
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° 5 / JUIN 2001

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

LES NOUVEAUX TARIFS
APPLICABLES
DEPUIS LE 1.6.2001
SONT DISPONIBLES
SUR LE WEBSITE DU GBS
<http://www.GBS-VBS.org>

TITRES PROFESSIONNELS EN ONCOLOGIE LE DELAI TRANSITOIRE EXPIRE AU 2 JUILLET 2001

L'AM du 16 avril 1999 (MB du 22 juin 1999) définissant les critères de formation et d'agrément pour les titres professionnels complémentaires en **oncologie médicale** et en **oncologie**, prévoyait des dispositions transitoires ("situations acquises"), dont peuvent bénéficier les médecins spécialistes concernés pour autant qu'ils adressent leur demande au Ministère avant le 2 juillet prochain.

Déjà au début de l'an dernier, la Ministre AELVOET avait annoncé que cet AM serait remplacé par de nouvelles dispositions et l'Administration du Département de la Santé publique avait décidé de ne plus réserver de suite aux demandes introduites. Cependant, il n'y a toujours pas la moindre nouvelle officielle concernant le nouvel AM.

Dès lors, le médecin spécialiste notoirement connu comme particulièrement compétent en oncologie ou en oncologie médicale, ou qui apporte la preuve qu'il exerce la discipline oncologique considérée, de manière substantielle et importante depuis quatre ans au moins après son agrégation comme médecin spécialiste, a tout intérêt à introduire pareille demande, en application de l'article 6 dudit AM du 16.04.1990 (Adresse : Service Art de guérir, Agrégation des médecins-spécialistes, Ministère de la Santé publique, Quartier Vésale, CAE, 1010 Bruxelles). Le §1, 2^e alinéa de cet article précise:

"La preuve qu'il notoirement connu comme particulièrement compétent peut être apportée par ses publications personnelles, son assistance à des congrès nationaux et internationaux, et un profil de prestations typique de l'oncologie et de l'oncologie médicale".

N.B. : En réponse aux demandes introduites, le Dr J.P. DERCQ, Fonctionnaire dirigeant de la Direction Art de Guérir, écrit que les dispositions en la matière, en ce qui concerne l'oncologie et l'oncologie médicale, ne sont pas encore d'application et que l'arrêté susvisé sera probablement annulé par le Conseil d'Etat.

COMMENTAIRES À PROPOS DU PROJET DE LOI "PORTANT DES MESURES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ"

Un certain nombre d'articles préfigurent le déclin irréversible du libre exercice de la profession dans le secteur médical, en plaçant la profession médicale sous la coupe d'un système étatique hospitalocentriste dominateur.

HOSPITALOCENTRISME :

- L'art. 76 qui ajoute un point 9^e dans l'art. 8 de la loi sur les hôpitaux définit la notion de "patient hospitalier", un terme qui n'est cependant jamais utilisé dans la loi sur les hôpitaux de sorte qu'il

est complètement superflu. Pourtant, selon la définition du projet, même le patient ambulant qui ne fait que consulter un médecin dans la section policlinique pour des examens et des traitements strictement ambulatoires, est déjà un "patient hospitalier". Dans l'exposé des motifs, on n'hésite pas à dire que le but est d'élargir la notion d' "admission" ! Ce qui veut dire que n'importe quels soins ambulatoires peuvent devenir une "admission". C'est inacceptable.

- L'art. 77 insère un art. 9ter instaurant un système de "réseaux" de "prestataires de soins" ("zorgaanbieders" en néerlandais) ... et de "circuits de soins", naturellement à partir des grands hôpitaux. Cet hospitalocentrisme au carré permet aisément d'assujettir ou d'éliminer toutes les initiatives de pratique indépendante individuelle. Dans ou en dehors de l'hôpital. Cet article aussi est inacceptable. Tout citoyen qui "consomme des soins de santé" deviendrait directement ou indirectement un "patient hospitalier" et perdrait dès lors son droit au libre choix du dispensateur : il doit suivre les chemins prédéfinis du réseau. Par contre, les dispensateurs de soins indépendants sont livrés totalement au bon vouloir des établissements de soins de par l'existence d'un système de contrats de collaboration formalisés juridiquement (non contraignants).

LA FIN DE L'INITIATIVE INDEPENDANTE

- Les articles 74 et 119 confèrent une situation préférentielle démesurée aux hôpitaux, services, fonctions et programmes de soins universitaires dont les soins de santé doivent être mieux rémunérés sur base d'une sorte de "droit divin" et qui bénéficient d'un "privilège" en matière de développement de nouvelles technologies et en matière d'évaluation des activités médicales. C'est arbitraire et inacceptable.

L'argument d'exception de la fonction de formation, de l'évaluation de l'activité médicale, de la recherche clinique, des nouvelles technologies ou techniques est loin d'être pertinent. Les hôpitaux non universitaires remplissent également un rôle important dans chacun de ces domaines, comme les récents développements médicaux l'ont clairement montré. En outre, il convient de remarquer que la recherche clinique ne doit pas être financée par les soins de santé.

ETATISATION

- L'art. 32 prévoit la possibilité de fixer distinctement le budget des soins dispensés aux "patients hospitaliers" susvisés ("qui y sont admis et peuvent y séjourner" – cf. art. 2 de la loi sur les hôpitaux). Et le Roi peut même désigner les hôpitaux auxquels le budget est alloué. Ceci dénote une volonté manifeste de porter préjudice, de manière arbitraire, à certaines pratiques médicales et, par définition, ... à la pratique extra-hospitalière pour des prestations qui sont néanmoins identiques. En fait, il y a fort à parier que l'on entend payer les soins spécialisés ambulatoires désormais qu'à partir des hôpitaux.
- L'art. 34 peut conduire à l'incorporation des honoraires médicaux dans le budget des moyens financiers des hôpitaux. Le système des accords entre les médecins et les mutuelles en ce qui concerne les honoraires en milieu hospitalier perdrait alors une très grande partie de son sens.
- Last but not least, l'art. 135 prévoit que les médecins hospitaliers encore "indépendants" doivent conclure des conventions individuelles dans lesquelles l'élément essentiel des conditions de travail, à savoir le montant qui leur revient, ne peut même plus être contractuel. Peut-on envisager pire dépendance? Est-ce là l'idéologie libérale? Seuls les médecins salariés auraient encore droit au respect de leur contrat?

Si le gouvernement approuve ce projet de loi, les médecins indépendants ne seront bientôt plus des citoyens à part entière.

Nous ne pouvons pas l'accepter et nous exigeons MAINTENANT que :

- * pour les médecins hospitaliers, il faille aussi au moins l'avis renforcé des Conseils médicaux au cas où le gestionnaire entend mettre fin aux rapports juridiques.
- * l'article 139 bis soit supprimé.

- * pour les médecins hospitaliers indépendants, le §5 proposé de l'art. 140 (point 2° de l'art. 135 du projet de loi) soit limité à l'accord entre le gestionnaire et le Conseil médical "tel que visé au § 4", c'est-à-dire avec la même protection juridique que les médecins salariés.

Outre les dispositions précitées, plusieurs autres mesures et sanctions nous semblent dictées par une constante politico-sociologique qui prend de l'ampleur. Elle porte déjà un nom, "iatriisme", et dénote une nouvelle forme de réductionnisme social à l'égard d'une catégorie professionnelle bien déterminée : les médecins spécialistes indépendants.

Dr M. MOENS
Secrétaire général

Prof. Dr J. GRUWEZ
Président

LES HUIT MINISTRES COMPÉTENTS SIGNERONT-ILS LE PROTOCOLE SUR LES SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE AVEC L'ORDRE DU JOUR SECRET?

(Article d'opinion envoyé pour publication à l'hebdomadaire "De Huisarts" le 29.5.2001)

Il est apparu, à l'occasion d'un entretien au cabinet de la ministre AELVOET le 9.5.2001, dans l'après-midi avec les syndicats médicaux et en soirée également avec l'UHAK et FORUM, sur les cercles de médecins généralistes, que derrière l'attitude conciliante des collaborateurs ministériels se cache l'ordre du jour secret de l'approche totalitaire des soins de santé.

Deux projets portant respectivement sur l'agrément et le financement des cercles de généralistes, qui ont été distribués sur place, ont été vivement critiqués par l'ABSyM. Le même scénario s'est reproduit en soirée avec l'UHAK, et ce bien que les collaborateurs du cabinet aient affirmé que les textes ne posaient pas de problèmes aux syndicats médicaux. Ce faisant, les gens du cabinet ont non seulement donné un excellent exemple de la bonne vieille culture politique qui "interprète" la vérité, mais ils se sont aussi distingués dans la vertu classique de l'oubli sélectif. Dans le cas présent, ils n'avaient "pas pensé" à signaler aux invités que ces projets sont subordonnés à un "Protocole" sur les soins de santé de première ligne qui – suivant le projet – auraient en principe dû être signé le 30 mai 2001 par les huit ministres compétents dans une plus ou moins large mesure pour la Santé publique, qui constituent notre bras Royal.

Ce protocole ne déroge en rien aux dogmes de la note conceptuelle d'avril 2000 que les représentants des verts/de la gauche de ce gouvernement veulent faire avaler à la population belge.

Une seule citation du début du protocole donne d'emblée la teneur : "Considérant qu'il est nécessaire de mieux organiser les soins en vue de garantir à l'échelon le plus approprié...". Tout le monde en prend d'emblée pour son grade. Ce que les médecins et les autres dispensateurs de soins font n'est donc pas suffisamment bon et la qualité est insuffisante.

Bien qu'il soit encore récemment apparu que l'Europe envie à la Belgique ses soins médicaux de qualité et accessibles à tous, un collaborateur d'AELVOET estime que les structures kolkhoziennes constituent la solution idéale pour élever le niveau des soins de santé belges. Il se croit dans son passé colonial.

Ce n'est nullement le patient qui occupe une position centrale dans ce projet de protocole. Mais bien l'instauration de nouvelles structures, reposant sur une idéologie dont 90 % des médecins et 99,8 % des patients ne veulent rien savoir et qui ne se justifie pas. Les généralistes attendent à juste titre un soutien et une valorisation de ce qu'ils ont organisé localement sur une base volontaire.

Les spécialistes extra-muraux sont oubliés dans le protocole. La ministre sait parfaitement que 6000 des spécialistes extra-hospitaliers sont professionnellement actifs, ce qui représente une économie pour la sécurité sociale et est très apprécié par les patients. Elle s'en passerait volontiers. En ne les mentionnant pas, elle limite l'accès aux médecins extra-hospitaliers.

Entre-temps, son cabinet met en place un notariat pour les soins de première ligne qui est tenu à jour par une centaine de "services". Un service par 100.000 habitants dans une zone géographique dans laquelle les dispensateurs de soins seront cadastrés. L'UHAK n'a certainement pas voulu l'instauration d'une telle médecine d'Etat lorsqu'elle a demandé l'agrément des cercles de généralistes.

L'ABSyM et le GBS rejettent également vigoureusement une telle étatisation. Et ils ne comprennent d'ailleurs pas pourquoi les partenaires libéraux du gouvernement n'ont pas mis un holà catégorique à ce démantèlement de notre régime de soins de santé.

Dr Marc MOENS
Secrétaire général du GBS
Vice-Président de l'ABSyM

PROTOCOLE PORTANT SUR LES SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

Commentaires à propos du "Protocole entre le Gouvernement fédéral et les autorités visé aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé de première ligne"

Introduction

"Considérant que les compétences relatives aux différents secteurs de la première ligne sont réparties entre les différents niveaux de pouvoir;"

A l'heure actuelle, la plupart des éléments des "soins de santé de première ligne" sont réglementés au niveau fédéral par le ministère des Affaires sociales (INAMI) et de la Santé publique (notamment pour l'agrément des différents prestataires, etc.). Avec ce projet de protocole, on entend prendre des mesures pouvant être réglementées à partir des communautés. Cela concerne-t-il les formes d'organisation, l'agrément des pratiques médicales individuelles et/ou collectives, les structures, les exigences en matière de pratique, ...?

"Considérant que le besoin pour le patient d'avoir des soins de première ligne de qualité et accessibles à tous est la préoccupation centrale;"

Ce n'est pas le patient qui est la préoccupation centrale, mais le besoin formulé de façon quelque peu tautologique de "soins de première ligne de qualité et accessibles à tous". Apparemment, l'accessibilité au généraliste ne serait pas encore suffisamment aisée pour certains patients, malgré la possibilité de la visite à domicile. Dans la mesure où le médecin spécialiste n'est cité nulle part, le spécialiste extra-hospitalier est délibérément rendu moins accessible.

On peut s'étonner qu'il ne soit fait mention d'aucun besoin précis. De même, on ne cite aucun exemple de problème concret d'accessibilité insuffisante. Par contre, on accorde beaucoup d'attention à des structures créées selon une conception dogmatique dont le patient n'a absolument pas besoin.

"Considérant qu'il est nécessaire de mieux organiser les soins en vue de garantir à l'échelon le plus approprié des soins de qualité et ce de manière à utiliser de façon plus rationnelle les moyens disponibles, et à mieux définir la place des acteurs de première ligne;"

Comme ce fut le cas avec les soins urgents, on reproche à la première ligne un manque d'organisation de qualité. C'est fait de manière strictement idéologique, dogmatique en fait, sans mentionner le moindre grief concret. Le seul objectif est d'"utiliser de façon plus rationnelle les

moyens disponibles". Mais on doute fortement que le système proposé puisse y apporter des améliorations.

Il est possible de "définir la place des acteurs de première ligne" dans le cadre de la loi S.S.I. fédérale. Celle-ci ne peut pas faire l'objet de protocoles avec les communautés. La collaboration multidisciplinaire est d'ailleurs déjà régie dans ce cadre. Rien n'empêche les communautés d'éventuellement apporter un soutien supplémentaire, sans pour autant introduire une discrimination entre les acteurs de la collaboration "multidisciplinaire".

"Considérant que dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, aucune intervention n'est prévue pour les prestations aux bénéficiaires qui restent à domicile en ce qui concerne des activités réalisées de manière multidisciplinaire dans les domaines de concertation, d'évaluation et de planification des besoins de soins;

C'est tout à fait inexact. A l'heure actuelle, il existe une réglementation pour les soins palliatifs à domicile. De plus, on attend dans les tout prochains jours la publication d'un A.R. qui introduira un code dans la nomenclature des prestations de santé concernant la consultation oncologique multidisciplinaire à laquelle le médecin généraliste est également associé et où il peut également s'agir d'un patient ambulatoire.

En fait, tous les soins médicaux tant pour les patients hospitalisés que pour les patients ambulatoires (qui restent donc à domicile) sont dispensés sur une base interdisciplinaire, en étroite concertation, avec évaluation des besoins de soins et une planification des soins, entre le patient et les dispensateurs de soins qu'IL associe à ce processus. La liberté du patient, son droit à l'autodétermination et sa liberté de choix, sont d'une importance capitale. Pourtant, le projet y met un frein tout simplement, puisque l'objectif est d'indiquer au patient à quels soins il doit s'adresser et dans quelle "zone" géographique bien délimitée.

1) Définition

- *"soins à domicile"* et *"soins de santé de première ligne"* sont indubitablement deux notions distinctes.

-"On entend par soins de santé de première ligne, le niveau de soins de santé où les professionnels se consacrent au premier accueil et à l'accompagnement professionnel ...et en vue de son maintien dans son milieu habituel de vie."

Il s'agit ici de la définition de la voie d'accès aux soins de santé. Dans l'actuelle organisation des soins de santé, le premier accueil et l'accompagnement professionnel sont assurés par des médecins, indépendamment de leur compétence particulière. Le ministre entend apparemment y apporter un changement en y intégrant également du personnel infirmier (voir 4, 1° "Engagement des parties") qui, en d'autres termes, dispose de l'expertise pour assurer l'accueil du problème de santé du patient de manière autonome. En tout cas, le ministre n'opte pas – comme on pourrait pourtant s'y attendre selon les principes de l'Evidence Based Medicine – pour l'accueil "le plus" compétent.

On peut supposer que le ministre anticipe déjà les situations intolérables éventuelles qui pourraient apparaître d'ici quelques années si, comme elle propose, on introduit dans notre pays l'échelonnement des soins. Apparemment, elle s'inspire des problèmes très actuels de surcharge de travail des cabinets de généralistes observés dans les pays où ce système a provoqué de véritables ravages. Nous ne devons pas résoudre les problèmes néerlandais, mais bien les belges, à savoir une pléthore de médecins exacerbée et généralisée et un manque chronique de personnel infirmier.

Enfin, il convient de remarquer que – dans la mesure du possible – toute intervention de soins doit viser au "maintien du patient dans son milieu habituel de vie". Ceci implique que le patient ne peut être hospitalisé que s'il ne peut plus être soigné en ambulatoire. Pourtant, c'est le patient qui décide en dernier ressort, de sorte qu'il se pose alors le problème du patient qui peut être

incapable de manifester sa volonté. Mais c'est justement là où le raisonnement de la ministre va à vau-l'eau : elle souhaite que tous les patients soient traités comme s'ils n'étaient pas capables de manifester leur volonté.

2. Objectifs poursuivis

– "... à l'échelon le plus approprié"

Dans les projets relatifs aux droits du patient, on attend du dispensateur de soins qu'il fournisse les informations les plus complètes possibles, en ce compris les possibilités alternatives de traitement. Dès lors, nous sommes étonnés que les autorités s'en tiennent maintenant au "plus approprié". Dans la mesure où il s'agit d'une approche scientifique des problèmes de santé, il conviendrait de privilégier le "niveau professionnel le plus compétent".

– point par point :

– "1° Mieux informer le patient, le conseiller, l'accompagner dans tout le processus de soins."

Si les informations disponibles sont insuffisantes ("mieux ..."), c'est en premier lieu dû aux autorités qui ne se sont jamais efforcées de renseigner la population sur les différentes sortes d'établissements de soins avec leurs finalités respectives dans le secteur des soins de santé, et ce bien que ce soit son rôle. Un "guide" pour chaque Communauté à destination du grand public constituerait dès lors une initiative utile. De plus, la population est régulièrement trompée par des informations sensationnelles (ou de la publicité camouflée) de nouveaux services ou d'offres de soins dans les hôpitaux universitaires. Sans que les autorités n'émettent la moindre critique à ce sujet.

– "2° Optimiser la collaboration entre les différents acteurs de la première ligne afin d'apporter une offre de soins cohérente."

Le code de déontologie médicale constitue en la matière un instrument disciplinaire essentiel et l'accréditation un incitant devant stimuler la qualité. Il ne serait pas très opportun que les autorités y ajoutent un système coercitif. C'est en effet le patient lui-même qui associe les acteurs de son choix au processus de soins. Et cela ne doit pas changer.

– "3° Renforcer de diverses manières la permanence et la continuité des soins tant dans la première ligne qu'entre les différents échelons."

Ceci relève de la compétence fédérale sur la base des articles 8 et 9 de l'A.R. n° 78 et est organisé sous le contrôle des commissions médicales provinciales qui sont du ressort du ministère de la Santé publique. Rien n'empêche les autorités de donner une forme plus claire dans ce contexte, sans pour autant qu'il ne faille un protocole entre les Communautés.

"...tant dans la première ligne qu'entre les différents échelons" doit-il être compris comme une allusion à l'adresse des services d'urgences des hôpitaux, lesquels ne feraient pas partie de la première ligne?

Rien n'est moins vrai. Heureusement. Peut-on en effet imaginer quel serait le désastre s'il y avait une approche échelonnée des urgences?

– 'Stimuler la qualité des soins grâce à diverses mesures telles que : ..'

Le terme non limitatif "telles que" permet de prendre un nombre illimité de mesures, sans distinction de nature et de portée. Le cadre légal fédéral existant est donc tout bonnement remplacé par des ..."mesures", quelles qu'elles soient.

"Collecte de données" : sans autre précision. Cela concerne-t-il les données des patients, les données médicales, les données des établissements, les données concernant l'offre et les établissements de pratique médicale (cadastre)?

"*Mise au point des programmes de soins intégrés*": qu'entend-on par "mise au point"? Les normes d'agrément des programmes de soins sont inscrites dans la législation fédérale (loi sur les hôpitaux). Les autorités ont-elles l'intention de détailler plus encore qui fait quoi dans tel programme de soins et de préciser quel itinéraire le patient doit suivre? L'introduction de programmes de soins, comme définis en exécution de la loi sur les hôpitaux, dans la première ligne, n'est pas sans susciter un certain nombre de questions.

3. Fonctionnement du système

La définition de trois niveaux témoigne d'un désir irréfléchi de schématisation et d'un manque total de perception de la réalité des soins de santé.

Tant le premier que le deuxième niveaux se situent dans la pratique et dans le contact direct avec le patient.

Le troisième niveau ne peut que s'appliquer à une réflexion et à une concertation sur le fonctionnement des structures dans une région donnée.

4. Engagement des parties

Il est très curieux que l'objet proprement dit du protocole se limite à l' "**agrément spécial des services intégrés de soins à domicile**" (en application de l'art. 5 de la loi du 27.6.1978).

Ceci ne justifie en aucune façon l'introduction de toute une structure organisationnelle des "soins de santé de première ligne" qui serait de surcroît couplée à une "programmation" !

Une programmation implique en effet la création d'une centaine de services en lieu et place des pratiques de généralistes existantes (et les médecins spécialistes?) et des structures de soins infirmiers à domicile, et ce avec une destination qui, selon les "objectifs" définis, est beaucoup plus large et peut être étendue à toute la portée qui pourrait être donnée à la notion indéfinie de "soins de première ligne".

On ignore tout des missions qui pourraient être confiées à ces services. Ils "*veillent à ce que les prestations suivantes soient prestées : organisation pratique (de quoi, où, comment, avec qui?), soutien de la collaboration multidisciplinaire orientée vers le patient (qu'est-ce que c'est, entre qui, avec quel soutien?), répartition des tâches (entre qui, quelles tâches, dans les limites de quelles compétences, quid du droit à l'autodétermination du patient?), plan de soins (qu'est-ce que c'est, qui l'élabore, quid du droit à l'autodétermination du patient, dans les limites de quelles compétences, etc. ?) et évaluation de l'autonomie (compétence de qui?, qui évalue, quid du contrôle médecin conseil mutuelle, s'agit-il exclusivement des patients ayant une autonomie réduite, etc. ?)*.

Le texte est complètement incompréhensible quand il est dit que tout cela est réalisé par les prestataires de soins librement choisis par le patient !! Que fait le "service" en réalité puisque ce sont finalement les "prestataires de soins" qui exécutent? Le rôle du service est-il de dicter et celui des prestataires de soins choisis d'exécuter? Et puis ensuite d'enregistrer "les activités", et ce à l'intention des Communautés et des autorités fédérales.

En fait, on assiste ici à la création du notariat de la première ligne qui est assuré par une centaine de "services".

En outre, les prestataires de soins sont cadastrés par "service" puisqu'il ne peut y avoir qu'un "service" par zone géographique (zone = ± 100.000 habitants).

Il est totalement impossible de déterminer si c'est réalisable et à quels frais.

Apparemment, c'est également la conclusion de l'auteur du projet puisque, pour toute sécurité, il est prévu que "là où cela s'avère nécessaire", la réglementation sera adaptée progressivement "pour parvenir à une structuration des soins et des services plus cohérente". La légalité de ce concept est apparemment accessoire.

Les dispensateurs de soins ont veillé par eux-mêmes à une structuration cohérente des soins, sans aucune rétribution et sans structures lourdes et onéreuses. Elle fonctionne de manière beaucoup plus efficace que par exemple la médecine d'Etat britannique ou néerlandaise. La seule chose que les dispensateurs de soins réclament, c'est la reconnaissance et le soutien de ce qu'ils ont mis en place pour en assurer la perpétuation et l'optimisation. L' "approche kolkhozienne" ou l' "organisation de pratique de brousse" de Monsieur Herman VAN LOON n'a pas de raison d'être. Elle ne fait que remettre sérieusement en question la cohérence de l'actuelle politique de la santé.

Protocole entre le Gouvernement fédéral et les autorités visé aux articles 128,130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé de première ligne.

(Il s'agit du projet tel qu'il se présentait le 29.5.2001. La date du 30 mai n'a pas pu être respectée car, ce jour-là, le groupe de travail interministériel s'est penché sur un certain nombre d'amendements, parmi lesquels un émanait du ministre VANDENBROUCKE. La nouvelle date proposée pour la signature est le 29.6.2001.)

Vu les compétences respectives de l'Etat fédéral et des autorités visées par les articles 128, 130 et 135 de la Constitution ci-après dénommées Communautés/Régions pour la structuration des soins de la santé de la première ligne.

Considérant que les compétences relatives aux différents secteurs de la première ligne sont réparties entre les différents niveaux de pouvoir;

Considérant qu'il y a lieu de développer une approche plus globale de la santé;

Considérant qu'il existe de nombreux points de chevauchement entre la prévention, la promotion de la santé, les soins à domicile et d'autres aspects liés à l'action sociale;

Considérant que le besoin pour le patient d'avoir des soins de première ligne de qualité et accessibles à tous est la préoccupation centrale;

Considérant qu'il est nécessaire de mieux organiser les soins en vue de garantir à l'échelon le plus approprié des soins de qualité et ce, de manière à utiliser de façon plus rationnelle les moyens disponibles, et à mieux définir la place des acteurs de première ligne;

Considérant qu'une collaboration multidisciplinaire offre une plus-value importante qui doit être soutenue de manière structurelle;

Considérant que dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, aucune intervention n'est prévue pour les prestations aux bénéficiaires qui restent à domicile en ce qui concerne des activités réalisées de manière multidisciplinaire dans les domaines de concertation, d'évaluation et de planification des besoins de soins;

Considérant qu'une telle intervention doit être rendue possible vu le besoin croissant de soins à domicile;

Il a été convenu ce qui suit:

L'Etat fédéral et les Communautés/Régions décident, dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé Publique, de prendre les initiatives suivantes dans le domaine des soins de santé de première ligne et des soins à domicile:

1. Définition:

On entend par «soins de santé de première ligne», le niveau de soins de santé où les professionnels se consacrent au premier accueil et à l'accompagnement professionnel des problèmes de santé, que le patient n'est pas à même de résoudre, et en vue de son maintien dans son milieu habituel de vie.

2. Objectifs poursuivis

L'objectif général de ce protocole est de proposer au patient l'offre de soins la plus cohérente et la plus accessible possible à l'échelon le plus approprié.

Pour atteindre cet objectif, il y a lieu de :

- 1° Mieux informer le patient, le conseiller, l'accompagner dans tout le processus de soins.
- 2° Optimiser la collaboration entre les différents acteurs de la première ligne afin d'apporter une offre de soins cohérente.
- 3° Renforcer de diverses manières la permanence et la continuité des soins tant dans la première ligne qu'entre les différents échelons.
- 4° Stimuler la qualité des soins grâce à diverses mesures telles que :
 - Collecte de données avec feed-back rapide aux prestataires
 - Concertation multidisciplinaire
 - Mise au point des programmes de soins intégrés

3. Fonctionnement du système :

La première ligne fonctionne sur trois niveaux :

1. Le premier niveau (la pratique): contacts entre le patient et le prestataire de soins.
2. Le deuxième niveau (local) : il s'agit, là où elle s'avère nécessaire, de la concertation multidisciplinaire entre les différents acteurs autour du patient.
3. Le troisième niveau (zonal): ce niveau regroupe l'ensemble des acteurs sur une zone géographiquement définie. Il s'articule avec les différents services et structures existant sur le terrain y compris avec un ou plusieurs hôpitaux de la zone concernée.

4. Engagement des parties:

Le gouvernement fédéral s'engage en fonction de ses compétences à:

- 1° Fixer, en application de l'art. 5 de la loi du 27 juin 1978, des normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile (SID) et programmer le nombre de services. Cet agrément spécial peut être octroyé à un service qui répond aux caractéristiques suivantes:
 - Au minimum les médecins-généralistes et infirmiers/-ères doivent, dans la zone comme définie plus loin, être représentés dans le service;
 - Le service doit promouvoir la collaboration entre les prestataires de soins;
 - Le service doit dans sa zone, collaborer de manière structurelle avec les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les établissements de soins et les institutions de soins à domicile, les centres de jour;
 - Le service veille à ce que les prestations suivantes soient prestées : organisation pratique et soutien de la collaboration multidisciplinaire orientée vers le patient, répartition des tâches, plan de soins et évaluation de l'autonomie par les prestataires de soins librement choisis par le patient;
 - Le service assure l'enregistrement des activités organisées dans ce cadre au profit des parties signataires
 - On ne peut, par zone géographique d'un seul tenant reconnaître qu'un seul service excepté pour la Région de Bruxelles-Capitale, où une zone géographique peut faire partie de la zone de travail d'un service qui se reconnaît comme appartenant soit à la Communauté flamande, soit à la Commission communautaire française, soit à la Commission communautaire commune.
 - Le nombre de services intégrés de soins à domicile est limité à un service par tranche complète de 100 000 habitants, étant entendu que chaque Communauté/Région peut reconnaître au moins 2 services.
- 2° Prévoir, dans le cadre de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sur l'assurance maladieinvalidité, une intervention forfaitaire pour les prestations des services intégrés de soins à domicile mentionnés sous le point 1. Cela permettra, entre autres, d'indemniser les prestataires qui participent aux concertations multidisciplinaires et les frais de fonctionnement qui y sont liées.
- 3° là où cela s'avère nécessaire, adapter progressivement la réglementation pour parvenir à une structuration des soins et des services plus cohérente.

Les Communautés/Régions, en fonction des compétences qu'elles détiennent, s'engagent à :

- 1° procéder à la délimitation des zones couvertes par ces structures en veillant à couvrir l'ensemble du territoire sur lequel s'exercent les compétences telles que définies sous 4,1;
- 2° procéder à l'agrément de ces services intégrés à domicile;
- 3° créer une législation permettant de venir greffer sur les services intégrés à domicile des missions complémentaires et prévoir un lancement adéquat pour celles-ci;
- 4° là où c'est nécessaire et utile adapter progressivement leur réglementation afin de parvenir à une structuration des soins et des services plus cohérente.

Le Gouvernement fédéral et les Communautés / Régions s'engagent conjointement à :

Nonobstant les initiatives prises par chaque Région et/ou Communauté, discuter, dans le cadre de la conférence interministérielle santé publique, au sein d'un groupe de travail, la possibilité de conclure un accord de coopération sur la manière de structurer les soins de santé de première ligne.

Plus précisément, il s'agira de :

- 1° examiner, à partir des objectifs susmentionnés, les missions relevant de la compétence soit du gouvernement fédéral, soit des gouvernements communautaires ou régionaux - qui peuvent éventuellement être confiées à une structure spécifique des soins et services de première ligne;
- 2° définir pour ces structures spécifiques les critères minima communs;
- 3° définir le cadre de financement.

Ainsi conclu à Bruxelles, le 30 mai 2001.

**LA POLITIQUE D' "EXPERTISE" DE LA MINISTRE AELVOET :
LA SAGA DE LA DENTISTERIE ET DE LA STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE ORALE
ET MAXILLO-FACIALE**

La ministre Aelvoet souhaite allonger les études de science dentaire. C'est possible. Mais cela relève de la compétence des ministres communautaires de la Formation. Pour parvenir malgré tout à ses fins, elle s'appuie sur les notions de spécialisation qui ont une signification très particulière dans son article 139 du projet de la loi sur les soins de santé. Une disposition, à première vue, relativement innocente, qui insère un article 3bis dans l'A.R. n° 78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

L'article susvisé pose cependant un problème très sérieux. Il prévoit que si une partie de l'art dentaire fait l'objet d'une agréation particulière (spécialisation), ce domaine ne peut être exercé de manière autonome et indépendante que par les porteurs du titre professionnel particulier. En d'autres termes : les dentistes-parodontologues deviennent des spécialistes tandis que les dentistes "ordinaires" deviennent des praticiens non autonomes, c'est-à-dire des auxiliaires. Car le domaine est "réservé".

C'est une première dans l'A.R. n° 78. Même en médecine, les spécialisations confèrent uniquement une protection du titre, mais pas du domaine. Et c'est heureux ainsi eu égard à l'unité de la science médicale et à l'approche inévitablement globale du patient.

Ce faisant, on tire donc définitivement un trait sur l'unité de principe de la dentisterie.

Ce n'est toutefois pas tout. En application de cet art. 3bis, les stomatologues et spécialistes en chirurgie orale et maxillo-faciale souhaitant exercer cette partie de leur spécialité (voir infra), devront désormais soit devenir des auxiliaires des dentistes-spécialistes, soit obtenir une agréation particulière dans le domaine de la dentisterie, et ce en passant devant une commission d'agréation composée de dentistes-spécialistes.

Entre-temps, on dispose déjà d'un projet d'arrêté ministériel qui comprend une définition très détaillée des actes du domaine de la "parodontologie". N.B. : la définition des actes relevant de l'art de guérir doit normalement être réglée par A.R. délibéré en Conseil des Ministres et non pas par A.M. et requiert l'avis des Académies de médecine.

On a apparemment perdu de vue que la parodontologie est également une partie de la formation en stomatologie et en chirurgie orale et maxillo-faciale. Pourtant, c'est très clair dans les critères d'agrément. Mieux encore : dans les critères pour la stomatologie et la chirurgie maxillo-faciale, la formation en parodontologie est mentionnée comme sortant du cadre de la dentisterie car elle constitue une partie de la formation médicale supérieure. Ceci montre bien qu'il s'agit là d'un domaine médical. Par conséquent, le Conseil de l'art dentaire ne peut pas émettre d'avis de manière autonome et exclusive.

Dans le futur, malgré leur formation qui est 2 à 2,5 fois plus longue, les médecins spécialistes en stomatologie ou en stomatologie et en chirurgie orale et maxillo-faciale, ne pourront plus effectuer d'actes parodontaux de manière autonome (bien que ceux-ci relèvent de leur domaine de compétence), à moins d'obtenir une agrément devant la commission d'agrément de la dentisterie-parodontologie. Une lecture conjointe des dispositions de l'art. 3 avec le nouvel art. 3bis conduit à la situation suivante :

– premier niveau de réservation de domaine : la dentisterie, réservée aux LSD (bientôt "Master"?). Même un médecin ne peut exercer la dentisterie que s'il a ce diplôme.

– deuxième niveau de réservation de domaine : la spécialité dentaire, ex. la parodontologie. L'art. 3bis prévoit que nul ne peut encore exercer la dentisterie de manière autonome et indépendante s'il n'est pas porteur d'une spécialité, et ce dès que les critères sont définis. Comme c'est écrit, la deuxième réservation de domaine conditionne également l'accès à la dentisterie (complète?) (ou à une partie de celle-ci?).

En fait, cela revient à réduire à "néant" la base légale actuelle de l'exercice de la dentisterie, à savoir le diplôme légal de licencié en science dentaire, et à déplacer la base juridique effective vers des arrêtés d'exécution ministériels. Dans des circonstances normales, il faudrait les pouvoirs spéciaux.

Dans le futur, les médecins spécialistes en stomatologie ou en chirurgie maxillo-faciale ne pourront dès lors plus être formés sans spécialisation dans un domaine de la dentisterie. Pourtant, il ne fait pas de doute que dans le cadre d'une intervention, un chirurgien maxillo-facial peut être amené à s'aventurer à un moment donné dans le champ d'activités de la parodontologie. Doit-il alors déposer les instruments?

Il va de soi que les dentistes établis (stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux inclus) peuvent invoquer des "droits acquis". Mais personne ne sait ce que cela signifie au juste avec le texte de l'art. 3bis : la poursuite des activités (polyvalentes) existantes du dentiste, limitée ou non en ce qui concerne les domaines spécialisés, ou l'acquisition d'une spécialisation dans un domaine bien défini sur la base de l'expérience?

Dans le projet d'A.M. sur la parodontologie, il est fait référence, dans les dispositions transitoires, à l' "arrêté ministériel fixant les critères généraux d'agrément des dentistes spécialistes". Le contenu de cet arrêté ministériel nous est inconnu et est introuvable sur le website du ministère de la Santé publique. Motif : il s'agit d'un projet en préparation, qui devrait revenir prochainement du Conseil d'Etat avec l'avis d'en faire un seul document avec les critères spéciaux des spécialisations de l'art dentaire général, de l'orthodontie et de la parodontologie. Nous ne pouvons pas vous communiquer ce texte car il est secret, du moins pour les médecins.

Un élément supplémentaire très important réside dans le fait que le projet des critères spéciaux pour la parodontologie – comme cela nous a été confirmé verbalement, également pour les autres spécialisations – prévoit expressément le principe de l'exercice exclusif du domaine comme

condition au maintien du titre (N.B. : titre = autorisation à exercer de façon autonome le domaine de l'art dentaire). Dès lors, les stomatologues et les spécialistes en chirurgie orale et maxillo-faciale sont confrontés à un problème insoluble :

- dès qu'ils font plus que de la dentisterie générale, ils perdent le titre professionnel de (et l'autorisation d'exercer) la spécialisation de l' "art dentaire général" (en fait donc déjà avant qu'ils entament leur formation supérieure);
- dès qu'ils font plus que de la "parodontologie", ils perdent le titre professionnel (et l'autorisation d'exercer) dans ce domaine d'activité bien qu'il s'agisse d'une partie de leur champ d'activités médical);
- de plus, on peut se demander si les stomatologues et spécialistes en chirurgie orale et maxillo-faciale n'ont pas l'obligation, conformément à leurs critères d'agrément, d'obtenir la spécialisation en parodontologie car la formation en parodontologie se situe pour eux après l'obtention du diplôme de LSD et est une partie obligatoire de la formation supérieure.

La perte du titre professionnel, quel qu'il soit, dans l'art dentaire, a donc pour conséquence que les stomatologues et spécialistes en chirurgie orale et maxillo-faciale deviennent bel et bien des auxiliaires des dentistes-spécialistes.

Il est naturellement impossible d'évaluer correctement la portée précise des dispositions générales tant que nous ne disposons pas des projets de texte concernant les critères d'agrément concernant l'art dentaire, ne fût-ce que pour évaluer les effets des délimitations respectives des sous-spécialités et des mesures dites transitoires. Jusqu'où s'étendra par exemple la compétence du "dentiste général" dans les différents domaines?

Une chose est toutefois certaine : le nouvel article 3bis qui lie une autorisation à un exercice autonome d'un domaine d'activité à un titre professionnel spécialisé protégé légalement, crée une véritable impasse. D'autant plus que le domaine d'activités est au minimum également médical et – si l'on prend également le projet d'A.M. sur la parodontologie en considération – partiellement strictement médical.

ART. 139 DU PROJET DE LOI SUR LES SOINS DE SANTÉ

A Madame M. AELVOET
Ministre de la Santé publique
Avenue des Arts 7
1210 Bruxelles

Bruxelles, le 21 mai 2001

Concerne : Art. 139 du projet de loi sur les soins de santé (insertion art. 3 bis dans l'A.R. n° 78 du 10.11.1967)
Projet d'A.M. sur la parodontologie
Correspondance Conseil de l'Art dentaire
Positions du Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT)
Correspondance Conseil technique dentaire (CTD)

Madame la Ministre,

Trois initiatives relevant de votre compétence sont actuellement en développement en évoluant apparemment indépendamment l'une de l'autre. Cependant, leurs résultats convergent à tel point que cela peut encore difficilement être une coïncidence. Nous avons le sentiment qu'elles auront des effets particulièrement négatifs sur l'art de guérir en Belgique, plus particulièrement au niveau des soins au patient.

La chirurgie est une succession d'actes irréversibles. Chaque incision ou lésion des nerfs, des vaisseaux sanguins ou de la peau doit pouvoir être compensée de la meilleure façon qui soit, et le praticien doit pouvoir prendre en charge les éventuelles complications. C'est à partir de cette

philosophie de base que les spécialités chirurgicales font l'objet d'une formation longue pour la sécurité du patient. La législation qui est actuellement en préparation déroge à ce principe.

En effet, le projet d'A.M. sur la parodontologie définit la parodontologie comme *"la spécialité dentaire qui comprend le diagnostic, la planification du traitement et le traitement même de toutes les affections parodontales (en relation avec l'accumulation de plaque ou non) par, notamment, la thérapie parodontale initiale, la chirurgie des tissus parodontaux, les techniques de régénération tissulaire guidée, l'enlèvement de kystes parodontaux, le traitement des problèmes de furcation, l'extraction chirurgicale, les transplantations et réimplantations des dents, ainsi que la pose d'implants endo-osseux et leurs pièces intermédiaires. La parodontologie ne contient en aucun cas la restauration prothétique."*

Ce n'est pas une définition innocente d'une nouvelle spécialité de l'art dentaire qui se présente d'emblée avec un profil clairement "chirurgical". En effet, dans les explications fournies à ce propos par le Conseil de l'Art dentaire, il est fait référence à une description du domaine de l'art dentaire de la directive européenne CE.78.687 qui dit : *"Les Etats membres assurent que les praticiens de l'art dentaire sont habilités d'une manière générale à l'accès aux activités de prévention, de diagnostic et de traitement concernant les anomalies et maladies des dents, de la bouche, des mâchoires et des tissus attenants, ainsi qu'à l'exercice de ces activités, dans le respect des dispositions réglementaires et des règles de déontologie qui régissent la profession au moment de la notification de la présente directive."* Ce domaine va bien du cou à la base du crâne.

Cette disposition va bien au-delà de la définition jusqu'à présent admise du champ d'activité du dentiste, telle qu'elle figure dans la loi de base du 1^{er} juin 1934 dans laquelle l'activité opératoire du dentiste est définie comme suit : *"Les porteurs du diplôme légal de licencié en science dentaire ne peuvent pratiquer des interventions sanglantes que sur les dents et les tissus connexes."* Pendant des décennies, le champ d'activités de la chirurgie dentaire n'a pas posé de problème : la dent, l'alvéole dentaire ainsi que la gencive et la muqueuse connexes.

Au cours des deux dernières décennies, la parodontologie en Belgique a évolué vers une spécialité dentaire qui bénéficie de notre soutien en ce qui concerne son principal centre d'intérêt : la conservation des dents. En effet, les affections parodontales sont, outre les caries, la principale cause de perte de dents en Belgique. Par conséquent, la parodontologie joue un rôle dans la préservation d'une bouche saine, ce qui constitue un élément essentiel pour l'état de santé général. Ce centre d'intérêt est très large et bénéficie de notre total soutien.

Malheureusement, le projet d'A.M. sur la parodontologie dépasse de loin son champ d'activités essentiel au niveau de l'activité "chirurgicale". En soi, cela se comprend puisque la parodontologie a toujours constitué une partie de la formation de la spécialité médicale de la stomatologie et de la chirurgie orale et maxillo-faciale (cf. critères d'agrégation). C'est précisément à partir de l'expertise du prof. van Steenberghe, qui est lui-même médecin-stomatologue, médecin-chef de service du service de parodontologie de la KUL, que la parodontologie belge a établi sa réputation tant dans notre pays qu'à l'étranger.

Nous déplorons cependant que l'on profite de cette occasion pour définir, dans le cadre de l'actuel projet d'A.M., un champ d'activités qui est normalement celui du médecin spécialiste en stomatologie et en chirurgie orale et maxillo-faciale, mais en aucune façon celui du dentiste.

Ainsi, il est notamment prévu que la pose d'implants endo-osseux fait partie du champ d'activités. Et ce sans autre restriction que celle définie dans la directive CE/78/687. Les implants sont en effet placés par des dentistes, en général dans un alvéole dentaire existant. A ce niveau, nous n'avons pas le moindre problème. Par contre, nous ne sommes pas d'accord lorsque ces implants sont posés dans des zones où il n'y a plus d'alvéole dentaire et où les tissus voisins peuvent être endommagés, de sorte que le dentiste n'est plus à même de faire face aux complications, même s'il s'agit d'un dentiste spécialisé. Nous disposons d'une correspondance de laquelle il ressort que certains dentistes "spécialisés" pratiquent dans ce domaine sans aucun scrupule et sans réaliser qu'une formation médicale est nécessaire.

Dès lors, nous sommes d'avis que les implants doivent pouvoir être posés tant par les dentistes généraux que par le dentiste-parodontologue, excepté dans les zones où il y a risque de

pénétration du nerf alvéolaire inférieur dans les mâchoires inférieures atrophiques, la fosse nasale, le sinus maxillaire, la base du crâne, l'orbite et les apophyses ptérygoïdes de l'os sphénoïdal. Si l'on veut autoriser cette dernière chose, il conviendrait alors d'évoluer vers un titre de médecin-dentiste-parodontologue.

La paranoïa n'est pas indiquée. Pourtant, dans les médias, un groupe de dentistes désireux de travailler sur ce terrain préfèrent se faire appeler "chirurgien dentiste" plutôt que dentiste et un grand nombre de ces dentistes préfèrent se faire appeler "Docteur" plutôt que dentiste (et utilisent ce titre dans leur correspondance). Sans avoir obtenu de diplôme médical, ce groupe de dentistes constitue des associations avec le titre "chirurgie orale".

Nous n'avons aucun problème avec l'étendue du champ d'activités tel qu'il est décrit dans la directive CE/78/687 pour autant qu'il s'agisse de la prévention, du diagnostic et du traitement non chirurgical.

Cependant, lorsqu'il s'agit d'interventions opératoires, cette restriction est nécessaire dans l'intérêt de la protection du patient.

Ce même raisonnement est également de mise lorsque les parodontologues revendiquent, dans le projet d'A.M., le traitement chirurgical des kystes parodontaux et de toutes les formes de dents incluses. Ceci aussi pose un sérieux problème en raison de la pertinence chirurgicale. Nous n'avons aucun problème avec le traitement chirurgical de toutes les formes de kystes parodontaux qui se présentent dans la région gingivodentaire ou avec l'extraction de dents incluses conjonctives. Pour les autres formes de kystes et d'éléments inclus dans les os maxillaires, la spécialité médicale de la stomatologie est particulièrement indiquée. Il convient ici aussi d'établir une restriction pour le dentiste-parodontologue.

En résumé, dans le projet d'A.M., le domaine de formation de la stomatologie et de la chirurgie orale et maxillo-faciale (= 7 ans de médecine + 3 ans de dentisterie + 2 ans de stomatologie + 2 ans de CMF) est considéré pour une large part comme une subdivision de la parodontologie alors que la parodontologie constituait jusqu'à présent un élément de notre formation, telle que définie dans les critères d'agrégation.

Dans ce contexte précis, l'article 139 du projet de loi sur les soins de santé pose un énorme problème. Il prévoit que si une partie de l'art dentaire fait l'objet d'une agrégation particulière (spécialisation), ce domaine ne peut être exercé de manière autonome que par les porteurs du titre professionnel particulier. Le domaine est "réservé". C'est une première dans l'A.R. n° 78. Même en médecine, les spécialisations confèrent uniquement une protection du titre, mais pas du domaine. Ceci vaut même à l'égard des médecins spécialistes en stomatologie, où la parodontologie est une partie de la formation ! Il s'agit là d'une inversion particulièrement inventive, mais du point de vue du contenu, complètement incompréhensible.

Incompréhensible car notre groupe professionnel n'a jamais été consulté à ce propos, parce que l'on part du principe que le Conseil de l'Art dentaire peut agir d'une manière complètement autonome, car les actes de l'art de guérir seront définis par A.M. et non plus par A.R., car les médecins spécialistes en stomatologie et en chirurgie orale et maxillo-faciale ne pourront même plus effectuer d'actes parodontaux de manière autonome de par le nouvel article 3bis.

C'est dans ce contexte qu'il faut également situer la récente correspondance de la Commission dento-mutualiste et du Conseil technique dentaire par rapport à la nomenclature des prestations de santé, demandant un dédoublement ou un transfert des prestations de santé vers la dentisterie. Le rapport avec ce qui précède ne peut pas être une coïncidence. La question concerne en outre environ 35 % du budget de la stomatologie dans le domaine de la nomenclature ! Ce n'est probablement pas non plus une coïncidence si les parodontologues ont malgré tout admis qu'il soit spécifié dans une définition très large de leur domaine d'activité qu'ils n'effectueront pas de soins prothétiques même s'ils ont bénéficié d'une formation dans ce sens : "*La parodontologie ne contient en aucun cas la restauration prothétique*". Cette disposition a assuré le soutien des principales associations professionnelles de dentistes pour ce projet d'A.M.

C'est naturellement compréhensible d'essayer, par un A.M., de court-circuiter une longue formation médicale du point de vue du candidat-spécialiste. Mais c'est en porte-à-faux avec la vision de notre profession, laquelle a encore tenu, le 30.9.2000, une conférence de consensus à la KUL avec des représentants des Universités, des deux commissions d'agrégation et de l'Association professionnelle, de laquelle il est ressorti que l'on estimait non seulement que les deux diplômes de base restaient une nécessité quant au contenu mais qu'il fallait également renforcer le contenu de la formation pour répondre aux risques médicaux croissants d'une population vieillissante et pour s'adapter aux nouveaux développements médicaux.

Il convient également de constater que les médecins spécialistes en stomatologie et en chirurgie orale et maxillo-faciale sont et resteront en nombre suffisant (eu égard au nombre d'assistants actuellement en formation) pour couvrir parfaitement l'ensemble du champ d'activités pendant les deux prochaines décennies. Il n'y a pratiquement pas de listes d'attente et l'engagement dont les stomatologues font preuve à l'égard de leurs patients est irréprochable (cf. le "dossier stomatologie" dans le Journal du Médecin du 6.2.2001).

Par conséquent, nous ne voyons aucune argumentation étayée sur le plan politique justifiant la création d'une nouvelle discipline en ce qui concerne le domaine d'activité chirurgical, comme cela nous a du reste été indiqué dans la lettre du ministre de la Santé publique de l'époque le 5 juin 1998 : "En réponse à votre lettre du 16.2.1998, j'ai l'honneur de vous faire savoir que je veillerai à ce que les lois actuellement en vigueur concernant la chirurgie buccale/orale soient respectées. Il n'est d'ailleurs pas dans mes intentions d'envisager une reconnaissance en chirurgie buccale pour les L.S.D. Comme vous avez souligné, à juste titre, la situation actuelle dans laquelle la chirurgie orale et maxillo-faciale est pratiquée par les médecins spécialistes agréés répond le mieux aux besoins de la santé publique en Belgique."

Nous espérons que la politique actuelle qui exige une expertise médicale professionnelle pour les actes chirurgicaux de parodontologie ne sera pas abandonnée à la légère. Nous vous remercions pour votre attention et nous restons à votre entière disposition pour de plus amples explications ou un éventuel entretien.

Veillez croire, Madame la Ministre, en l'expression de notre considération distinguée.

Dr M. MOENS,
Secrétaire général

Prof. Dr J. GRUWEZ
Président

Dr C. POLITIS
Secrétaire de l'UPMS en stomatologie
et en chirurgie orale et maxillo-faciale

MESURES D'ECONOMIES : EN VIGUEUR DEPUIS LE 1.6.2001

30 MAI 2001. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 1.6.2001)

[...]

Article 1er. A l'article 17, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, au § 1er, modifié par les arrêtés royaux des 25 juillet 1994, 7 août 1995, 31 août 1998, 9 octobre 1998 et 29 avril 1999 et au § 3 sont apportées les modifications suivantes:

A. Au § 1er

1. au 1°,

a) la prestation 450133 - 450144 est supprimée;

b) la prestation 451533 - 451544 est supprimée dans le libellé de la prestation 450015 - 450026;

2. au 2°, la prestation 451533 - 451544 est supprimée dans le libellé de la prestation 450516 - 450520
 3. au 3°,
 - a) les prestations 451533 - 451544 et 451570 - 451581 sont supprimées;
 - b) la prestation 451533 451544 est supprimée dans le libellé de la prestation 451010 - 451021;
 - c) la règle d'application qui suit la prestation 451850 - 451861 est supprimée;
 4. au 4°, les prestations 452771 - 452782 et 452830 - 452841 sont supprimées;
 5. au 5° :
 - a) la valeur "N 650" mentionnée dans la règle d'application qui suit la prestation 453073 - 453084 est modifiée en "N585" et la valeur "N 800" mentionnée dans la règle d'application qui suit la prestation 453095 453106 est modifiée en "N 720";
 - b) les valeurs relatives des prestations 453110 - 453121 et 453132 - 453143 sont portées respectivement à N 270 et N 450;
 - c) les prestations 453353 - 453364 et 453375 - 453386 sont supprimées.
 6. au 6° :
 - a) les prestations 454156 - 454160 et 454193 - 454204 sont supprimées;
 - b) la deuxième règle d'application qui suit la prestation 454193 - 454204 est supprimée;
 7. au 8°, les prestations 456153 - 456164, 456175 - 456186 et 456212 - 456223 sont supprimées;
 8. au 9°, les prestations et les règles d'application sont supprimées;
 9. au 10°, les prestations et les règles d'application sont supprimées;
 10. au 11°, dans la règle d'application qui suit la prestation 458894 - 458905, les termes « , ni avec la prestation n° 456816 - 458620 » sont supprimés;
 11. au 12° :
 - a) dans le libellé de la prestation 460670 :
 - au point 1) la prestation 450133 est supprimée
 - les prestations reprises sous les points 4) et 8) sont supprimées
 - au point 6) la prestation 454193 est remplacée par la prestation 454075;
 - b) dans le libellé de la prestation 460994 :
 - au point 1) la prestation 450133 est supprimée
 - les prestations reprises sous les points 4), 5) et 7) sont supprimées
 - c) la prestation 458356 est supprimée dans la règle d'application qui suit la prestation 461016.
- B. au § 3 : au littera a), le « 9° , » est supprimé.

Art. 2. A l'article 17bis, § 1er, B, 2 de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 25 juillet 1994 et 18 février 1997, les modifications suivantes sont apportées :

1. la valeur relative de la prestation 460316 - 460320 est portée à N 94;
2. la valeur relative de la prestation 460331 - 460342 est portée à N 112;
3. la valeur relative de la prestation 460353 - 460364 est portée à N 94;
4. la valeur relative de la prestation 460633 - 460644 est portée à N 94.

Art. 3. A l'article 17ter, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 25 juillet 1994, 18 février 1997, 31 août 1998 et 9 octobre 1998 sont apportées les modifications suivantes :

A. Au A :

1. au 1°, la prestation 461112 - 461123 est supprimée;
2. au 4°, les prestations 463772 - 463783 et 463831 - 463842 sont supprimées;
3. au 5°,

a) la valeur "N 650" mentionnée dans la règle d'application qui suit la prestation 464074 - 464085 est modifiée en "N585" et la valeur "N 800" mentionnée dans la règle d'application qui suit la prestation 464096 - 464100 est modifiée en "N 720";

b) les valeurs relatives des prestations 464111 - 464122 et 464133 - 464144 sont respectivement portées à N 270 et N 450;

4. au 6°, :

a) les prestations 465150 - 465161 et 465194 - 465205 sont supprimées;

b) la deuxième règle d'application qui suit la prestation 465194 - 465205 est supprimée.

5. au 8°, les prestations et les règles d'application sont supprimées;

B. Au B, 2°

1. au a), la prestation 461112 - 461123 est supprimée;

2 au d), la prestation 463772 - 463783 est supprimée;

3. au h), les prestations 465150 - 465161 et 465194 - 465205 sont supprimées

4 au l), la prestation 463831 - 463842 est supprimée;

5 au p), les termes « 8° (manipulations) et » sont supprimés.

Art. 4. A l'article 26 de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 31 janvier 1986, 28 novembre 1986, 7 décembre 1989, 21 janvier 1991, 22 octobre 1992, 25 juillet 1994, 31 août 1998, et 21 mars 2000, sont apportées les modifications suivantes :

A. Au §1bis :

1. le "A" et les prestations y mentionnées sont supprimées;

2. a) la lettre "B" est supprimée;

b) la valeur relative des prestations 599815, 599830 et 599852 est portée à K 160.

B. Au § 9, les prestations 452830 - 452841, 454156 - 454160, 454193 - 454204, 456816 - 456820, 458032 - 458043 et 458216 - 458220 sont supprimées.

C. Au § 12, les prestations 463831 - 463842, 465150 - 465161, 465194 - 465205, 468031 - 468042, 468053 - 468064, 468075 - 468086 et 468215 - 468226 sont supprimées.

Art. 5. A l'article 34 § 1er, a) de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 22 janvier 1991, 25 juillet 1994, 12 août 1994, 7 juin 1995, 10 juillet 1996, 9 octobre 1998, 29 avril 1999 et 6 novembre 1999, les valeurs relatives des prestations 589013 589024 et 589035 - 589046 sont portées respectivement à I 1350 et I 675.

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er juin 2001.

Art. 7. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bonza, le 30 mai 2001.

PRESCRIPTIONS DE PRESTATIONS MÉDICALES NON CONFORMES: LA FAUTE DU PRESTATAIRE OU CELLE DU PRESCRIPTEUR ?

L'art. 170, b) de la loi coordonnée du 14.07.94 (Loi relative aux soins de santé et indemnités) stipule que le praticien de l'art de guérir qui refuse à plusieurs reprises de remettre aux bénéficiaires, dans les formes déterminées les documents prescrits par la loi susmentionnée, ses arrêtés et règlements d'exécution, est puni, par infraction d'une peine d'emprisonnement de huit jours à un mois et/ou une amende de 26 à 500 FB par infraction (montant à multiplier par 200), après avertissement signifié par les agents qualifiés pour constater l'infraction.

Un des documents visés est la formule de prescription de prestations médicales (examens de laboratoire, d'imagerie médicale, d'anatomie pathologique,...). Le prescripteur a donc tout intérêt à ne pas délivrer de prescriptions incomplètes. Et pourtant...

Lors d'un récent contrôle "de routine" du Service du contrôle médical (SCM) de l'INAMI, un radiologue s'est vu reprocher par le médecin inspecteur 31 cas de prescriptions non conformes, dont :

- 23 fois : prescription non datée par le prescripteur, dont plusieurs fois de manière répétée.
- 2 fois: aucune identification du patient.
- 3 fois: aucune explication de la demande diagnostique.
- 2 fois: aucune identification du prescripteur.

Comme de coutume, le médecin-inspecteur s'apprêtait déjà à réclamer au radiologue le remboursement des "prestations indues".

Pourtant, seul le médecin prescripteur peut certifier de la date de prescription, de l'identité du patient et de sa propre identification. Seul lui peut préciser sa demande diagnostique.

En outre, le règlement des prestations de santé (A.R. du 24.12.1963) prévoit à son art. 9ter, §14, que pour les prestations de (radiodiagnostic), l'intervention de l'assurance ne peut être octroyée qu'à condition que la demande ou la prescription comporte toutes les données figurant au modèle sous l'annexe 58. Or, l'annexe 58 précise clairement les éléments comme étant « à compléter par le prescripteur ».

L'art. 164 de la loi coordonnée du 14.07.94 (Section II: Récupération des prestations payées indûment) stipule à son tour:

"... la valeur des prestations octroyées indûment à un bénéficiaire est remboursée par le dispensateur qui ne possède pas la qualification requise ou qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires..."

« ...En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. ...»

Conclusion: par rapport au grief reproché, le radiologue n'est en aucune manière responsable de la non-conformité aux dispositions légales ou réglementaires. Seuls les médecins prescripteurs ne se sont pas conformés en ne délivrant pas, en vue des examens demandés, des formules de prescription conformes que ceux-ci sont censés compléter sous leur signature et sous leur responsabilité (notamment le n° d'identification INAMI).

Le radiologue, quant à lui, ne peut que respecter les obligations qui pèsent sur lui en vertu des dispositions légales et réglementaires, et plus particulièrement l'art. 13 de l'A.R. n° 78 relatif à l'art de guérir, l'art infirmier, aux professions paramédicales et aux commissions médicales:

"Tout praticien visé aux articles 2,3 ou 4 est tenu, à la demande ou avec l'accord du patient, de communiquer à un autre praticien traitant désigné par ce dernier pour poursuivre ou compléter soit le diagnostic, soit le traitement, toutes les informations utiles et nécessaires d'ordre médical ou pharmaceutique le concernant."

De surcroît, en vertu de l'art. 15 du même arrêté, le radiologue a droit, dans le respect des règles de la déontologie, à des honoraires ou des rémunérations forfaitaires, pour les prestations fournies.

Lui réclamer le remboursement des honoraires pour des infractions répétées commises par les médecins demandeurs, serait appliquer les règlements dans un sens contraire à la loi.

Jusqu'à présent, les médecins inspecteurs du SCM de l'INAMI avaient pris l'habitude d'établir des « pro justitia » de manière presque aveugle à charge des prestataires biologistes cliniciens, radiologues ou anatomo-pathologistes, estimant que ce sont eux qui doivent veiller à conserver les formules de prescription, incluant d'emblée en cela la garantie de la conformité des prescriptions. Pire encore. Ce raisonnement pourrait être interprété comme une incitation au faux en écritures. D'autant plus que, jusqu'à présent, les médecins inspecteurs du SCM n'ont pas eu, à notre connaissance, la justice de signifier au moins un avertissement, comme le prévoit l'art. 170,b), au médecins prescripteurs. Faut-il en déduire que le Service du Contrôle Médical préfère laisser proliférer les infractions non conformes des prescripteurs pour mieux poursuivre les prestataires?

Récemment, un avocat a rejeté un tel "pro justitia" dans la mesure où les griefs du SCM ne pouvaient pas être reprochés à son client radiologue, en développant l'argumentation susvisée. Quelque temps plus tard, les différents prescripteurs impliqués dans le dossier ont reçu un avertissement par recommandé, les renvoyant à l'article 9 ter, §14 de l'A.R. du 24.12.1963, à l'article 17, § 12 de la nomenclature (radiologie) et à l'article 164 de la loi S.S.I. :

"Il ressort de ces textes que lorsqu'une prescription d'actes de radiologie ne reprend pas toutes les données exigées, mentionnées ci-dessus, les prestations correspondantes ne sont pas remboursables et le rédacteur de la prescription y voit sa responsabilité engagée."

Venait ensuite l'énumération des prescriptions incomplètes avec chaque fois la mention du manquement et des prestations potentiellement payées indûment.

Et le médecin inspecteur terminait par: *"Je vous invite au respect le plus strict des dispositions légales et réglementaires en matière d'assurance Soins de Santé et Indemnités. La présente vous est adressée à titre d'information et de mise en garde. Un contrôle ultérieur de votre activité sera effectué"*.

Pour plus de clarté, nous répétons ci-après les exigences spécifiques de la nomenclature en ce qui concerne la prescription :

a) Imagerie médicale (art. 17 et 17bis)

- le nom et prénom du patient;
- le nom, le prénom, l'adresse et le numéro d'identification du prescripteur;
- la date de la prescription;
- la signature du prescripteur.

La prescription doit comporter une explication de la demande de diagnostic à l'adresse du radiologue et une indication du type d'examen souhaité.

N.B. : Ces exigences doivent être remplies pour toutes les prescriptions d'imagerie médicale adressées à un radiologue. Lorsqu'un non-radiologue renvoie un patient pour un examen échographique (art. 17bis) vers un autre médecin non-radiologue qui n'a pas le patient en traitement, il convient également de satisfaire à ces exigences.

b) Biologie clinique

En ce qui concerne la biologie clinique, la responsabilité du prescripteur est également mentionnée dans la nomenclature :

En vertu de l'A.R. du 14.11.1995, le texte suivant est inséré dans la nomenclature à la fin des articles concernant la biologie clinique (art. 3, art. 18, §2, B, e) et art. 24) :

"En ce qui concerne les critères diagnostiques éventuels, les règles susmentionnées supposent que les données qui y correspondent soient communiquées sur la prescription. Le prescripteur est responsable de la mention de ces renseignements."

En outre, les §§ 9 et 10 de l'art. 24 de la nomenclature énoncent une série de règles spécifiques en ce qui concerne les modalités en matière de prescription de biologie clinique.

"A.R. 31.8.1998"

"§ 9.

1. Pour pouvoir être portées en compte, les analyses de biologie clinique de l'article 3, § 1^{er}, C, article 18, § 2, B, e) et de l'article 24 doivent avoir été prescrites par le praticien ayant le patient en traitement, soit par un médecin dans le cadre de la médecine générale ou spécialisée, soit par un dentiste dans le cadre des soins dentaires, soit par une accoucheuse dans le cadre des soins obstétricaux de sa compétence.

Ces praticiens ne peuvent prescrire d'analyses sur l'intérêt médical desquelles ils n'auraient

pas de connaissances suffisantes ou qu'ils ne seraient pas capables d'interpréter correctement dans le contexte clinique présenté par leurs patients.

La prescription d'analyses de biologie clinique ne peut être rédigée qu'après examen du patient.

2. La prescription doit comporter les indications administratives suivantes :

- nom, prénom, adresse, date de naissance et sexe du patient
- nom, prénom, adresse et numéro d'identification du prescripteur
- date de la prescription et signature du prescripteur
- date de prélèvement de l'échantillon si le prescripteur procède au prélèvement ou le fait effectuer par du personnel paramédical sous sa responsabilité."

"A.R. 31.8.1998"

"3. La prescription comportera, lorsque cela peut être utile, les données cliniques dont le biologiste (clinique) a besoin pour pouvoir orienter ses examens et les effectuer de façon experte. Ces données cliniques ne feront jamais défaut sur la prescription pour une analyse assortie d'une règle de diagnostic subordonnant le remboursement à un état clinique.

La prescription doit mentionner en plus :

- soit la liste positive des diverses analyses demandées;
- soit la demande de mise au point biologique d'un syndrome déterminé ou le type d'examens souhaités devant un tableau clinique donné afin que le médecin spécialiste en biologie clinique puisse sélectionner les tests les plus appropriés et la séquence de ceux-ci dans le but de préciser au mieux le diagnostic ou de guider le traitement avec le minimum de tests.

Dans cette optique, le médecin spécialiste en biologie clinique peut, sur la base des indications cliniques ou des résultats partiels déjà acquis, modifier par suppressions ou ajouts la liste des analyses demandées ou choisir les tests répondant le mieux aux besoins définis par le prescripteur.

Le pharmacien biologiste ou le licencié en sciences doit obtenir l'accord préalable du médecin traitant dans les cas où il se propose de modifier la liste des analyses prescrites en fonction de l'adéquation de la technique utilisée au traitement ou à la condition du patient.

Au cas où la prescription ne comporterait que la demande de mise au point biologique d'un syndrome déterminé ou que le type d'examens souhaités, il devrait faire préciser les tests à effectuer par le médecin traitant après discussion avec lui.

Les analyses peuvent être prescrites par procédure télématique par une méthode garantissant l'identification, l'autorisation et l'authentification du prescripteur.

4. Les analyses doivent être prescrites positivement. Les demandes comportant la suppression d'analyses non désirées sur des listes préétablies ne sont pas admises.

Lorsque les demandes sont constituées par des listes préétablies sur support papier ou écrans d'ordinateurs, elles doivent permettre au prescripteur d'indiquer positivement et séparément chaque analyse demandée. L'usage de libellés à prestations multiples ou de cases de tête permettant de demander en une fois plusieurs analyses n'est pas autorisé."

[...]

"A.R. 9.12.1994"

"§ 10. Les tests de dépistage d'affections congénitales chez les nouveau-nés qui sont prévus dans les programmes de screening néo-natal organisé par une législation de la Santé publique ne peuvent pas être prescrits, ni être portés en compte dans le cadre de l'assurance maladie-

invalidité."

c. Anatomie pathologique

§ 8. Pour pouvoir être portées en compte, les prestations d'anatomie-pathologique effectuées par un médecin spécialiste en anatomie-pathologique doivent répondre aux conditions suivantes :"

"A.R. 22.7.1988" + "A.R. 9.10.1998" +
"A.R. 29.4.1999"

- "1. Avoir été prescrites au patient par un médecin ayant ce patient en traitement soit dans le cadre de la médecine générale soit dans le cadre d'une spécialité médicale, à l'exclusion de la biologie clinique et de l'anatomie pathologique, soit par un dentiste dans le cadre des soins dentaires."

[...]

2. La prescription d'examens d'anatomie-pathologique doit comporter les indications suivantes :

- nom, prénom, adresse et date de naissance du patient;
- nom, prénom, adresse et numéro d'identification du médecin prescripteur;
- date de la prescription et signature du médecin prescripteur.

NOUVELLE NOMENCLATURE POUR LA RADIOTHERAPIE EN VIGUEUR DEPUIS LE 1.6.2001

19 AVRIL 2001. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 28.4.2001)

[...]

Article 1^{er}. A l'article 10, § 1^{er} de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 22 juillet 1988, 12 août 1994 et 7 juin 1995, les mots "spécialiste en radiothérapie" sont remplacés par "spécialiste en radiothérapie-oncologie"

Art. 2. A l'article 18 de la même annexe, § 1^{er}, modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 19 décembre 1991, 10 juillet 1996 et 9 octobre 1998, § 2, A, modifié par l'arrêté royal du 7 janvier 1987, sont apportées les modifications suivantes :

1. Le § 1^{er} est remplacé par la disposition suivante :

« § 1^{er}. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en radiothérapie-oncologie (X) :

A. Traitement des pathologies reprises à l'article 19 § 1^{er}

A.1. Traitement

I. Traitement par irradiation externe : une ou plusieurs localisations par haute énergie ou gammathérapie (accélérateur linéaire, télécobalt, neutrons, protons).

444113 - 444124

Honoraires forfaitaires pour une série d'irradiations externes simples de 1 à 10 fractions chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris dans une des catégories 1, 5 ou 6 ... K 500

444135 - 444146

Honoraires forfaitaires pour une série d'irradiations externes simples de 11 à 35 fractions chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris dans une des catégories 2, 5 ou 6 ... K 1200

444150 - 444161

Honoraires forfaitaires pour une série d'irradiations externes complexes chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris dans une des catégories 3, 5 ou 6 ... K 1600

444172 - 444183

Honoraires forfaitaires pour une série d'irradiations externes complexes chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris en catégorie 4 ... K 2000

444194 - 444205

Honoraires forfaitaires pour une série d'irradiations externes exclusives par électrons chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris en catégorie 9 ... K 300

Par irradiation externe complexe, il faut entendre une irradiation pour laquelle le volume cible est défini sur base d'un examen CT et/ou IRM de 20 coupes minimum à l'aide duquel le volume cible et les organes critiques sont définis sur au moins 10 coupes différentes, afin de déterminer les plans d'irradiation individuels.

Les prestations par irradiation externe ne sont pas cumulables pendant une même série d'irradiation avec des prestations de traitement conventionnel ou de curiethérapie sauf les exceptions prévues pour le traitement combiné chez des patients de catégorie 5 ou 6.

La prestation 444194 - 444205 n'est pas cumulable avec les prestations de la rubrique A2 (honoraires supplémentaires).

II. Traitement par curiethérapie : une ou plusieurs localisations avec une fraction ou avec curiethérapie fractionnée avec un intervalle d'au moins 5 jours.

444216 - 444220

Honoraires forfaitaires pour curiethérapie exclusive chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris en catégorie 7 ... K 500

444231 - 444242

Honoraires forfaitaires pour curiethérapie exclusive chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris en catégorie 9 ... K 300

444253 - 444264

Honoraires forfaitaires pour curiethérapie exclusive chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris en catégorie 8 ... K 1200

444275 - 444286

Honoraires forfaitaires pour curiethérapie exclusive chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris en catégorie 10 (prévention de resténose ... K 300

Les prestations 444231 - 444242 et 444275 - 444286 ne sont pas cumulables avec les prestations de la rubrique A 2 (honoraires supplémentaires).

444290 - 444301

Honoraires forfaitaires pour curiethérapie combinée à une série d'irradiations externes chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris en catégorie 5 ... K 800

444312 - 444323

Honoraires forfaitaires pour curiethérapie combinée à une série d'irradiations externes chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris en catégorie 6 ... K 500

Les prestations de curiethérapie ne sont pas cumulables pendant une même série d'irradiations avec des prestations de traitement conventionnel ou d'irradiation externe sauf pour les exceptions prévues pour le traitement combiné chez des patients de catégorie 5 ou 6.

III. Traitement conventionnel aux rayons X de 50 à 300 kV

444334 - 444345

Honoraires forfaitaires pour un traitement conventionnel (röntgentherapie de 200 à 300 KV, thérapie de contact de 50 KV) de 1 à 15 fractions chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris en catégorie 11 ... K 300

La prestation 444334 - 444345 n'est pas cumulable pendant une même série d'irradiation avec des prestations de la rubrique A 2. (honoraires supplémentaires).

A 2. Honoraires supplémentaires lors de traitements de pathologies reprises à l'article 19, § 1^{er}.

444356 - 444360

Honoraires forfaitaires pour les préparations avec simulation d'un traitement par irradiation externe ou de curiethérapie, par série d'irradiation pour un patient de catégorie 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8, la première simulation ... K 300

444371 - 444382

Honoraires forfaitaires pour les préparations avec simulation d'un traitement par irradiation externe ou de curiethérapie, par série d'irradiation pour un patient de catégorie 2, 3, 4, 5, 6 ou 8, deuxième simulation... K 150

La prestation 444371 - 444382 (deuxième simulation) ne peut être remboursée qu'une fois par série d'irradiation pour les patients de catégorie 2, 3, 4, 5 ou 6 si au cours d'une même série d'irradiation externe, une dose de plus de 50 Gy (ou BED g 55) est délivrée au volume cible ou pour les patients de catégorie 5, 6 ou 8 traités par curiethérapie fractionnée avec un intervalle d'au moins 5 jours.

444393 - 444404

Honoraires forfaitaires pour le calcul de la distribution de la dose individuelle d'un traitement par irradiation externe ou de curiethérapie chez des patients de catégorie 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8, premier planning ... K 250

444415 - 444426

Honoraires forfaitaires pour le calcul de la distribution de la dose individuelle d'un traitement par irradiation externe ou de curiethérapie chez des patients de catégorie 2, 3, 4, 5, 6 ou 8, deuxième planning ... K 125

La prestation 444415 - 444426 ne peut être remboursée qu'une fois par série d'irradiation chez des patients de catégorie 2, 3, 4, 5 ou 6 si au cours d'une même série d'irradiation externe, une dose de plus de 50 Gy (ou BED g 55) est délivrée au volume cible ou chez des patients de catégorie 5, 6 ou 8 traités par curiethérapie fractionnée avec un intervalle d'au moins 5 jours uniquement après exécution d'une deuxième simulation (444371 - 444382).

444430 - 444441

Honoraires supplémentaires lors de la prestation 444393 - 444404 (premier planning) pour le calcul de la distribution tridimensionnelle de la dose individuelle pour irradiation externe chez des patients de catégorie 3, 4, 5 ou 6 ... K 125

444452 - 444463

Honoraires supplémentaires lors de la prestation 444393 - 444404 (premier planning) pour le calcul de la dose individuelle avec utilisation d'un programme de modulation d'intensité pour irradiation avec un collimateur multi-lames chez des patients de catégorie 3, 4, 5 ou 6 ... K 100

444474 - 444485

Honoraires pour gammagraphie chez un patient de catégorie 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 traité par irradiation externe, maximum 4 par série d'irradiation ... K 25

444496 - 444500

Honoraires pour imagerie portale en ligne chez un patient de catégorie 1, 2, 3, 4, 5 ou 6, traité par irradiation externe, maximum 4 par série d'irradiation ... K 25

444511 - 444522

Honoraires pour dosimétrie in vivo chez des patients de catégorie 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 traités par irradiation externe, maximum 4 par série d'irradiation ... K 25

Les prestations 444474 - 444485 et 444496 - 444500 ne sont pas cumulables au cours d'une même série d'irradiation.

444533 - 444544

Honoraires supplémentaires pour irradiation avec un collimateur multi-lames chez des patients de catégorie 3, 4, 5 ou 6, par série d'irradiation ... K 150

444555 - 444566

Honoraires supplémentaires pour curiethérapie avec utilisation d'un système de chargement différé avec projecteur automatique de sources chez des patients de catégorie 5, 6, 7 ou 8, par série d'irradiation ... K 100

La prestation 444555 - 444566 ne peut être remboursée qu'une seule fois en cas de curiethérapie fractionnée.

444570 - 444581

Masques ou systèmes de fixation individuelle lors d'irradiation externe chez des patients de catégorie 1 pour localisations tête et cou et chez des patients de catégorie 2, 3, 4, 5 ou 6, par série d'irradiation ... K 125

444592 - 444603

Blocs individualisés pour traitement par irradiation externe et/ou par curiethérapie des patients de catégorie 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8, par série d'irradiation ... K 75

Les prestations 444592 - 444603 et 444533 - 444544 ne peuvent être cumulées lors d'une même série d'irradiation.

La prestation 444592 - 444603 ne peut être remboursée qu'une seule fois en cas de curiethérapie fractionnée.

B. Autres traitements

442116 - 442120

Irradiation de sang ou de dérivés sanguins en vue d'une transfusion chez des patients immuno-déprimés, par unité ... K 7

La prestation 442116 - 442120 ne peut être portée en compte qu'en même temps que la prestation 149170 - 149181 ou que la prestation 474655 -474666 exécutée chez le même patient immuno-déprimé.

2. au § 2, point A littera a), la liste des numéros de prestations "440215 - 440226, 440414 - 440425, 440613 - 440624 ou 440812 - 440823" est remplacée par la liste des prestations "444216 - 444220, 444231 - 444242, 444253 - 444264, 444275 - 444286, 444290 - 444301 ou 444312 - 444323".

Art. 3. L'article 19, modifié par les arrêtés royaux des 14 octobre 1985, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 13 novembre 1989, 9 décembre 1994 et 29 novembre 1996 est remplacé par la disposition suivante :

« § 1^{er}. Les prestations reprises à l'article 18, § 1^{er} ne peuvent être remboursées qu'aux bénéficiaires qui répondent à un des critères repris ci-après ou qui souffrent d'une des affections reprises ci-après :

Catégorie 1

Patients traités par irradiation externe pour les affections malignes ou bénignes suivantes :

Tumeurs malignes :

- métastases (osseuses, cérébrales, cutanées, hépatiques, tissus mous)

Affections bénignes :

- formations osseuses hétérotopiques

- hypersplénisme (irradiation de la rate)

- radiocastration ovarienne

- prévention de la gynécomastie (irradiation des seins en cas de carcinome de la prostate).

Catégorie 2

Patients traités par irradiation externe à visée curative ou en vue d'un contrôle tumoral définitif au niveau d'un volume cible en raison d'affections malignes ou d'une des affections bénignes suivantes :

Affections bénignes :

- dégénérescence maculaire
- exophtalmie de Graves
- hémangiomes vertébraux
- tumeurs de l'hypophyse
- tumeurs cérébrales bénignes, y compris les méningiomes et crâniopharyngiomes
- malformations cérébrales artérioveineuses ou hémangiomes
- chordomes
- midline granuloma
- fibromatose agressive
- spondylite ankylosante

Catégorie 3

- Traitements tridimensionnels chez des patients de catégorie 1 ou 2 en raison de tumeurs cérébrales, de tumeurs ORL (sauf larynx T1T2NO), tumeurs pulmonaires, de la prostate, du col utérin, du pancréas.
- Champs en mantelets (maladie de Hodgkin) ou champs complexes infradiaphragmatiques (maladie de Hodgkin, cancers des testicules ou ovaires ou lymphomes).
- Champs complexes pour médulloblastomes ou épendymomes et autres tumeurs pédiatriques.
- Hyperfractionnement chez des patients de catégorie 1 ou 2.

Catégorie 4

- Irradiation corporelle totale dans le cadre d'une greffe de moelle osseuse.
- Irradiation peropératoire avec des électrons ou des photons produits par un accélérateur linéaire, équipé d'applicateurs spécifiques.

Les caractéristiques dosimétriques des applicateurs doivent être mesurées en 3 dimensions individuellement pour chaque énergie d'électron disponible.

- Irradiation de la surface cutanée totale par électrons (minimum 15 fractions).

Les caractéristiques dosimétriques des champs utilisés et leurs jonctions doivent être mesurées.

- Radiothérapie stéréotaxique pour le traitement des malformations artério-veineuses (MAV), méningiomes, tumeurs hypophysaires et neurinomes de l'acoustique ou tumeurs cérébrales malignes plus petites que 3 cm.

- Radiothérapie avec modulation d'intensité (IMRT) chez des patients de catégorie 3 selon une des techniques suivantes :

tomothérapie, faisceaux statiques segmentés (minimum 15 segments), collimation multi-lames dynamique (sliding window, close in, le filtre en coin dynamique n'est pas une IMRT), compensateurs confectionnés individuellement par patient ou IMAT.

Au moins 15 fractions doivent être délivrées suivant IMRT.

Pour les techniques avec faisceaux incidents statiques, les calculs des profils de fluence de chaque champ doivent être joints au dossier.

Catégorie 5

Patients traités par une combinaison de curiethérapie et d'irradiation externe pour localisations O.R.L., oculaire, épithéliomas cutanés de plus de 3 cm, sarcomes, localisations pelvienne, rétropéritonéale et cérébrale.

Les deux types de traitement sont cumulables au cours d'une même période de traitement.

Catégorie 6

Patients traités par une combinaison de curiethérapie et d'irradiation externe pour tumeurs du sein et applications intraluminales oesophagiennes, bronchiques ou biliaires.

Les deux types de traitement sont cumulables au cours d'une même période de traitement.

Catégorie 7

Patients qui répondent aux critères ou sont atteints d'une affection reprise à la catégorie 1, traités exclusivement par curiethérapie.

Catégorie 8

Patients qui répondent aux critères ou sont atteints d'une affection reprise à la catégorie 2, traités exclusivement par curiethérapie.

Catégorie 9

Patients traités exclusivement par curiethérapie ou électrons pour les affections malignes ou non malignes suivantes :

Tumeurs malignes :

- épithéliomas cutanés de moins de 3 cm sans métastases.

En l'absence de preuve photographique, tout épithélioma cutané sans métastase est considéré comme ne dépassant pas 3 cm.

Affections bénignes :

- chéloïdes, kératoacanthome
- ptérygion.

Catégorie 10

Patients traités par curiethérapie intraluminale en prévention d'une resténose coronaire ou vasculaire après angioplastie.

Catégorie 11

Patients traités par irradiation conventionnelle ou par contactthérapie pour une des affections malignes ou bénignes suivantes.

Tumeurs malignes :

- épithéliomas cutanés de moins de 3 cm sans métastases.

En l'absence de preuve photographique, tout épithélioma cutané sans métastase est considéré comme ne dépassant pas 3 cm.

Affections bénignes :

- chéloïdes, kératoacanthome
- ptérygion

« § 1er bis. Par irradiation externe complexe, il faut entendre une irradiation pour laquelle le volume cible est défini sur base d'un examen CT et/ou IRM de 20 coupes minimum à l'aide duquel le volume cible et les organes critiques sont définis sur au moins 10 coupes différentes, afin de déterminer les plans d'irradiation individuels. »¹

Par fraction, il faut entendre une séance d'irradiation par jour d'un ou de plusieurs champs.

Par hyperfractionnement il faut entendre la répétition le même jour de séances d'irradiation d'un ou de plusieurs champs séparées au minimum de périodes de 4 heures.

La curiethérapie peut être remboursée en une ou plusieurs fractions lesquelles sont considérées comme une série d'irradiations.

Par volume cible on entend la tumeur elle-même, avec marge de sécurité pour raisons médicale et physique, y compris les chaînes lymphatiques limitrophes qui sont traitées au cours de la même séance.

La répétition d'une série d'irradiations d'un même volume cible au cours de la même année, à compter à partir de la date de début de la première série d'irradiations ne peut être portée en compte sauf si préalablement une demande de répétition basée sur un rapport écrit rédigé par le médecin coordinateur d'une consultation multidisciplinaire est soumise pour accord au médecin-conseil.

¹ Erratum – A.R. du 19.4.2001 (M.B. du 18.5.2001)

Cette disposition n'est pas d'application pour les patients de catégorie 2 traités par réirradiation par curiethérapie à visée curative ou en vue d'un contrôle tumoral définitif pour récurrence ou deuxième tumeur au sein d'un même volume cible.

La répétition d'une série d'irradiations externes au niveau d'un autre volume cible au cours de la même année, ne peut pour les patients des catégories 1 et 2 être attestée et remboursée que maximum 3 fois.

§ 2. Les honoraires pour les prestations de médecine nucléaire englobent les frais en relation avec ces examens. Toutefois, les honoraires prévus pour les traitements et les tests par isotopes radioactifs ne comprennent pas les prix des produits utilisés, à l'exclusion des produits radioactifs utilisés pour toutes les prestations de l'article 18, § 2, B, e.

§ 3. Les honoraires pour les prestations de radiothérapie et pour les traitements par isotopes radioactifs ne peuvent être cumulés que deux fois maximum au cours d'une même série d'irradiations avec les honoraires de consultation au cabinet du médecin.

§ 4. Les prestations de radiothérapie requièrent la qualification de médecin spécialiste en radiothérapie-oncologie, à l'exception des radiothérapies superficielles prévues sous le n de code 444334 - 444345 qui peuvent être remboursées lorsqu'elles sont réalisées par un médecin spécialiste en dermato-vénéréologie.

§ 5. Les médecins agréés au titre de spécialiste dans une discipline autre que la radiothérapie-oncologie peuvent porter en compte les prestations de radiothérapie connexes à leur spécialité.

Les médecins agréés au titre de spécialiste dans une discipline autre que la médecine nucléaire peuvent porter en compte les prestations de médecine nucléaire connexes à leur spécialité.

Néanmoins, les prestations de curiethérapie et de médecine nucléaire sont réservées aux médecins et aux établissements autorisés à détenir et à utiliser des substances radioactives à des fins médicales conformément aux dispositions légales en la matière.

§ 5bis. Les pharmaciens et les licenciés en sciences agréés par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions pour effectuer des prestations de biologie clinique et qui en outre ont été reconnus par le même Ministre comme habilités à effectuer des tests radio-isotopiques in vitro, peuvent porter en compte celles des prestations reprises à l'article 18, § 2, B, e, correspondant aux groupes de prestations de biologie clinique pour lesquelles ils sont agréés.

Néanmoins, ces prestations sont réservées aux pharmaciens, licenciés en sciences et établissements autorisés à détenir et à utiliser des substances radioactives à des fins médicales conformément aux dispositions légales en la matière.

§ 5ter. Les médecins spécialistes en biologie clinique reconnus par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, compétents pour pratiquer dans le cadre de la biologie clinique les tests radio-isotopiques in vitro, peuvent porter en compte les prestations reprises à l'article 18, § 2, B, e.

Néanmoins, ces prestations sont réservées aux médecins spécialistes en biologie clinique autorisés à détenir et à utiliser des substances radioactives à des fins médicales conformément aux dispositions légales en la matière.

§ 5quater. Les médecins qui ont été autorisés avant le 19 mars 1985, par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions à détenir et utiliser les radio-isotopes à certaines fins médicales dans les applications in vitro et qui ont, tout en gardant leur reconnaissance originale, obtenu du Ministre susvisé un certificat attestant leur compétence en médecine nucléaire in vitro, peuvent porter en compte les prestations de médecine nucléaire in vitro visées à l'article 18, § 2, B, e), effectuées pour les patients qui leur sont adressés par un autre médecin comme pour leurs propres patients.

§ 5quinquies. En ce qui concerne les 22 prestations mentionnées à l'article 18, § 2, B, e), visées sous les numéros 433134 - 433145, 433031 - 433042, 433053 - 433064, 433075 - 433086, 433090 - 433101, 433112 - 433123, 433016 - 433020, 434571 - 434582, 434335 - 434346, 434394 - 434405, 434593 - 434604, 434615 - 434626, 434313 - 434324, 343630 - 434641, 434652 - 434663, 434674 - 434685, 436170 - 436181, 436192 - 436203, 436214 - 436225, 436236 - 236240, 438093 - 438104 et 438115 - 438126 et qui figurent également à l'article 24 sous les numéros 541391-541402, 541413 - 541424, 541435 - 541446, 541450 - 541461, 541472 - 541483, 541494 - 541505, 542010 - 542021, 546114 - 546125, 546136 - 546140, 546151 - 546162, 546173 - 546184, 546195 - 546206, 546210 - 546221, 546232 - 546243, 546276 - 546280, 546291 - 546302, 548310 - 548321, 548332 - 548343, 548354 - 548365, 548376 - 548380, 556253 - 556264 et 556275 - 556286, il y a lieu de faire remarquer que les prestataires compétents pour effectuer ces 22 analyses de la biologie clinique nucléaire, peuvent également exécuter et attester les 22 prestations correspondantes connexes de l'article 24.

Cet accès aux 22 prestations de l'article 24 n'est valable qu'aussi longtemps que les 22 prestations susvisées sont également effectuées substantiellement selon la technique par radio-isotopes

§ 6. Les honoraires pour les prestations de curiethérapie et les traitements par isotopes radioactifs couvrent les manipulations pour la mise en place des produits : curiepuncture, applications intra-cavitaires y compris la dilatation du col utérin, confection d'appareils moulés de surface ou réutilisables, qui contiennent la source radioactive.

Les produits radioactifs utilisés en curiethérapie ou en traitement métabolique sont remboursés sur base de l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés.

Les appareils moulés avec protection par le plomb confectionnés pour la curiethérapie dans des indications O.R.L. sont considérés comme blocs individuels et peuvent être portés en compte sous la prestation 444592 - 444603.

Les prothèses dentaires qui contiennent la source radioactive peuvent être portées en compte sous la prestation 317295 - 317306 et remboursées selon les modalités prévues à l'article 15, § 7.

Les actes chirurgicaux et les anesthésies nécessaires pour les applications de radio-isotopes peuvent être portés en compte conformément aux dispositions applicables à ces disciplines.

§ 7. Les examens radiographiques effectués pour contrôler la mise en place d'appareils radifères ou pour contrôler les centrages des traitements de téléradiothérapie peuvent être portés en compte, conformément aux dispositions applicables au radiodiagnostic, à l'exclusion des radiographies prises au moyen d'appareils de thérapie, ou d'un appareil de simulation.

§ 8. Outre le numéro d'ordre des prestations de médecine nucléaire, les types des tests et scintigraphies prévus à l'article 18, § 2, B, a), b), c) doivent être mentionnés sur les attestations de soins donnés.

Outre le numéro d'ordre des prestations de radiothérapie, les dates de début et de fin des séries d'irradiation, le nombre de fractions et les dates respectives de celles-ci doivent être mentionnés sur les attestations de soins donnés.

§ 8bis. Les centres de radiothérapie doivent participer aux activités de la Commission de peer review instaurée par le Ministère de la Santé publique. Cette Commission de Peer Review rapporte annuellement à l'INAMI les résultats globaux du contrôle en fonction des corrections et/ou adaptations ultérieures de la nomenclature.

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

Toutefois, les traitements commencés avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté royal et terminés après cette date doivent être attestés sur la base des numéros de code, libellés et règles d'application qui étaient prévus avant l'entrée en vigueur du présent arrêté.

Art. 5. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 19 avril 2001.

REGLES INTERPRETATIVES DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTE

(M.B. du 31.5.2001)

Sur proposition de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs du 21 novembre 2000 et en application de l'article 22, 4^obis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 2 avril 2001 la règle interprétative suivante :

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

« REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Existe-t-il pour le matériel sur mesure un système de listes des produits admis au remboursement ?

REPONSE

Non, le système de listes des produits admis au remboursement est uniquement appliqué pour le matériel préfabriqué. »

La règle interprétative précitée prend effet le 13 mars 2000.

Sur proposition du Conseil technique des implants du 19 octobre 2000 et en application de l'article 22, 4°bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 2 avril 2001 les règles interprétatives suivantes :

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

« REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

La prothèse mammaire implantée après mammectomie préventive peut-elle être portée en compte sous la prestation 614412 - 614423 ?

REPONSE

Une mammectomie préventive est une intervention mutilante du sein. La prothèse mammaire implantée peut donc être portée en compte sous le numéro de code 614412 - 614423 Prothèse mammaire après mammectomie totale ou agénésie unilatérale ou pour séquelles d'interventions mutilantes du sein.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

La prothèse mammaire implantée lors d'une hypoplasie congénitale majeure unilatérale peut-elle être portée en compte sous la prestation 614412 - 614423 ?

REPONSE

La prothèse mammaire implantée en cas d'hypoplasie congénitale majeure unilatérale peut être portée en compte sous le numéro de code 614412 - 614423 Prothèse mammaire après mammectomie totale ou agénésie unilatérale ou pour séquelles d'interventions mutilantes du sein Y 350 »

Les règles interprétatives précitées prennent effet le 2 avril 1999.

NOMENCLATURE POUR DEPISTAGE PAR MAMMOGRAPHIE EN VIGUEUR A PARTIR DU 15.6.2001

23 MAI 2001. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 31.5.2001)

[...]

Article 1er. A l'article 17, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par les arrêtés royaux des 25 juillet 1994, 7 août 1995, 31 août 1998, 9 octobre 1998 et 29 avril 1999, il est inséré un littéra 1°bis rédigé comme suit :

« 1°bis - Dépistage par mammographie.

450192 -

Mammographie des deux seins dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité B
120

Cette prestation ne peut être attestée que chez les femmes de 50 à 69 ans inclus, une fois tous les deux ans calendrier. Elle n'est pas soumise aux dispositions de l'article 1er, § 4bis. En ce qui concerne l'article 17, § 12, l'invitation émanant de l'autorité organisatrice peut avoir valeur de prescription. Cette invitation doit mentionner le nom et le prénom de la patiente et la date d'expédition. Dans ce cas, les points 1, 2 et 4 du § 12 se sont pas d'application.

Cette prestation ne peut être remboursée qu'après attestation du numéro 450214 pour la même assurée par un second lecteur. En cas d'absence d'un sein, l'examen est également attestable.

450214 -

Deuxième lecture de mammographie de dépistage, des deux seins, dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité N 12

Ces prestations ne peuvent être cumulées avec aucune autre prestation, ni avec des honoraires forfaitaires ou des honoraires de consultance. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 15 juin 2001.

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

Donné à Bruxelles, le 23 mai 2001.

DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN PAR MAMMOGRAPHIE EN VIGUEUR A PARTIR DU 15.6.2001

23 MAI 2001. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations (M.B. du 31.5.2001)

[...]

Considérant qu'une exécution rapide et correcte du protocole précité est d'une grande importance pour le groupe cible dont question; que des campagnes d'information ont déjà été lancées au sujet de ce programme de dépistage du cancer du sein par mammographie; que par conséquent, il est nécessaire de faire sans délai la clarté sur les espoirs suscités afin de préserver une participation suffisamment importante du groupe cible; que le cancer du sein qui peut être dépisté par ce programme de dépistage du cancer du sein par mammographie est une affection grave qui n'autorise aucun report; que le présent arrêté doit par conséquent être publié immédiatement;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. A l'article 7quinquies, § 3, 1er alinéa, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, inséré par l'arrêté royal du 11 décembre 1996, la disposition « 460670 et 460795 » est remplacée par la disposition « 460670, 460795, 450192 et 450214 ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 15 juin 2001.

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

Donné à Bruxelles, le 23 mai 2001.

REGLEMENT – BOURSE DE SPÉCIALISATION - FONDATION EURO SPACE

- Art. 1. A l'initiative de la Fondation Euro Space a.s.b.l., le Fonds National de la Recherche Scientifique/ Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek décerne une Bourse de spécialisation - Fondation Euro Space.
- Art. 2. Cette bourse de spécialisation, d'un montant de 1.000.000 BEF (25.000 EUROS), est destinée, par un séjour à l'étranger, à acquérir une compétence nationale dans le domaine de la Médecine de l'Espace. Le montant de cette bourse couvrira l'ensemble des frais de ce séjour.
- Art. 3. Les candidats doivent être de nationalité belge ou de l'un des pays membres de l'Union européenne et détenteurs d'un diplôme de Docteur en Médecine. Les candidats doivent, durant la spécialisation à l'étranger, conserver leur traitement en Belgique.
- Art. 4. Les candidats doivent être, d'une part, attachés à l'une des institutions universitaires reprises à l'article 1 du décret relatif au régime des études universitaires et des grades académiques de la Communauté française de Belgique du 5 septembre 1994 ou d'autre part, à une université flamande reprise à l'article 3 du décret du 12 juin 1991 relatif aux universités de la Communauté flamande.

- Art. 5. Les candidats doivent présenter un projet de travail.
- Art. 6. Les candidats à une bourse de spécialisation ne peuvent avoir dépassé l'âge de 35 ans à la date d'introduction de la bourse, le 1^{er} octobre 2001.
- Art. 7. A l'issue de la bourse de spécialisation, le bénéficiaire doit remettre au F.N.R.S./N.F.W.O. un rapport financier et scientifique sur les activités scientifiques poursuivies durant celle-ci.
- Art. 8. Les candidatures seront soumises à une Commission scientifique constituée par le F.N.R.S./N.F.W.O., qui examinera les qualifications des candidats. La Commission fera rapport au Conseil d'Administration. L'octroi se fera par le Conseil du F.N.R.S./N.F.W.O.
- Art. 9. Le bénéficiaire de la bourse de spécialisation - Fondation Euro Space s'engage à revenir en Belgique, à la fin de sa bourse.
- Art. 10. 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 **1^{er} octobre 2001**.
- Art. 11. Tous problèmes éventuels relatifs à la recevabilité des candidatures, ainsi que ceux concernant l'attribution de cette bourse, seront tranchés, sans recours, par le F.N.R.S./N.F.W.O.
- Art. 12. Les candidats à cette bourse de spécialisation ne peuvent faire partie du personnel de la Fondation Euro Space a.s.b.l.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

13e Congrès du Collège National des Cardiologues Français

Marseille – 11 au 13 octobre 2001

Renseignements : Dr Christian AVIERINOS, 4 avenue de Delphes – 13006 Marseille.
Tél. : 00.33.4.96.20.62.70 – Fax : 00.33.4.96.20.62.72.

International Association for the Study of Pain

10th WORLD CONGRESS ON PAIN

August 17-22, 2002

San Diego, California, USA

The scientific program of the congress will be composed of : plenary sessions, free communication sessions, topical workshops and minisymposia, and refresher courses. Presentation topics will include virtually every aspect of acute and chronic pain from basic science to clinical practice. The official language of the Congress is English.

IASP Secretariat :

909 NE 43rd St., Suite 306
Seattle WA 98105 USA
Tel. : 206-547-6409
Fax : 206-547-1703
email : iaspdesk@juno.com
Congress web site : www.halcyon.com/iasp

Congress Secretariat :

10th World Congress on Pain
Uniglobe Main Events, Inc.
5280 Carroll Canyon Rd, Suite 210
San Diego, CA 92121, USA
Tel. : 858-625-0400, ext 3024
Fax : 858-625-0444
email : Tina Clarke – tclarke@umainevents.com

ANNONCES

01037 **MONS** : Importante patientèle privée **DERMATO** à remettre. Tél. après 20 h : 065/62.29.99.

01042 **LIBRAMONT** : CHA, Service pédiatrie 15 lits + 2 polysomno + secteur néo-natal: cherche 4° **PÉDIATRE** pour travail en pool intra-hospitalier. Collaboration étroite avec service maternité 950 accouchement/an. Surspécialisation à discuter. Salaire forfaitaire maximum durant 2 ans. Investissement personnel à long terme souhaité. Contact: Dr. Ph Dacier, CHA: 35, avenue de Houffalize à 6800 Libramont (061/238 111).

01043 **A VENDRE** : "TESTUT : traité d'anatomie". Prix à convenir. Tél. : 02/366.26.60.

01044 **GOSELIES** : La Clinique Notre-Dame de Gosselies recherche un **PHYSIOTHERAPEUTE** plein temps pour le nouveau service de médecine physique devant s'ouvrir au début 2002. Les candidatures sont à adresser au Dr L. Charbon, Hôpital Sainte-Thérèse, rue Trieu Kaisin 134, 6061 Montignies/Sambre.

- 01045 **BRUXELLES** : La Polyclinique du Midi, 43-45 Bd Jamar, 1060 Bruxelles cherche un **ORTHODONTISTE** pour une consultation par semaine. Tél. : 02/523.25.00 tous les après-midi sauf le mardi.
- 01046 **A LOUER** : cabinet médical 75 m², parfaite situation Square Montgomery, entièrement rénové et équipé, libre immédiatement, meublé ou non. Pour cause de maladie. Tél. : 02/784.32.02 (soir) ou 0475/44.85.02.
- 01048 **A VENDRE** : EMC tech. chir. ortho. traumat. plastique + divers traités et revues anatomie, chir. gén. et ortho. Tél. : 04/371.43.53.
- 01049 **BRUXELLES** : Association médicale, paramédicale existant depuis 20 ans, ayant récemment aménagé dans de nouveaux locaux, souhaite s'adjoindre la collaboration d'un **MÉDECIN SPÉCIALISTE** pour compléter son équipe. Elle propose la location d'une surface de ± 20 m², salle d'attente commune, le tout dans un immeuble neuf de standing dans le Nord de Bruxelles, à proximité du CHU Brugmann. Conditions : location part-time ou full-time. Adresse : 154 rue Théophile de Baisieux, 1020 Bruxelles. Contact : Mme Annie Tinant LSD, 02/479.10.86 – 0475/97.19.67.
- 01050 **BRUXELLES** : Centre médical cherche **NEUROLOGUE**. Tél. : 02/215.05.12 – Dr Dejardin.
- 01052 **CHIMAY** : Laboratoire de biologie clinique cherche **MÉDECIN** ou **PHARMACIEN BIOLOGISTE** pour remplacements. Contacter Dr Berchem ou Mr Raimond au 060/21.87.40.
- 01053 **FRANCE** (Bretagne – Fougère – 60 km du Mont St Michel) : A remettre cabinet privé de **STOMATOLOGIE** parfaitement équipé. Activité d'orthodontie et de chirurgie buccale. Horaire confortable : 1,5 jour/semaine (cabinet et clinique privée); 1 heure/semaine (secteur public). Honoraires : 6,2 millions FB/an (secteur privé) + 300.000 FB/an (secteur public). Revenu net annuel global : 2,4 millions FB/an (impôts, charges sociales et professionnels payés). Pas de rachats de clientèle. Possibilité d'extension (1 temps plein : 12-18 millions FB bruts/an) Contacter Dr Labat : 00.33.6.07.88.46.14, Dr Simon : 00.33.2.31.66.90.11.
- 01054 **FRANCE** (Basse-Normandie – Région touristique – 70 km Mt St Michel) : Recherche **OPHTALMOLOGUE**. Exercice dans centre d'ophtalmologie ultramoderne. Matériel chirurgical complet à disposition (clinique privée dynamique). Horaire agréable (4 jours/semaine – 14 semaines de congés/an). Honoraires : 11 millions bruts soit 4 millions nets (charges prof., cotisations sociales et impôts payés). Conditions d'intégration attractives. Contacter Dr Jean-Marc Masgnaux. Tél. : 00.33.2.31.67.56.92.
- 01055 **FRANCE** (Normandie – Région touristique – Caen : 110.000 hab. – Côte de Nacre – cité historique) : Recherche **ANESTHÉSISTE**. Exercice dans clinique privée (1 anesthésiste/salle). Honoraires : 10 millions bruts/an, soit 3,8 millions nets/an (taxes, frais prof., cot. sociales et impôts payés). Horaires : agréables : 8 semaines out/an et ½ jour out/semaine, gardes à domicile. Conditions d'intégration attractives. Contacts : Dr Robert : 00.33.2.31.73.10.70 et Dr Simon : 00.33.2.31.66.90.11.

Table des matières

• Titres professionnels en oncologie – Le délai transitoire expire au 2 juillet 2001.....	1
• Commentaires à propos du projet de loi "portant des mesures en matière de soins de santé"	1
• Les huit ministres compétents signeront-ils le protocole sur les soins de santé de première ligne avec l'ordre du jour secret?	3
• Protocole portant sur les soins de santé de première ligne	4
– Commentaires	4
– Protocole entre le Gouvernement fédéral et les autorités visé aux articles 128,130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé de première ligne	8
• La politique d' "expertise" de la ministre Aelvoet : la saga de la dentisterie et de la stomatologie et chirurgie orale et maxillo-faciale.....	10
• Art. 139 du projet de loi sur les soins de santé	12
• Mesures d'économies : en vigueur depuis le 1.6.2001	15
• Prescriptions de prestations médicales non conformes: la faute du prestataire ou celle du prescripteur ?	17
• Nouvelle nomenclature pour la radiothérapie en vigueur depuis le 1.6.2001	21
• Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.....	28
• Nomenclature pour dépistage par mammographie en vigueur à partir du 15.6.2001	29
• Dépistage du cancer du sein par mammographie en vigueur à partir du 15.6.2001	30
• Bourse de spécialisation - Fondation Euro Space.....	30
• Réunions scientifiques.....	31
• Annonces.....	31