5286	5923	6539	7113
Hôpital	13907	15520	14505	16313	15924	16552	17015
Total	62604	70457	73260	79771	85589	90707	95812
Accroissement						5,98%	5,63%

Tableau 2: estimation des dépenses pour 2000 et 2001 selon une analyse de régression (en millions de BEF)

Selon cette méthode, le budget estimé s'élève donc à 95,81 milliards de BEF.

Il est peu utile d'aligner l'évolution du budget belge sur les moyennes internationales. Celles-ci intègrent en effet des chiffres de pays présentant par tradition des dépenses de médicaments faibles et élevées par tête (la Belgique compte parmi les pays ayant des dépenses élevées par tête). Par ailleurs, ces pays ont également différents systèmes de soins de santé, un taux de pénétration différent pour les génériques, différents niveaux de dépenses publiques pour les soins de santé, etc. A titre indicatif, l'accroissement moyen

dans les pays voisins (NL, UK, F, D) est de 5,7%. Si nous appliquons ce dernier pourcentage, nous arrivons à un budget de 95,6 milliards de BEF pour 2001.

Il est donc proposé d'effectuer les futures prévisions budgétaires sur la base des estimations techniques de l'INAMI. L'industrie pharmaceutique participera également à une concertation budgétaire annuelle avec les autorités.

Le montant de 95,81 milliards de BEF doit encore être adapté compte tenu des effets directs de mesures prévues à court terme.

a. Instauration d'un remboursement de référence pour les médicaments génériques

- Les détails de cette mesure sont exposés dans le paragraphe "comportement prescriptif correct". Seuls les aspects budgétaires sont décrits ci-dessous. Selon les calculs de l'INAMI, des économies totales potentielles pour un montant de 1,6 milliard de BEF peuvent être réalisées si les prescriptions de tous les produits dont le brevet est actuellement expiré étaient remplacées par des prescriptions de leurs substituts génériques et/ou copies respectifs moins coûteux. Si une diminution de 16% est réalisée, l'économie sera de 1,35 milliard de BEF. Dans d'autres pays où des stimulants similaires ont été instaurés pour les médicaments génériques, l'effet est apparu plus important et, de surcroît, rapidement perceptible.
- Pareille mesure a ainsi un double effet : non seulement le prix moyen des médicaments concernés diminuera, mais l'attrait pour les nouveaux médicaments génériques augmentera. En Belgique, des médicaments génériques sont attendus en 2001 pour certaines spécialités importantes.
- Le Gouvernement a pour ambition d'instaurer le système à partir du 1/5/2001. L'économie qui en résultera sera de 787 millions de BEF. Compte tenu des génériques supplémentaires, une économie totale de 1,03 milliard est visée.
- Si le Gouvernement ne réalise pas cette mesure ou ne la réalise pas en temps opportun, ce montant sera neutralisé lors de la récupération.
- Lorsque le système de prix de référence aura pris place dans les hôpitaux, la mesure obligeant les hôpitaux à tarifier les médicaments au prix d'achat réel sera levée.

b. Adaptation de la marge bénéficiaire des pharmaciens

- Dans le cadre de l'accord avec les pharmaciens (voir par. 3.4), un relèvement des marges est prévu à concurrence de 330 millions de BEF (en fonction du rapport de l'INAMI).

c. Oxygène

- L'oxygène sera classé parmi les spécialités pharmaceutiques à partir de 2001 et disparaîtra du budget des préparations magistrales. Il s'agit d'une simple modification comptable, qui représente néanmoins une augmentation de 200 millions de BEF dans l'enveloppe que nous prévoyons.

d. Harmonisation de la pratique médicale

- Des réunions en vue d'harmoniser la pratique médicale ont eu lieu récemment, au sujet des antihypertenseurs, des antidépresseurs, des antibiotiques et des AINS. Les données Pharmanet font ressortir des écarts importants dans le comportement en matière de prescription dans ces domaines. La confrontation de ce comportement aux directives en matière de pratique médicale montre qu'une partie de ces différences peut être évitée par un meilleur respect des directives. Mais il n'est pas certain qu'il en résultera toujours des économies. En effet, une meilleure pratique n'équivaut pas forcément à une pratique moins coûteuse. Dès lors, il est proposé d'examiner concrètement l'impact budgétaire des directives en matière de pratique pour ces quatre classes et de l'intégrer au budget 2002.

e. Réduction du prix des vieilles spécialités (>15 ans) ou résultant du passage du Chap. IV au Chap. I

- Selon les calculs de l'INAMI, les économies visées par la réduction du prix des vieilles spécialités et le passage de quelques spécialités du Chap. IV au Chap. I, s'élèveraient à 470 millions de BEF en 2001. Les modalités en matière de neutralisation quant aux mesures non exécutées, telles que décrites sous a, sont également d'application.

f. Aspects divers

- Outre les aspects précités, il faudra tenir compte à l'avenir des conséquences budgétaires des éléments suivants : la délivrance effective, la forfaitarisation dans les hôpitaux, la révision du système des marges de distribution, la révision des classes thérapeutiques et l'admission accélérée de nouveaux médicaments. Ces mesures n'auront leur plein effet qu'en 2002 et il est proposé d'effectuer en 2001 une évaluation correcte de leur impact.

g. Blocage des prix

- Le blocage du prix des médicaments est maintenu.

Compte tenu des adaptations précitées, le montant total proposé s'élève à 94,842 milliards de BEF. A titre d'information, il s'agit pour tout le Secteur pharmaceutique (y compris les préparations magistrales, les honoraires de garde, les produits sanguins, etc.) d'un montant de 94,842 milliards + 5,717 milliards = 100,559 milliards de BEF.

Il est prévu en outre un montant additionnel de 70 millions de BEF pour les coûts d'administration liés au développement de l'expertise au sujet de la nouvelle procédure d'admission et de révision.

4.4. Mécanismes de récupération

En cas de dépassement du budget des médicaments, l'industrie pharmaceutique contribuera à la récupération du dépassement pour un % du dépassement. Ce montant est annuellement recalculé par l'INAMI et reflète la part du prix ex-usine dans les dépenses de l'INAMI. Pour 2001, ce taux est fixé à 65%. Le montant de dépassement est réparti entre les firmes qui cotisent chacune en fonction de leur chiffre d'affaires.

En ce qui concerne le dépassement global, les organismes assureurs contribueront chacun en fonction du montant légalement fixé dans le cadre de leur responsabilité financière.

A l'avenir, il peut être envisagé de récupérer une partie du dépassement auprès des pharmaciens. Cette éventualité est liée à l'extension des soins pharmaceutiques (voir par. 3.4). Il sera aussi examiné comment associer d'autres acteurs à ce système.

A l'avenir, on s'efforcera de procéder par enveloppes complètement fermées, ce qui suppose une récupération de 100%.

Sont applicables à l'industrie les modalités suivantes.

- La cotisation fixe de 4% est maintenue, pour des raisons budgétaires, en 2001. En 2002, cette cotisation sera réduite à 3%.
- Ensuite viendra, à partir de 2002, une cotisation provisionnelle de 2% sur le chiffre d'affaires. En cas de dépassement du budget et après répartition des 65% entre les différentes firmes, il sera examiné par firme si la cotisation est suffisante. Dans la négative, une cotisation supplémentaire sera instaurée pour les firmes en question, à concurrence du montant restant. Si la cotisation est suffisante, le montant restant sera transféré à un fonds de récupération.
- Si le budget n'est pas dépassé dans les autres secteurs des soins de santé, 25% de ce boni seront déduits du dépassement en matière de médicaments. Le montant net fera ensuite l'objet de la récupération.
- A plus long terme, des budgets pour certaines classes thérapeutiques seront progressivement instaurés, mais uniquement pour les classes pour lesquelles des données suffisantes existent en ce qui concerne l'épidémiologie de l'affection, les effets sanitaires des médicaments en question et leurs effets sur d'autres secteurs - en d'autres termes les classes qui auront fait l'objet d'une révision. Lors de la fixation des budgets, il s'agira de tenir compte de ces effets sur d'autres secteurs.
- Un inventaire des dépenses de promotion de médicaments sera entamé, par analogie à ce qui a été fait en France ainsi que, récemment, aux Pays-Bas.

Annexe:

collage 9 cm

SOUTIEN ET STRUCTURATION DES SOINS DE PREMIERE LIGNE

POSITION DES PEDIATRES

Prise de position sur les soins primaires en pédiatrie – Juillet 2000
Académie belge de pédiatrie

INTRODUCTION : Pour élaborer une politique de santé de l'enfant, il est nécessaire de considérer cet enfant dans tous ses aspects. La pédiatrie se différencie des autres spécialités en ce qu'elle concerne une tranche déterminée de la population et non pas un organe. La pédiatrie a toujours eu pour but une approche globale de l'enfant. L'enfant n'est pas un adulte en miniature mais un individu à part entière.

Dans cette tranche d'âge pédiatrique, la croissance, la maturation et la différenciation sont des caractéristiques essentielles qui doivent être prises en compte aussi bien dans une approche préventive que curative.

Lorsque l'on doit juger de l'état sain ou malade d'un enfant, une connaissance des normes ou de la variabilité spécifique à l'âge est indispensable. La prise en charge diagnostique et thérapeutique doit rencontrer des exigences spécifiques adaptées à l'enfant. Chez l'enfant, il n'existe souvent pas de corrélation entre la gravité des symptômes et celle de l'affection sous-jacente.

La formation de base, l'expérience et la formation continue sont extrêmement importantes pour pouvoir différencier des situations banales d'autres pathologies graves ou menaçantes pour la vie. Elles permettent aussi d'éviter la prescription de traitements inutiles. Les médicaments doivent être utilisés chez l'enfant avec la plus grande circonspection.

Dans le cadre d'une programmation de soins primaires de qualité pour l'enfant, une collaboration entre les médecins généralistes et les pédiatres est indispensable. En effet, l'enfant a droit à être traité par des médecins spécialement et spécifiquement formés à assurer sa prise en charge aussi bien au niveau des soins primaires que de soins plus spécialisés.

SITUATION ACTUELLE : Les soins donnés par le pédiatre se situent actuellement tant au niveau extra-hospitalier que hospitalier.

L'activité extra-hospitalière du pédiatre se pratique principalement en cabinet, dans des institutions pour enfants ou de médecine préventive. Dans la plupart des régions et spécialement dans les villes où se concentre la population, de nombreux parents choisissent naturellement le pédiatre comme médecin traitant de leur enfant.

Les services d'urgence connaissent une popularité croissante, mais l'augmentation des urgences pédiatriques est proportionnellement bien plus rapide. La majorité des patients s'y présente spontanément. Les enfants ne sont pas toujours examinés par un pédiatre.

Trop d'enfants qui ont besoin d'examens particuliers sont envoyés chez des spécialistes moins expérimentés dans le domaine pédiatrique; bien souvent, un pédiatre plus spécialisé pourrait réaliser les examens nécessaires dans de meilleures conditions.

PERSPECTIVES :

Dans le cadre des soins primaires, les parents doivent conserver le libre choix du pédiatre comme médecin traitant de leur enfant. A ce médecin traitant d'enfant doivent incomber les mêmes devoirs et les mêmes droits qu'aux autres médecins traitants, tels que conditions de garde du dossier médical, référence vers des sous-spécialistes pédiatriques, visites de patients hospitalisés, continuité des soins etc...

Les pédiatres doivent garder une place centrale dans les soins aux enfants, y compris dans les soins primaires. Pédiatres et généralistes doivent être impliqués ensemble dans l'organisation de la première ligne de soins pour enfants.

Tout enfant se présentant dans un service d'urgence devrait pouvoir être pris en charge par un pédiatre. L'organisation de l'accueil des urgences pédiatriques doit se faire sous la responsabilité du pédiatre en accord avec les services d'urgence existants.

Dr Michel PLETINCX
Président de
l'Académie Belge de Pédiatrie

Prof. Willy PROESMANS,
Vice-Président de
l'Académie Belge de Pédiatrie

POSITION DES OPHTALMOLOGUES

Lettre de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en ophtalmologie et chirurgie oculaire à la Ministre de la Santé publique, M. Aelvoet

Madame la Ministre

Dans une circulaire relative au "**Soutien et à la structuration des soins de première ligne**", vous avez demandé aux différentes Unions professionnelles de jeter un regard critique sur votre proposition.

Nous sommes honorés que vous nous consultiez avant de prendre des décisions qui pourraient avoir un impact considérable sur la qualité des soins.

Notre Union professionnelle a la conviction que les ophtalmologues doivent toujours revêtir une fonction de première ligne eu égard à la nature de leur spécialité.

Par expérience, nous savons que les médecins généralistes peuvent certes dispenser correctement les premiers soins dans le cas d'accidents banaux, mais qu'ils ne disposent évidemment pas ni des connaissances ni du matériel nécessaires pour poser un diagnostic différentiel pour les autres affections oculaires et mettre en place le traitement adéquat.

C'est d'ailleurs pour cette raison qu'un candidat ophtalmologue doit encore suivre 4 à 5 ans de spécialisation, à l'issue de ses études de médecine, pour acquérir les connaissances nécessaires.

Par voie de conséquence, le traitement d'affections oculaires par des non-médecins entraîne une situation médico-légale dont le praticien ne peut pas se tirer impunément en cas d'erreur de diagnostic et de traitement. Nous pensons aux plaintes fréquentes que nous entendons d'ores et déjà chez nos patients en cas de non-diagnostic d'herpès de la cornée, d'iritis, de glaucome, d'inflammations virales, etc.

Une autre considération est de nature strictement financière : le fait du renvoi systématique obligatoire, par le généraliste, de chaque nouveau cas de plaintes oculaires entraînerait une dépense supplémentaire inutile pour les mutuelles qui avoisinerait le demi-milliard.

Dans l'espoir que ces remarques pourront contribuer à la préservation de la qualité des soins en Belgique, nous vous présentons, Madame la Ministre, l'expression de notre considération distinguée.

POSITION DES O.R.L.

Communiqué de presse

Liège, le 13 octobre 2000

Le comité de l'Union professionnelle d'ORL et de la monospécialisée d'ORL se sont réunis ce 10.10.2000.

Ils ont pris connaissance des positions de différents groupes vis-à-vis de la première ligne des soins de santé.

Ils constatent que la "première ligne" n'est pas autrement définie que comme le premier contact du patient avec un professionnel des soins de santé (médecin généraliste, dentiste, pharmacien, médecins spécialistes divers (pédiatres, ophtalmologues, oto-rhino-laryngologistes, gynécologues, etc.) voire même des paramédicaux (kinés, logopèdes, psychologues, médecines parallèles...) et que beaucoup essayent de valoriser leur partie et même d'obtenir un monopole.

Ils constatent que d'aucuns contestent l'importance pourtant essentielle de la médecine spécialisée dans ce rôle.

Ils estiment que le personnage central et le premier concerné est le patient et que celui-ci, de par la loi, de par le Code de déontologie et de par l'intérêt général, a le libre choix du médecin qu'il désire consulter pour son problème.

L'évolution de notre société et l'expérience que le patient a des différents types de traitement font qu'il est le mieux placé pour exercer ce choix avec bonheur.

Toute réglementation, toute contrainte administrative ou financière pour empêcher le libre choix est une régression sociale : la santé est suffisamment précieuse pour que le patient ait le droit de consulter le médecin le plus compétent pour résoudre son problème.

L'élément clé de ce libre choix est la qualité du service rendu.

Tout médecin consulté, généraliste ou spécialiste, doit communiquer à tout autre médecin concerné par le traitement, tous les éléments utiles à ce traitement.

La collaboration de tous les médecins est essentielle.

Le Président,
Dr Jean GELIN

LA POPULATION ALLEMANDE SE PRONONCE SUR LA LIBERTE DE CHOIX DU MEDECIN

Extrait d'une enquête réalisée à la demande de la Chambre des médecins de Rhénanie du Nord – D. Cosler et L. Klaes (en collaboration avec U. Raven et R. Relche) – (Chirurg BDC, 38. Jg., N 6/1999)

Le corps médical, les mutuelles et les responsables de la politique de la santé sont en principe tout à fait d'accord pour reconnaître que la liberté de choix du médecin constitue un acquit très précieux mais que, dans le même temps, afin de garantir aux patients des soins de qualité répondant aux besoins et dont le financement soit assuré, il conviendrait de prendre des mesures permettant d'éviter ou, tout au moins, de rendre plus difficile un recours intempestif ou abusif au médecin. Cependant, lorsqu'il s'agit de déterminer les mesures les plus appropriées pour y parvenir, il n'est plus possible de trouver un consensus entre les différentes parties concernées, voire au sein même du corps médical, par exemple entre un grand nombre de médecins généralistes, d'une part, et de médecins spécialistes, d'autre part. Les positions vont d'un refus de principe de toute limitation de la liberté de choix du médecin, à des règles d'accès relativement rigides dans le cadre de "concepts de médecin généraliste". Tandis que les représentants de la première position entendent aller plus loin pour répondre au besoin de réforme en proposant des améliorations structurelles au niveau de l'information fournie au patient, du rapport patient-médecin et de la communication entre médecins, les partisans des "modèles de médecin généraliste" misent sur la fonction de coordinateur et

d'aiguilleur du médecin généraliste. Au bout du compte, nul ne peut encore dire, au-delà des positions déterminées par des intérêts propres, notamment des raisons purement matérielles, quelle est la manière la plus appropriée pour aider et orienter le patient dans l'exercice de son droit incontesté à la liberté de choix du médecin, tant que l'on ne disposera pas de données suffisamment objectives pour se prononcer en la matière.

Une lacune importante dans le débat actuel est le fait que l'on ne dispose d'aucune information fondée sur ce que la population pense de la liberté de choix du médecin, sur sa perception de cette liberté de choix et sur l'importance qu'elle accorde à ce droit ainsi que les points de vue et les orientations prévalant en la matière et sur la manière dont cela se traduit concrètement. C'est dans ce contexte que la Chambre des médecins de Rhénanie du Nord a chargé, durant l'automne 1998, le *Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands* (Institut scientifique des médecins d'Allemagne) de combler cette lacune en réalisant un sondage représentatif auprès de la population adulte dans la zone géographique couverte par la chambre.

Nous vous présentons ci-après les résultats des entretiens téléphoniques réalisés en novembre et en décembre 1998. Maintenant que ces données sont disponibles, il ne sera plus nécessaire de se livrer à des spéculations sur les desiderata (supposés) des patients dans un débat futur. Une analyse empirique permet d'adapter les structures du régime des soins de santé et de la réforme aux points de vue, intérêts et préférences réels des patients. En se prononçant sur la liberté de choix du médecin, la population fait également savoir de manière implicite si elle souhaite des soins ambulatoires s'appuyant sur le statut libéral du médecin ou si elle opte pour des soins plus proches d'une médecine institutionnalisée.

Pour que cette étude puisse contribuer au mieux à dépassionner le débat parfois très animé entourant la question de la liberté de choix du médecin, on a largement fait abstraction des concepts qui sont devenus des termes forts pour l'un ou l'autre groupe. On note ainsi l'existence de concepts de médecin généraliste très contrastés, reposant sur des notions propres, allant d'une offre de consultation élargie à l'octroi au médecin généraliste d'une fonction d'aiguilleur relativement étendue. Ultérieurement, le concept de "médecin généraliste" ou "modèle de médecin généraliste" ou "principe de médecin généraliste" est généralement utilisé. Excepté lorsque le contexte d'utilisation permet explicitement de déduire autre chose, ce concept n'est pas utilisé dans un sens extrême mais dans une acception médiane.

Les dix conclusions les plus importantes de cette enquête peuvent être résumées comme suit :

1. En ce qui concerne la liberté de choix du médecin, la liberté de choix du médecin généraliste constitue, avec un score favorable de 99 %, une priorité qui peut difficilement encore être renforcée. Viennent ensuite la liberté de choix d'un médecin spécialiste consulté sur renvoi (96 %) et le droit de pouvoir à tout moment solliciter une seconde opinion chez un autre médecin (95 %).

2. 91 % de la population ont un médecin généraliste qui est également le médecin qu'ils consultent le plus souvent. Avec une telle attitude à l'égard du choix du médecin, la population est à l'unisson avec les dispositions légales du § 76 (3) du code de législation sociale V (liberté de choix du médecin) stipulant que l'assuré doit choisir un médecin généraliste.

3. Le changement fréquent de médecins n'est qu'un phénomène marginal. 93 % des personnes interrogées n'ont changé ni de médecin généraliste ni de médecin spécialiste durant un traitement au cours des douze derniers mois.

4. La relation personnelle entre le patient et le médecin obtient un score très élevé. 92 % des personnes interrogées estiment qu'il est important de se retrouver face à face avec le médecin pour établir une relation de confiance. Seule une minorité (18 %) peut envisager à l'avenir d'établir une relation personnelle avec le médecin tout en restant chez soi par écran interposé. Cette option est généralement privilégiée par les jeunes, les hommes et la couche supérieure de la population.

5. Pour deux tiers des personnes interrogées, il est approprié, en cas de problèmes de santé, de s'adresser en priorité au médecin généraliste qui fait office d'interlocuteur attitré. Cependant, même si le médecin généraliste est majoritairement accepté comme le premier interlocuteur, la confiance ne va pas jusqu'à lui reconnaître un statut d'aiguilleur exclusif dans le système. Ainsi, au cours des douze derniers mois écoulés, 73 % de ceux ayant un médecin généraliste se sont rendus directement, c'est-à-dire sans renvoi, chez leur médecin spécialiste. Seuls 13 % ne vont généralement chez le médecin spécialiste que sur renvoi.

6. La majorité de la population juge inacceptable de devoir renoncer à la liberté de choix du médecin pour des considérations financières. De même, quelque 60 % refusent toutes restrictions susceptibles de réduire les dépenses dans le régime des soins de santé ou d'apporter des avantages financiers personnels. Seul un quart de la population peut le concevoir. La majorité des personnes interrogées se déclare en principe disposée à accepter des restrictions si celles-ci s'accompagnent de gains de qualité.

7. Au cas où l'on en arriverait à un système octroyant une fonction d'aiguilleur au médecin généraliste, la majorité de la population (61 %) ne serait pas d'accord si cela débouche sur une limitation de l'accès aux soins spécialisés.

8. Les personnes interrogées de moins de 30 ans accordent à la liberté de choix du médecin, une importance certes encore substantielle, mais malgré tout plutôt moins grande que leurs aînés. Les jeunes se déclarent également relativement plus disposés à accepter des restrictions au niveau de la liberté de choix du médecin tandis qu'ils accordent également un rôle relativement plus grand aux incitants financiers personnels. Les jeunes sont également plutôt favorables au renforcement du rôle du médecin généraliste et ils disposent aussi d'un taux de médecin généraliste relativement élevé.

9. Il existe des réserves importantes à l'encontre d'un système qui conférerait au médecin spécialiste traitant un caractère interchangeable et ne permettrait plus de considérer celui-ci comme un individu avec lequel une relation personnelle de confiance patient-médecin peut être établie. 78 % de la population refusent un tel système. Ce score peut être interprété comme un veto prononcé à l'encontre d'une médecine institutionnalisée.

10. Le patient souhaite avoir à faire à un médecin compréhensif, qui prend ses besoins au sérieux et qui ne se limite pas à lui fournir des explications concernant ses constatations et ses prescriptions, mais l'associe également activement au processus de décision. Le patient souhaiterait qu'en contrepartie de la confiance qu'il place dans le médecin, il soit tenu compte de ses compétences propres, de son expérience ainsi que de ses craintes et de ses incertitudes.

Dr L. Klaes, D. Cosler

Wissenschaftliches Institut des Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V. Godesberger Allee 54, D-53175 Bonn

ENQUETE STATISTIQUE ANNUELLE AUPRES DES HOPITAUX : EN DEPIT DU BON SENS?

(Circulaire aux Conseils médicaux)

Il y a quelques semaines, les hôpitaux ont reçu un questionnaire particulièrement détaillé portant sur les activités médicales des établissements hospitaliers, émanant du ministère fédéral de la Santé publique (annexe à l'A.M. du 24.7.2000 – M.B. du 7.9.2000). Ce questionnaire a déjà suscité bon nombre de réflexions et de réactions, entre autres de la part de plusieurs organisations d'hôpitaux qui n'ont pas accepté le délai de réflexion incroyablement court pour y répondre. Mais c'est surtout du côté médical que certaines questions semblent poser des problèmes au niveau de leur contenu.

En effet, on ne peut pas s'empêcher de penser que le questionnaire a été mis au point pour entraîner un certain nombre d'effets qui ne favorisent pas nécessairement des options politiques saines et appropriées. Notons ainsi le fait que, pour l'ensemble du corps médical de l'hôpital, pas moins d'une quarantaine de nouvelles dénominations de disciplines, compétences particulières et sous-spécialités ont été créées, comme si les autorités avaient tout d'un coup décidé de s'aligner sur le modèle italien : anesthésistes avec une compétence particulière en chirurgie cardiaque, radiologues avec une compétence particulière en neuroradiologie, médecins avec une compétence particulière en andrologie, etc. Par qui ces titres seront-ils octroyés? Par les universités? Il y a en effet fort à parier que ces questionnaires ont été conçus au départ d'une cellule de réflexion universitaire, probablement à la recherche d'une nouvelle dynamique de formation, maintenant que le "numerus programmatus" restreint le nombre de places de formation. Pourtant, si l'on continue sur cette voie, on assistera avant 2010 à une fantastique balkanisation de la médecine!

Dans la mesure où le questionnaire doit maintenant également être complété pour l'autorité ayant l'agrément des services dans ses attributions, à savoir les Communautés, le gestionnaire de l'hôpital ne manquera évidemment pas de remplir consciencieusement chacune des cases. Ce genre de procédé a par la même occasion un effet certes subtil, mais aussi inévitable de maximalisation de l'offre médicale. Et des impulsions analogues auront également un effet comparable au niveau de l'infrastructure technique. Est-ce vraiment souhaitable? Au moment précis où l'autorité fédérale formule des options dans le souci d'aller contre ces tendances. Honnêtement, nous ne comprenons pas le raisonnement.

Au moment précis où les autorités s'approprient, dans le cadre de leur nouvelle politique de financement des hôpitaux, à financer les fonctions spécifiques des universités, à savoir la formation et la recherche, par des

sources distinctes – ce qui aurait déjà dû être le cas il y a des années – il est pour le moins inapproprié d'organiser une enquête globale sur le monde hospitalier à partir de l'offre de soins très vaste des établissements universitaires.

Du reste, on est également en droit de se poser un certain nombre de questions sur la manière dont l'enquête est organisée. D'une part, le délai irréaliste qui est propre à amener des réponses irréfléchies et rend quasiment impossible toute concertation raisonnable au sein du staff médical. En effet, il s'agit ici essentiellement de l'organisation interne du département médical, des éléments requérant, tant d'un point de vue structurel que légal, la consultation du conseil médical. Le questionnaire part en effet d'une certaine vision en matière de structures organisationnelles, instaurant pour l'avenir des fonctions médico-organisationnelles pour lesquelles il n'existe même pas de normes d'agrément mais qui peuvent implicitement être perçues comme une anticipation à une intervention normative future. Qui est ainsi médicalement responsable pour les soins oncologiques dans l'hôpital? Le conseil médical a-t-il été consulté à ce sujet? Le staff médical dispensant les soins oncologiques a-t-il été associé? Le conseil médical et les médecins concernés ont-ils été informés de la réponse fournie aux autorités? En cas de fusion, les médecins des différents sites ont-ils été associés au processus de réponse?

Selon la note explicative, les renseignements demandés concernent l'année précédente, et plus particulièrement la situation au 31.12.1999. Voilà une procédure quelque peu singulière pour poser rétroactivement des questions ciblées concernant des matières avant la fixation de normes. Faut-il s'attendre à ce que les normes soient définies en fonction de cette récolte subtile d'informations sur un passé récent? Une manière élégante d'évacuer des problèmes de "connaissances préalables" : les incorporer dans le profil à normaliser...

Dans sa version française, la note explicative dit que, après cette première enquête, "seule une mise à jour des données sera nécessaire", ce qui veut dire que si, par la suite, vous voulez encore apporter une modification, vous n'avez qu'à le faire savoir. Dans la version néerlandophone, il n'y a pas le moindre mot à ce sujet. Par conséquent, nous pensons que les conseils médicaux des hôpitaux doivent être informés des réponses apportées par le gestionnaire de l'hôpital, de manière à ce qu'une concertation correcte puisse être organisée, en cas de besoin, avec le staff médical concerné pour apporter d'éventuelles modifications ou adaptations.

Vous trouverez en annexe un aperçu des questions posées concernant l'organisation et l'activité strictement médicale. Toutes vos remarques et suggestions sont naturellement les bienvenues et seront intégrées en temps voulu à un cahier de doléances qui sera remis aux autorités.

Enfin, on est en droit de se poser un certain nombre de questions concernant la confidentialité des données personnelles qui sont communiquées dans le cadre de la réponse au questionnaire. En vertu de l'art. 156 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, la Cellule technique de la Structure de concertation instituée auprès du département Affaires sociales, Santé publique et Environnement ne peut pas mettre à disposition des données identifiant une personne physique. La demande de noms et de numéros d'identification des médecins concernés ne satisfait donc pas au critère de sécurité. On ne voit pas pourquoi ces exigences en matière de protection de la vie privée seraient différentes pour le ministère de la Santé publique, que ce soit aux niveaux fédéral ou communautaire. Ces médecins ne sont d'ailleurs pas indemnisés par le prix de journée et ne sont en aucune façon responsables de ce que le gestionnaire de l'hôpital communique à leur sujet au ministère.

N.B. Le questionnaire peut être consulté dans sa totalité sur le website du GBS ([http:// www.vbs-gbs.org](http://www.vbs-gbs.org)) Vous pouvez naturellement obtenir le texte intégral sur papier sur simple demande au secrétariat.

PROJET – MEDECINS SPECIALISTES EN MEDECINE LEGALE

(Projet d')Arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stages pour la spécialité de médecine légale.

[...]

CHAPITRE 1er - *Dispositions générales*

Article 1er. Le présent arrêté détermine:

- a) les critères spéciaux de formation et d'agrément des médecins désireux d'obtenir le titre de médecin légiste;
- b) les critères spéciaux d'agrément des maîtres de stage en médecine légale;
- c) les critères spéciaux d'agrément des services de stage en médecine légale.

CHAPITRE 2 - *Critères de formation et d'agrément des médecins légistes.*

Article 2. Le candidat spécialiste qui souhaite être agréé pour pouvoir porter le titre professionnel particulier de médecin légiste est tenu de satisfaire aux critères suivants de formation, d'agrément et de maintien de l'agrément des médecins spécialistes en médecine légale:

1. Le candidat spécialiste doit répondre aux critères généraux de formation et d'agrément des médecins spécialistes.
2. La formation dure au moins cinq ans.
3. Structure de la formation:
 - au moins 12 mois de formation théorique à la médecine d'expertise au sein de la faculté universitaire choisie par le candidat, comprenant notamment une formation au droit de la responsabilité, à la procédure de l'expertise, à la propédeutique séquentielle dans les différentes spécialités médicales ainsi qu'à l'évaluation du dommage corporel;
 - au moins 18 mois de stages en anatomie pathologique dans un ou plusieurs services de stages agréés selon un plan de stage cohérent soumis au préalable à l'approbation de la commission d'agrément;
 - 30 mois de stages en médecine légale dans un ou plusieurs services agréés selon un plan de stage cohérent soumis au préalable à l'approbation de la commission d'agrément; au cours de ces stages, les candidats devront acquérir une formation spécifique, notamment en médecine légale clinique, thanatologie, toxicologie, criminalistique, droit pénal et aux techniques d'analyse des traces biologiques.
4. Le candidat spécialiste tiendra à jour un carnet de stage où il fera rapport de toutes ses activités. Ce carnet sera signé chaque année par le coordinateur et les autres maîtres de stage concernés.
5. Le candidat spécialiste assumera progressivement dans ses activités une responsabilité croissante. Il tiendra à jour dans son carnet de stage la liste des actes qu'il a personnellement accomplis et de ceux auxquels il a pris part. Il y notera également les séminaires, cours et autres activités didactiques auxquels il a assisté pendant sa formation.
6. Le maître de stage et le candidat spécialiste enverront chaque année un rapport d'évaluation du stage à la commission d'agrément compétente.
7. Le candidat spécialiste doit, au moins une fois pendant sa formation présenter une communication lors d'une réunion scientifique reconnue par la commission d'agrément et publier un article sur un sujet scientifique en rapport avec la médecine légale dans une revue acceptée par la commission d'agrément.
8. A la fin de la formation, la chambre compétente de la commission d'agrément juge si le candidat répond à toutes les conditions légales pour être reconnu comme spécialiste en médecine légale. Pour cela, elle utilise entre autres:
 - a) Les informations contenues dans le carnet de stage ;
 - b) Les évaluations et commentaires annuels du maître de stage.

CHAPITRE 3 - Critères d'agrément des maîtres de stage en médecine légale.

Art. 3. Le candidat maître de stage qui souhaite être agréé pour assurer la formation de candidats spécialistes en médecine légale doit répondre aux critères d'agrément suivants:

1. Le maître de stage doit satisfaire aux critères généraux d'agrément des maîtres de stage.
2. Le maître de stage doit être occupé à temps plein (au moins huit dixièmes de l'activité professionnelle normale) dans son service et se consacrer la plupart du temps à des travaux dans sa spécialité.
3. Le maître de stage doit disposer d'au moins un collaborateur spécialiste en médecine légale ou en anatomie pathologique.
4. Le maître de stage doit veiller à ce que le candidat spécialiste garde le contact avec les autres disciplines médicales suivantes : anatomie pathologique, orthopédie, psychiatrie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dentisterie, chirurgie plastique et reconstructrice, médecine physique et réadaptation.

CHAPITRE 4 - Critères d'agrément des services de stage.

Art. 4.

1. Le service doit satisfaire aux critères généraux d'agrément des services de stage.
2. Le service doit être intégré à une université ou à un réseau inter-universitaire de médecine légale.

CHAPITRE 5. Dispositions transitoires.

Art. 5. Par dérogation à l'article 2, peut être agréé comme médecin légiste un médecin spécialiste notoirement connu comme compétent en médecine légale ou qui apporte la preuve qu'il exerce cette discipline de manière substantielle et importante, depuis dix années au moins après son agrément comme médecin généraliste, avec un niveau de connaissance suffisant. Il en fait la demande dans les deux ans à partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

La preuve qu'il est notoirement connu comme particulièrement compétent peut être apportée notamment par ses publications personnelles, son assistance à des congrès nationaux et internationaux, à des réunions scientifiques concernant la médecine légale ou d'expertise ainsi que par sa participation à des expertises judiciaires.

PRIX F.N.R.S.

Prix de PNEUMOLOGIE F.N.R.S. - Madeleine Toussaint 2001

- Art. 1. Dans le but de promouvoir la recherche dans le domaine des affections thoraciques, et plus particulièrement dans celui des insuffisances cardio-respiratoires chroniques, le Groupe d'Etudes des Broncho-pneumopathies chroniques met à la disposition du F.N.R.S. un Prix dédié à la mémoire du Dr Madeleine Toussaint (1894-1961), membre de la Société belge de Pneumologie, qui consacra sa vie à la lutte contre la tuberculose et les affections respiratoires.
- Art. 2. Ce Prix, intitulé "**Prix de Pneumologie F.N.R.S. - Madeleine Toussaint**", est réservé aux travaux individuels collectifs présentés par un ou des chercheurs (trois au maximum pour un même travail).
- Art. 3. Le Prix, d'un montant de **1.000.000 BEF (25.000 EUROS)**, sera attribué, pour la troisième fois, en 2001.
- Art. 4. Le bénéfice du Prix sera consacré pour moitié à récompenser le ou les lauréat(s), l'autre partie étant affectée aux recherches poursuivies dans le laboratoire du ou des bénéficiaires.
- Art. 5. Le Prix couronnera une contribution scientifique originale ou approfondie à base clinique, dans le domaine des broncho-pneumopathies chroniques étendu aux relations coeur-poumons. En seront cependant exclus les travaux en cancérologie.
- Art. 6. Le travail présenté peut avoir fait l'objet d'une publication partielle mais il ne peut avoir été ni présenté, ni publié précédemment dans sa totalité. Le mémoire sera rédigé en anglais. Il doit comporter un résumé substantiel dans la même langue.
- Art. 7. Les candidats seront détenteurs d'un diplôme de Docteur en Médecine, seront ressortissants d'un des pays membres de l'Union européenne et seront âgés de moins de 45 ans.
- Art. 8. Les candidatures, rédigées en anglais au moyen du formulaire adéquat, doivent être adressées, sous pli confidentiel, **avant le 1er février 2001**, à la Secrétaire générale du F.N.R.S., rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles (Belgique), accompagnées des documents suivants :
 - un curriculum vitae du candidat ou de chacun des candidats,

- un exemplaire de son ou de leur travail dactylographié et rédigé en langue anglaise,
 - une liste de ses ou de leurs publications au cours des cinq dernières années,
 - deux photographies (13x18) du ou des candidats.
- Art. 9. 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.
- Art. 10. Ce Jury comportera également deux membres du Bureau de la Société belge de Pneumologie et deux membres du Groupe d'Etudes des Broncho-pneumopathies chroniques.
- Art. 11. Il ne peut y avoir de lien de parenté, ni de collaboration scientifique régulière entre un membre effectif du Jury et un candidat.
- Art. 12. 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.
- Art. 13. En cas de publication, le travail primé devra comporter la mention "Prix F.N.R.S. - Madeleine Toussaint - 2001".
- Art. 14. 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. 15. Les candidats ne peuvent avoir obtenu antérieurement un Prix couronnant le même travail.

Prix scientifique AstraZeneca
Bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO)

REGLEMENT

- Art. 1. A l'initiative de la Firme AstraZeneca, le Fonds National de la Recherche Scientifique décerne, **tous les deux ans, un Prix scientifique AstraZeneca BPCO** d'un montant de 12.500 EUROS.
- Art. 2. Le travail présenté doit être le résultat d'une étude clinique ou expérimentale, originale, portant sur les progrès dans le **domaine des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO)**.
- Art. 3. Le travail proposé peut faire l'objet d'une publication partielle, mais ne peut avoir été ni présenté, ni publié précédemment dans sa totalité. Le memorandum de maximum quatre pages peut être rédigé en anglais ou dans une des langues nationales. Dans ce dernier cas, il présentera un résumé substantiel rédigé en anglais.
- Art. 4. 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. Cette Commission comprendra également deux membres du Bureau de l'Union belge de Pneumologie, un Francophone et un Flamand. Au cas où le Jury estime qu'aucun travail ne présente de valeur suffisante, le Prix ne sera pas attribué et reporté à une année ultérieure.
- Art. 5. Le Prix ne peut être partagé.
- Art. 6. Le Prix est réservé à un chercheur individuel.
Les candidats peuvent être de nationalité belge ou étrangère ; cependant, ils doivent avoir effectué, pendant au moins cinq ans, leurs activités de recherches en Belgique.
Ils doivent être en possession d'un diplôme de Docteur en Médecine ou de Docteur en Sciences biomédicales.
Ils ne peuvent avoir atteint l'âge de 45 ans à la date d'introduction de la candidature.
- Art. 7. Les membres du personnel d'AstraZeneca et ceux de leurs filiales ne peuvent participer au Prix.
- Art. 8. Les candidats ne peuvent avoir reçu antérieurement un Prix couronnant le même travail.
- Art. 9. Le Prix sera décerné à l'occasion de la réunion automnale de l'Union belge de Pneumologie, en collaboration avec AstraZeneca.
- Art. 10. Le Prix sera octroyé pour la première fois en 2001 et ensuite en 2003.
- Art. 11. Les candidatures doivent être adressées, au moyen du formulaire ad hoc et sous pli confidentiel, à la Secrétaire générale du F.N.R.S., rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles, **avant le 1er février 2001**.
- Art. 12. Tous problèmes éventuels relatifs à la recevabilité des candidatures, ainsi que ceux concernant l'attribution du Prix, seront tranchés, sans recours, par le F.N.R.S.
- Art. 13. La Firme AstraZeneca pourra éventuellement, après concertation de l'auteur, publier le travail couronné, en mentionnant le nom et la fonction de l'auteur.
- Art. 14. Les exposés, rapports et propositions relatifs à l'octroi du Prix scientifique AstraZeneca BPCO ne peuvent être ni divulgués, ni publiés.
-

REMISE DES PRIX SCIENTIFIQUES THERABEL s.a.
19.10.2000

- **Le Prix Scientifique Therabel s.a. - Division Therabel Pharma s.a.** est attribué à :
M. Julian DONCKIER, Docteur en médecine, Agrégé de l'Enseignement Supérieur, Chef de service, Professeur clinique, Chargé de cours P.T. aux Cliniques Universitaires Mont-Godinne, Université Catholique de Louvain pour son travail intitulé :
"Antagonisme de l'endothéline et activation de l'oxyde nitrique par stimulation bêta 3-adrénergique: nouvelles voies thérapeutiques dans l'hypertension artérielle".
- **Le Prix Scientifique Bio-Therabel/AstraZeneca** est attribué à :
M. Jan TACK, "Doctor in de Geneeskunde", "Geaggregeerde voor het Hoger Onderwijs", "Fundamenteel Klinisch Mandaat F.W.O. - K.U. Leuven", "Deeltijds hoofddocent en Adjunct-kliniekhoofd aan de Katholieke Universiteit Leuven" pour son travail intitulé :
"De rol van serotonine receptoren in de controle en farmacotherapie van gastrointestinale functies".

CLUB MEDICAL DE BRUXELLES

Conférence de Thérèse Poilvache: le jardin des délices de Jérôme Bosch le 21 novembre à 20h30 au 110 rue Van Ophem à Uccle Calevoet.

Assemblée générale et Banquet fin 2000 au Conrad le vendredi 8 décembre à 19 et 20 heures. Info: Dr Jean-Claude Minet.

Le Club médical de Bruxelles vous invite à une semaine de sports d'hiver: ski alpin ou marche, demi-pension, sept nuits + remontées mécaniques 22.000 Bef. Covoiturage.
St-Luc Valais du 17 au 24 mars 2001.
info: Dr Juliens Charles 010/689554.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

Les mardis pédiatriques du Parc Léopold – 2000

Réflexion éthique sur la qualité de vie des enfants atteints de pathologies chroniques
28.11.2000

1. **L'avis des spécialistes : le vécu de 6 situations particulières** : l'enfant asthmatique, l'enfant atteint d'affection hématologique, l'enfant atteint d'affection oncologique, l'enfant cardiaque, l'enfant infirme moteur cérébral, l'enfant diabétique
2. **Table ronde** : Qualité de vie : affaire de spécialiste ou affaire de tous? – Quel est le rôle du médecin traitant de l'enfant? – Quel est le rôle de la société?

Information : Dr GIGOT, Service de pédiatrie, Clinique du Parc Léopold, Bruxelles (fax : 02/287.52.09)

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

SEMINAIRES DU LABORATOIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE DU C.H.U. BRUGMANN Année académique 2000-2001

Les lundis à 13 heures, à la bibliothèque de la F.M.R.E.

- Lundi 13/11/2000: **Immunologie**: J. Duchateau (CHU Brugmann): Cytokines et bien-être.
- Lundi 27/11/2000: **Immunologie**: O. Apolloni (USI Hôpital Erasme): Choc septique et génétique des cytokines.
- Lundi 11/12/2000: **Hématologie**: F. Corazza, I. Harfi (CHU Brugmann): Apoptose et neuropeptides.
- Lundi 15/01/2001: **Chimie**: D. Willems (CHU Brugmann): CRP sensible et risque cardio-vasculaire.
- Lundi 29/01/2001: **Hématologie**: A. Delforge (Institut Bordet): Nouvelles applications du sang de cordon.
- Lundi 12/02/2001: **Immunologie**: G. Casimir (HUDERF): Inflammation et sexe.
- Lundi 05/03/2001: **Chimie**: E. Wittersheim (CHU Brugmann): Interférences dans les immunoessais.
- Lundi 19/03/2001: **Hématologie**: H. El Kenz (CHU Brugmann): Compatibilité et/ou recherche d'anticorps irréguliers : quel test choisir en 2001 ?
- Lundi 26/03/2001: **Immunologie**: M.P. Guillaume (CHU Brugmann): Intrication d'auto immunité et de maladie parasitaire
- Lundi 23/04/2001: **Chimie**: P. Macours, J.M. Boeynaems (Hôpital Erasme): Mise au point sur le cortisol libre urinaire.
- Lundi 07/05/2001: **Hématologie**: M. Bernier (Institut Bordet): Actualisation de la classification des hémopathies malignes.
- Lundi 21/05/2001: **Immunologie**: G. Servais (CHU Brugmann): Auto immunité hépato biliaire.
- Lundi 18/06/2001: **Chimie**: P. Bergmann (CHU Brugmann): Hormone parathyroïdienne des failles dans l'intacte ? vitamine D : du flou dans les normes ?
- Lundi 25/06/2001: **Hématologie**: O. Pradier (Hôpital Erasme): Apport de la cytométrie en flux dans les troubles de l'hémostase primaire.

ANNONCES

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.

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.

00086 **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.

00087 **BRUXELLES** : **OPHTALMOLOGUE** demandé par hôpital à Bruxelles pour assistances opératoires, fluoangios et éventuellement consultations. Tél. : 02/649.73.31.

- 00088 **BRUXELLES** : IRSA - Centre de Services cherche **PEDOPSYCHIATRE OU PSYCHIATRE** (H/F) à raison de 3 heures/semaine (statut d'employé) pour supervision d'équipes et travail clinique (diagnostic). Formation en thérapie systémique et/ou connaissance du handicap sensoriel sont un plus. CV à adresser au Dr D. Fagnart, IRSA, chaussée de Waterloo 1504, 1180 Bruxelles.
- 00089 **A LOUER (WAVRE)** : 3 pièces dans rez-de-chaussée à usage médical. Contacter le Dr Stenuit, dermatologue, 010/22.78.43.
- 00090 **BRUXELLES** : Centre médical privé, en fonction demande pour 1080 Bruxelles : un **RHUMATOLOGUE OU PHYSIOTHERAPEUTE** et un **PEDIATRE**. Tél. : 02/425.66.19.
- 00094 **A VENDRE** : Instrumentation de chirurgie générale et abdominale très bon état. Pour renseignement tél. : 02/380.11.82.
- 00095 **CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT** : Centre de médecine spécialisée cherche **GYNECOLOGUE** (f) et dentiste pour reprendre consultations. Possib. autres spéc. sauf dermato, ORL, opht., psy., rhu, gastro, méd. interne, labo. Tél. : 064/44.41.71.
- 00098 Dame **CERCHE A TRAV. CHEZ MEDECIN** sud Bruxelles - 10 à 12 h semaine. Aimable, fiable, patiente. Trav. 20 ans en hôpital. Tél. : 02/372.13.10.
- 00099 **FRANCE** (Saint-Dié - Vosges) : **DERMATO** cède clientèle tenue régulièrement depuis 27 ans. Conventionné secteur 1, exerce dermato et phlébo médicale. C.A. important. Cession de bail du local professionnel situé en plein centre ville dans quartier agréable avec jardin privatif arboré. Ville de plus de 30.000 habitants, environnement touristique et montagnard apprécié, à proximité pistes de ski, à 1 heure de Nancy et Strasbourg, proximité Allemagne, Suisse et Bénélux. Conditions exceptionnelles en raison de l'urgence. Tél. Dr Henry : 00.33.3.29.57.72.05 préf. après 20 h.
- 00101 **TOURNAI** : Le Centre Hospitalier Régional de Tournai (466 lits) désire s'adjoindre rapidement la collaboration d'un **ANESTHESISTE** (plein temps) pour compléter le staff actuel de 6 anesthésistes + assistant(s). La préférence sera donnée à un anesthésiste intensiviste. Une expérience de la réanimation est requise. Les candidatures sont à adresser à Monsieur J. DELAVALLEE, Président du C.H.R., accompagnées d'une lettre de motivation écrite, d'une photo et d'un curriculum vitae, avec copie au Docteur J.P. BRUNAIN, Chef du Service d'Anesthésie-Réanimation (075/72.46.54 ou 069/25.51.11 pour tout renseignement).
- 00102 **FRANCE** : Médic-Help, société de recrutement spécialisée dans le placement de personnel médical et paramédical en Belgique et à l'étranger. Recherche **RADIOLOGUE** – centre de gérontologie à Paris – statut salarié – 35 h/sem. – bonne rémunération. Recherche **UROLOGUE** et **RHUMATOLOGUE** – région de Verdun – Installation du centre de consultation dans Clinique – potentiel important – statut indépendant. Contactez Isabelle Parent au 02/354.51.06 ou 0475/89.59.89.
- 00103 **CHARLEROI** : **URGENT** : **RADIOLOGUE** privé cherche remplaçant pour 3 mois minimum (ou à convenir – "collaboration éventuelle"). Région de Charleroi. A partir de novembre 2000. Tél. : 071/36.76.56. Fax : 071/43.51.39 (heures de bureau). Equipé standard. Sénologie. U.S. Densito.

Table des matières

• « Deadline » urgences – le 1er décembre 2000 sera-t-il la « Journée des attestations »?	1
• Le statut social 2000 : montant exact 100.022 BEF	3
• Programmes de soins oncologiques	3
• Politique rénovée en matière de médicaments – Objectifs et lignes d'action	6
• Soutien et structuration des soins de première ligne	17
• La population allemande se prononce sur la liberté de choix du médecin	19
• Enquête statistique annuelle auprès des hôpitaux : en dépit du bon sens?	21
• Projet – Médecins spécialistes en médecine légale	23
• Prix F.N.R.S.	24
• Remise des Prix Scientifiques THERABEL s.a. - 19.10.2000	26
• Club médical de Bruxelles	26
• Réunions scientifiques	26
• Annonces	27