

---

# 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° SPECIAL / DECEMBRE 2005**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

## ACCORD 2006-2007 – NOUVEAUX TARIFS

Les nouveaux tarifs applicables à partir du 1.1.2006 ainsi que le texte intégral de l'accord sont disponibles sur [www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org). Ils peuvent également être obtenus sur simple demande par téléphone au 02/649.21.47

### 1. Indexation à partir du 01.01.2006

**Hormis** les groupes de prestations qui ont accusé une augmentation moyenne de plus de 7,5% dans les 4 années précédentes, à savoir la radiothérapie, la chirurgie plastique, les prestations interventionnelles percutanées, l'ophtalmologie, les examens génétiques, la neurochirurgie et la physiothérapie, et à l'exclusion du DMG et des honoraires et forfaits de biologie clinique, les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2005 sont indexés de façon linéaire de **2,26 %**. Ce budget représente 89.564 mille euros sur base annuelle.

A partir du 01.07.2006, les honoraires et forfaits de biologie clinique sont indexés de façon linéaire de 2,26 %. L'impact annuel s'élève à 21.142 mille euros.

### 2. Honoraires des médecins spécialistes

Prestations	Date	Impact sur base annuelle (mille €)
Les honoraires de gynécologie/obstétrique sont revalorisés de façon linéaire de 4 % code 423010-423021 et 424012-424023	01.02.2006	2073
Les honoraires de gynécologie/obstétrique sont augmentés de façon supplémentaire de 6 %	01.02.2006	1500
Les honoraires de gynécologie/obstétrique sont augmentés de façon supplémentaire de 5 %	01.10.2007	1250
Revalorisation des honoraires des médecins spécialistes hospitaliers qui garantissent la continuité des soins	01.07.2006	20.000
Revalorisation des honoraires des médecins spécialistes hospitaliers qui garantissent la continuité des soins	01.10.2007	12.500
Total		36.271

### 3. Nomenclature

Projets accord 2004-2005	Date	Impact sur base annuelle (mille €)
Chirurgie ambulatoire – ophtalmologique remboursée en extra-muros - art.15	2006	Pro mémoire
Gériatrie de liaison Code : 599045	2006	pm
Intervention chirurgie multidisciplinaire	2006	pm
Harmonisation de la prescription des moyens de contraste en liaison avec la nomenclature d'imagerie médicale	2006	pm
Taping de la cheville Nouveau code	2006	pm

### Projets - Accord 2006-2007 – Lettre du 27.10.2005 du Ministre au CMT

Restructuration et revalorisation de la médecine d'urgence	01.02.2006	11.000
Revalorisation de la permanence technique dans labos hôpitaux Honoraires forfaitaires par admission Codes : 591113 et 591124	01.04.2006	9.000
Pédopsychiatrie - Psychothérapie de médiation : art.2.I -109675 - Evaluation psychiatrique : art.2., K – 109410 - Psychiatrie de liaison infanto-juvénile : art.25 : 596562 et 596584	01.02.2006	2.750
Pédiatrie hospitalière. Honoraires de surveillance Code : 598802 - Code : 598220	01.02.2006	2.615
Gériatrie - Consultation pluridisciplinaire : 2,A-102233 - Gériatrie de liaison : 599045 - Examen de sortie de G : 599060 - Revalorisation d'honoraires de surveillance en G : 599126 et 598286	01.02.2006	835
Douleur chronique - Sélection de 8 prestations	01.02.2006	600
Revalorisation des honoraires de surveillance dans les services Sp chroniques: Codes : 599406 et 599421	01.02.2006	971
ORL- Chirurgie endonasale et champs multiples	2006	
Ophtalmologie – intervention de cataracte par phaco émulsion	2006	3.000
Chirurgie oncologique – tête et cou	2006	700
Lavage de sinus Méthode de Proetz : code : 355935-355946	2006	-150
URO - Suppression cystostomie – code 260374-260385: Nouveaux code ponction sus-pubienne - Economies	2006	- 350
Biologie moléculaire et microbiologie – Nomenclaturisation	2006	7.000
Total nomenclature		37.971

Les médecins disposent de 30 jours **après la publication** de l'accord au Moniteur Belge pour notifier à la CNMM par lettre recommandée leur refus d'adhésion ou leur adhésion partielle à l'accord. Les médecins seront avertis en temps utile par le biais du website et du bulletin du GBS. Des lettres types seront mises à la disposition.

L'accord peut être dénoncé par une des parties ou par le médecin dans les 30 jours suivant la publication au Moniteur Belge de mesures de corrections visées à l'article 50§8 SSI du 14.07.1994, ou dans les 30 jours après que le Ministre ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 SSI, des mesures qui modifient la nomenclature des prestations de santé.

#### COMMUNICATION

Prolongation jusqu'au 31 mars 2006 des dispositions transitoires concernant la permanence dans les SMUR et service d'urgence spécialisée (AR 12.12.2005 – MB 21.12.2005)

**LES SOINS DE SANTE EN FLANDRE APRES LA DEFEDERALISATION**  
**Colloque organisé par Madame Inge Vervotte, ministre flamand du Bien-être, le 24.11.2005**

Médecin généraliste et soins de santé de première ligne. Prof. Dr Jan De Lepeleire

Débatteur : Dr MARC MOENS

Président de l'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM)

Secrétaire général du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS)

**En le faisant nous-mêmes, on ne peut que mieux faire.**

Les associations au sein desquelles je suis actif et assume des responsabilités sont toutes belges. Ceci vaut pour l'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM), le Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS) et quelques autres encore. Je suis leur délégué pour toute une série d'instances fédérales belges auprès de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et auprès du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, appelé plus couramment le SPF Santé publique.

En 1981, l'ABSyM a créé une aile flamande, le *Vlaams Artsensyndicaat (VAS)*. A l'époque, il semblait déjà que la scission de la Santé publique ne tarderait pas à se réaliser.

En 1997, le GBS a envisagé de se scinder en deux sections mais le Conseil d'Etat a soulevé des objections juridiques insurmontables principalement au niveau de la structure d'une union professionnelle telle que définie par une loi du 31.03.1898.

Je m'efforce de faire abstraction des structures fédérales existantes et de me positionner dans une perspective de soins de santé strictement flamands défédéralisés. Je me contente de faire quelques remarques à propos des considérations du Prof. De Lepeleire.

La première chose qu'il convient de remarquer est que jusqu'à présent, les autorités flamandes n'ont que très rarement tenu compte de l'existence d'associations syndicales de médecins. Au niveau des instances fédérales, les associations représentatives de médecins occupent – ou je devrais plutôt dire ont occupé – une place importante depuis des décennies. Dans la mesure où les autorités fédérales ont autorisé le ministre Demotte à recourir aux pouvoirs spéciaux, les syndicats médicaux sont réduits au silence et il n'est plus question de concertation.

Ce type d'approche semble plaire à un certain nombre de Flamands. Le 14 septembre 2002, Guy Tegenbos avait déclaré à l'occasion d'un colloque organisé par le *Vlaams Geneesherenverbond* sur le thème de l'intégration de la médecine préventive et curative, entre autres choses, que les groupements néocorporatistes tels que les syndicats médicaux pouvaient certes être entendus mais qu'ils ne pouvaient pas organiser la politique. Par contre, les centres académiques de médecine générale peuvent apparemment le faire.

A entendre ce type de propos, le président d'un syndicat médical n'est pas tenté de s'engager dans un tel modèle défédéralisé.

Une délégation du GBS s'est rendue au Québec, au Canada, au début novembre 2005. Le Québec connaît un modèle défédéralisé et les médecins y bénéficient d'une compétence très étendue en matière d'utilisation des moyens mis à disposition par l'autorité régionale. C'est une forme de médecine très étatisée où la situation des médecins est bonne et celle des patients mauvaise. Au Québec, les soins de santé sont payés avec l'argent du contribuable.

En Flandre également, d'aucuns réclament ce type de mode de financement. Non plus à partir de la sécurité sociale mais directement avec l'argent du contribuable. Avec ou sans le développement en parallèle d'une médecine reposant sur l'assurance privée comme c'est le cas en Grande-Bretagne.

Le citoyen flamand souhaite-t-il une médecine d'Etat où le patient se voit attribuer d'office un médecin généraliste sur base du code postal de son lieu de résidence comme aux Pays-Bas? Sans ce médecin généraliste, le patient n'a plus accès aux soins.

Est-ce la direction dans laquelle la Flandre entend s'engager? Dans les pays appliquant un système de ce type, les droits du patient tels qu'ils ont été définis en Belgique ne sont pas respectés. L'autorité

fédérale a reconnu aux patients un certain nombre de droits par sa loi du 22.08.2002 (Moniteur belge du 26.09.2002).

Le patient a ainsi notamment droit à :

- prestations de qualité;
- libre choix du praticien professionnel et droit de modifier ce choix;
- informations;
- consentement à l'intervention;
- un dossier du patient;
- protection de sa vie privée;
- droit d'introduire une plainte auprès de la fonction de médiation.

Quelle est la vision de l'autorité flamande concernant ces droits du patient? En matière de limitation du libre choix, le Décret du 03.03.2004 est clair : le médecin spécialiste n'y est pas à sa place car il est exclu de la définition de la première ligne.

Une enquête réalisée auprès des Mutualités chrétiennes a toutefois révélé que 80 % des membres des MC préfèrent se rendre directement chez le spécialiste.

Les définitions rigides de la législation flamande vont peut-être à l'encontre de la volonté de la population. Le Parlement flamand aurait-il trop peu été à l'écoute de ses citoyens à moins qu'il ne se soit tourné de manière trop sélective vers les "believers" dans des systèmes plus collectivistes? Se pourrait-il que le Parlement flamand pense que sa population doit être rééduquée suivant le modèle anglo-saxon ou néerlandais, lequel a laissé apparaître ses lacunes pour le malheur des patients depuis plusieurs années?

Le décret flamand relatif aux soins de santé primaires du 3 mars 2004 donne une définition du dispensateur de soins qui apparaît discriminatoire aux yeux de l'ABSyM et du GBS : "*19° dispensateur de soins : un pharmacien, médecin, diététicien, kinésithérapeute, logopédiste, dentiste, infirmier, sage-femme ou praticien d'une autre discipline fixée par le Gouvernement flamand, hormis le médecin-spécialiste, y compris les entités juridiques ou de fait qui les regroupent dans une structure mono- ou multidisciplinaire*".

Compte tenu de l'exclusion des médecins spécialistes, l'ABSyM et le GBS avaient introduit, devant la Cour d'arbitrage, un recours en annulation contre le Décret du 03.03.2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins. Les autorités fédérales s'étaient ensuite ralliées au recours, pour des motifs tout autres, d'ordre strictement politique.

Nous pensons que toute une série de spécialistes ont également leur place dans les soins de première ligne. Et il ne s'agit pas seulement de l'ophtalmologue évoqué par le Prof. De Lepeleire.

La Cour d'arbitrage a rejeté ce recours le 28.09.2005. Les pédiatres, dermatologues, gynécologues, ORL et bien d'autres spécialistes ayant établi leur cabinet en milieu extra-hospitalier se sentent directement menacés par ce Décret.

Le Décret du 03.03.2004 définit les soins de qualité comme : "*7° soins justifiés qui sont dispensés dans des conditions d'efficacité, d'efficience, de continuité, d'acceptabilité sociale et de souci de l'utilisateur*".

Selon les termes de cette définition, les soins ne peuvent être de qualité que si l'utilisateur des soins obtient un diagnostic médical le plus rapidement possible pour sa maladie ou son problème de santé. Sans *diagnostic*, toute intervention des dispensateurs de soins de première ligne manque d'efficacité et d'efficience.

Par conséquent, le rôle du généraliste est fondamental sur le plan du diagnostic. En première ligne, il est exclusivement entouré de dispensateurs de soins (pharmacien, diététicien, kinésithérapeute, logopède, infirmier, sage-femme ou praticien professionnel d'une autre discipline définie par le gouvernement flamand) qui sont incompétents pour poser un diagnostic médical. Le généraliste traite le patient soit immédiatement de façon adéquate, soit il le renvoie pour un diagnostic et/ou traitement

complémentaire adapté chez un médecin spécialiste ou vers d'autres soins infirmiers, paramédicaux ou de kinésithérapie ... nécessaires. Le dentiste constitue une exception car, dans son domaine, il pose lui-même le diagnostic et traite le patient de manière autonome en procédant occasionnellement à un renvoi vers un médecin spécialiste en stomatologie.

Sans diagnostic médical, la prise en charge se limite à une prise en charge purement sociale ou à des soins symptomatiques susceptibles d'augmenter le délai entre le premier contact avec un dispensateur de soins et la pose du diagnostic et d'entraîner une efficacité moindre et éventuellement d'ôter toute chance de guérison.

La première ligne ne trouve son efficacité et sa justification que si un diagnostic médical correct est posé. Ceci fait du généraliste le personnage clé de la première ligne mais cela signifie également que, lorsque le diagnostic sort du champ de compétence du généraliste, la première ligne ne trouve son efficacité et sa justification que s'il existe une collaboration adaptée entre le généraliste et le spécialiste. Je perçois naturellement la médecine générale sous un angle trop restreint mais, à mes yeux, c'est le cœur de cette profession médicale.

Dans la définition de la médecine générale donnée par le Prof. De Lepeleire

*(nous traduisons sur base de la Définition Européenne de la Médecine Générale Wonca Europe 2002 – [www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org))*

*"La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche et de pratique clinique. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur race, de leur sexe et de leur maladie. Ils intègrent aux soins aux personnes leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention et la guérison des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté dont ils sont au service, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.*

*Cette définition a des conséquences importantes sur la façon dont les soins de santé doivent se présenter.*

*L'image stéréotypée du médecin généraliste est élargie :*

- *des soins aux personnes, aux soins aux personnes ET à la communauté dans laquelle ils vivent*
- *d'une discipline spécifique à une discipline de première ligne*
- *d'une approche principalement curative à une approche curative et également préventive et palliative*
- *d'une action basée sur les demandes du patient à une attitude anticipative*
- *d'une action basée sur les demandes du patient à une fonction d'intégration*
- *d'une action à visée curative à une fonction de défense du patient ("advocacy")*

mon attention est directement attirée par le fait que le terme "guérison" n'est pas souligné, mais bien les termes "promotion" (de la santé), "prévention" (des maladies) et (prestation de) "soins à visée curative et palliative".

Je crains que les capacités diagnostiques du généraliste viennent à pâtir de toutes les missions plutôt sociologiques que le généraliste doit remplir.

Je ne suis pas le Prof. De Lepeleire lorsque celui-ci déclare que l'image stéréotypée du généraliste est élargie si par exemple la discipline spécifique doit évoluer vers une discipline de première ligne. Dans cette première ligne flamande (belge), nombreux sont les acteurs à vouloir chiper des secteurs cliniques de l'activité du généraliste. Le généraliste finira-t-il par n'être qu'un pondeur de prescriptions de toutes sortes?

En Grande-Bretagne, il vient justement d'être décidé que – moyennant une formation complémentaire de 38 jours – les infirmières et les pharmaciens – suivant la définition flamande des dispensateurs de soins travaillant dans les soins de santé de première ligne – seront aussi autorisés à délivrer des prescriptions de médicaments à partir de janvier 2006. L'argument avancé par les autorités britanniques est qu'il y a trop peu de médecins.

La Belgique compte 460 médecins pour 100.000 habitants tandis que la Grande-Bretagne n'en comptabilise que 166. Malgré tout, le terme de "pénurie" circule en Belgique. Une pénurie de médecins. En Flandre, les professeurs de médecine générale mettent en garde contre une menace de pénurie de médecins généralistes. Les cursus font l'objet d'une réforme dans l'espoir de renverser la tendance. Mais la question de l'œuf et de la poule se pose dans le cas présent : quel jeune homme ou quelle jeune femme est disposé à exercer une profession si les aspects médicaux sont minimisés et les éléments sociologiques maximisés?

Et ce à une époque où dans tous les segments de la société, la technologie en évolution rapide absorbe la plus grande attention. La stratégie idéologique très unilatérale menée par les centres académiques flamands de médecine générale depuis qu'ils sont parvenus, au niveau politique, à évincer les syndicats médicaux de la formation se retourne contre la profession des médecins généralistes. Peu nombreux sont ceux à encore se sentir attirés par cette profession. Une conséquence pourrait être que la médecine spécialisée continue à évoluer sur l'élan de "*Flanders Technology*" d'antan alors que la médecine générale flamande se retrouve '*In Flanders Fields*'.

A l'instar de très nombreux médecins généralistes flamands, je frémis à l'idée de 1.000 unités de soins de santé primaires auxquelles participeraient quelque 6.000 médecins généralistes : les *HASAV*<sup>1</sup> (accords de collaboration des médecins généralistes) du *masterplan* des professeurs de médecine générale flamands. Un "divertissement" académique qui trouve également grâce auprès du ministre fédéral Demotte. Déjà rien que la problématique financière que ce type de structures générera m'inquiète déjà grandement. Le financement de ces structures sous-jacentes devra dès lors être assuré à partir des budgets VIPA<sup>2</sup>. Les gestionnaires des hôpitaux et les directions savent que les files d'attente sont longues et que les moyens sont chaque fois trop limités.

Nous donnons notre préférence à des médecins généralistes entrepreneurs qui collaborent sur une base volontaire et qui financent eux-mêmes leur structure de collaboration à l'aide des modes de paiement qui sont aujourd'hui disponibles et qui ont lentement évolué d'un simple "fee for service" vers un paiement partiel à l'acte et un paiement partiel pour la gestion active d'un dossier. Ce dernier est à distinguer de l'inscription du patient auprès d'un médecin généraliste attiré.

Les dispensateurs de soins de la première ligne sont définis comme le *premier point de contact*, en d'autres termes le "*premier accueil qualifié*".

Il convient ici d'appliquer la même logique : le généraliste est le seul dispensateur de soins désigné comme tel par le décret, qui est objectivement également à même de formuler un diagnostic – comme spécialiste de la première ligne – à moins qu'il constate par lui-même que le diagnostic sort de son champ de compétence.

---

<sup>1</sup> Huisartsen Samenwerkingsverbanden

<sup>2</sup> Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden

Les spécialistes sont exclus de la première ligne. Non seulement le spécialiste consultant dans un hôpital mais également le spécialiste qui a une consultation privée en dehors du milieu hospitalier. En Flandre, cela correspond quand même à  $\pm$  4000 médecins spécialistes<sup>3</sup>.

D'un point de vue sociologique, cette exclusion de la première ligne constitue un recul pour la population. Le spécialiste extra-hospitalier a réellement mérité sa place dans le paysage flamand des soins de santé. Les patients apprécient la proximité et la facilité d'accès à ces soins spécialisés. Les autorités devraient également être satisfaites de l'existence de soins spécialisés bon marché.

Tous les soins spécialisés ambulatoires ne peuvent fonctionner correctement que s'il existe un échange d'information systématique entre les généralistes et les spécialistes. Lors du renvoi d'un patient par le généraliste vers le spécialiste, le généraliste doit également transmettre les informations adéquates tandis que le spécialiste doit informer systématiquement le généraliste de ses conclusions. Si le patient consulte un spécialiste de sa propre initiative, le spécialiste doit en informer le généraliste et lui faire part de ses conclusions. A moins que le patient y soit opposé pour l'une ou l'autre raison.

L'ABSyM qualifie ce système de "briefing – debriefing". Il a été rejeté au niveau de la commission nationale médico-mutualiste tant pour des motifs idéologiques que pour des considérations financières.

D'un point de vue technologique, il est aujourd'hui déjà possible de procéder à des échanges de données électroniques, comme c'est déjà le cas de manière unidirectionnelle avec le généraliste qui se connecte au dossier médical central de l'hôpital de son patient hospitalisé. Ces modalités de collaboration doivent être développées plus avant, dans un strict respect de la vie privée. Mais ce transfert doit être bidirectionnel, ce qui implique que le médecin spécialiste doit également pouvoir consulter le dossier du généraliste en temps réel.

Pour conclure, je peux me rallier à la demande du Prof. De Lepeleire favorable à un développement et une extension démocratique des soins de santé. Quant à sa remarque que le milieu de terrain doit être associé à la discussion et doit se voir attribuer une place et une voix, je souhaite la convertir en un mot d'ordre. Donnez voix au chapitre au milieu de terrain et n'écoutez pas uniquement quelques universitaires qui obtiennent facilement gain de cause parmi leurs semblables.

Ce n'est qu'en améliorant cette disponibilité d'écoute et en tenant compte de ce que le milieu de terrain a à dire que l'on pourra mieux faire.

---

## **ECHELONNEMENT ET PRIMARY CARE**

**F. Heller – GBS - 22 août 2005**

### **1. INTRODUCTION**

Un projet de recherche vise l'analyse des méthodes utilisées pour améliorer le trajet du patient au travers du système de santé en Belgique. Le projet se base sur un rapport du Comité de Santé Néerlandais appelé European Primary Care. Ce rapport a été demandé en 2003 par le Ministre de la Santé Publique Hollandais afin d'avoir un avis sur le Primary Care dans une perspective européenne. Ce rapport montrerait l'importance du Primary Care en ce qui concerne la qualité et le coût de la Santé Publique.

### **2. ANALYSE DU DOCUMENT « EUROPEAN PRIMARY CARE »**

Dans le but de vérifier le bien-fondé des conclusions du document, celui-ci a été revu dans sa méthodologie, ses résultats et ses conclusions. L'European Primary Care contient **6 chapitres**.

Le **chapitre I** définit la stratégie adoptée et la composition du Comité qui est formé de quinze experts hollandais, d'un expert belge (Professeur J. De Maeseneer) et de consultants internationaux.

---

<sup>3</sup> En Belgique  $\pm$  7.000

Le **chapitre II** décrit le Primary Care dans différents pays et le rôle qu'il joue ou devrait jouer dans la prise en charge des problèmes de santé.

Le **chapitre III** donne des arguments suggérant que le Primary Care est d'une importance primordiale dans la Santé Publique en ce qui concerne l'efficacité et les coûts, l'équité et la satisfaction des patients.

Le **chapitre IV** décrit la structure du Primary Care dans différents pays d'Europe et des divers intervenants ;

Le **chapitre V** envisage les défis futurs du système de santé, en particulier en fonction de l'allongement de la vie, de la prise de conscience des patients, de la diversité ethnique et culturelle, . . .

Le **chapitre VI** conclut que le Primary Care doit jouer un rôle déterminant dans le système de santé et définit le système idéal en soulignant la nécessité d'implémenter les recommandations au niveau européen.

### **3. CRITIQUES DU DOCUMENT**

#### **3.1. Sources du document**

- De l'aveu même des auteurs, il n'y a pas eu de revue systématique de la littérature.
- L'essentiel du document se base sur les travaux du Professeur Starfield dont les données sont rassemblées dans un document appelé «The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970 – 1998 » de James Macinko, Barbara Starfield, and Leiyu Shi. L'étude a pour but d'analyser la relation dans le temps et l'espace entre l'importance de la pénétration du Primary Care dans différents pays européens et divers paramètres de la Santé (mortalité totale, perte d'années de vie, certaines pathologies, essentiellement pulmonaires et cardiovasculaires). Dans le temps, la pénétration du Primary Care a augmenté mais de manière non significative. Par contre, la mortalité totale a diminué et le nombre d'années de survie ont augmenté de manière très significative ! Il apparaît que la pénétration du Primary Care n'explique que 28 % environ de la diminution de la mortalité totale. En analyse multivariée, sa contribution diminue encore fortement (probablement inférieure à 15 %). Il est donc clair que la diminution de la mortalité totale est expliquée à plus de 85 % par des paramètres autres que la pénétration du Primary Care ! . . .<sup>1</sup>
- A l'appui de leur thèse, les auteurs du document European Primary Care citent accessoirement les travaux de Gulliford (Journal of Public Health Medicine 2002, 24 : 252) et de Docteur et Oxley (Health – Care Systems : Lesson from the Reforme Experience 2003, 9). En fait, ces derniers documents montrent simplement que hospitaliser directement les patients coûtent plus cher que si il y a au préalable une prise en charge ambulatoire ! . . .

#### **3.2. Méthodologie**

Dans les travaux cités, en particulier ceux du Professeur Starfield, des biais importants existent (pas de prise en compte du rôle des spécialistes, du rôle des hôpitaux, de l'évolution de la technologie, . . .). Par ailleurs, de l'aveu même des auteurs, des données parfois importantes manquent.

### **4. CONCLUSIONS**

La littérature citée par le document European Primary Care (essentiellement les travaux de Starfield) et encore moins les données du document European Primary Care ne permettent pas de conclure que le Primary Care, assuré par le Médecin Généraliste, joue un rôle déterminant dans la prise en charge des patients. Les conclusions sont biaisées par la méthodologie, le manque de données, l'absence de prise en compte de facteurs importants tels que l'impact des spécialistes ou de la technicité et l'absence de prise en considération de pathologies aussi importantes que le cancer, les maladies métaboliques, le diabète, etc. . . La confusion entretenue est d'identifier le médecin généraliste au Primary Care et d'exclure à priori les spécialistes.

### **5. SUGGESTIONS**

Un travail utile et intéressant, qui devrait rassembler des généralistes et des spécialistes, serait d'analyser le niveau de la Santé (mortalité totale, mortalité cardiovasculaire, mortalité par cancer, etc. . .) en fonction de la nature du Primary Care (médecins généralistes versus médecins spécialistes versus collaboration médecins généralistes-médecins spécialistes) et l'impact sur les coûts et le degré de satisfaction des patients.

---

<sup>1</sup> La revue des données statistiques a été réalisée par le Docteur Olivier DESCAMPS (Centre de Recherche Médicale de Jolimont).

## NOMENCLATURE : CONSULTATION PRE-ANESTHESIE

**7 DECEMBRE 2005. - Arrêté royal modifiant les dispositions des articles 2, A et 12, § 3, 2° a), 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 (M.B. du 19.12.2005)**

**Article 1er.** A l'article 2, A, 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, remplacé par l'arrêté royal du 19 décembre 1991, et modifié par les arrêtés royaux des 5 mars 1992, 2 septembre 1992, 7 août 1995, 28 septembre 1995, 29 avril 1999, 1er juin 2001, 10 juillet 2001, 15 avril 2002, 19 juin 2002, 16 juillet 2002, 22 août 2002, 18 février 2003, 9 mars 2003 et 18 février 2004, les prestations et règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 102756 :

« 102815

Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation . . . . . N 8

102830

Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation accrédité . . . . . N 8+

. . . . . Q 30

Les prestations 102815 et 102830 ne peuvent être portées en compte que si les conditions reprises à l'article 12, § 3, 2° a), sont remplies.

**Art. 2.** L'article 12, § 3, 2° a), de la même annexe, modifié par l'arrêté royal du 30 janvier 1986, est complété par les dispositions suivantes :

« Une consultation pré-anesthésie peut être portée en compte par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation en vue d'une narcose pratiquée chez un patient admis en hôpital de jour, à condition que cette consultation soit exécutée minimum 48 heures avant le jour de l'admission du patient en hospitalisation de jour. La narcose peut être remplacée par un autre type d'anesthésie à condition que les motivations en soient documentées dans le dossier médical. L'hospitalisation de jour peut être convertie en hospitalisation classique à condition que l'indication du transfert soit documentée dans le dossier médical.

La consultation pré-anesthésie peut être portée en compte pour d'autres types de prestations que des interventions chirurgicales, à condition que ces prestations soient exécutées sous narcose. »

**Art. 3.** 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.

## NORMES HOSPITALIERES SERVICE SP AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

**10 NOVEMBRE 2005. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (M.B. du 07.12.2005)**

**Article 1er.** Un alinéa nouveau rédigé comme suit, est inséré à la place de l'ancien alinéa 1er du point 6 de la lettre D (Normes spécifiques pour le service Sp (affections neurologiques)) de la rubrique IIIbis (Normes spécifiques par spécialité) des normes spéciales s'adressant au service spécialisé pour le traitement et la réadaptation, index Sp, annexée à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, inséré par l'arrêté royal du 10 août 1998 et annulé par l'arrêt n° 136.962 du Conseil d'Etat du 3 novembre 2004 :

« Les médecins spécialistes en neurologie, en médecine interne, en médecine physique et réadaptation, et en neuropsychiatrie sont réputés avoir la compétence spécifique visée au point III, 1. ».

**Art. 2.** Le présent arrêté produit ses effets le 31 octobre 1998.

## REMISE DE PRIX MEDICAUX ET SCIENTIFIQUES

Plusieurs prix médicaux et scientifiques de la Fondation Roi Baudouin ont été remis à d'éminents chercheurs belges le 1<sup>er</sup> décembre 2005 par la Princesse Astrid :

- Prix De Beys (situations d'urgence et de crise) décerné au End-of-Life Care Research Group de la VUB;
- Prix François – de Meurs (diabète) décerné à J.-Chr. Jonas, chercheur de l'UCL (Unité d'endocrinologie et métabolisme);
- Soutien du Fonds Alphonse et Jean Forton (mucoviscidose) à 7 projets de recherche, à dimension internationale, au sein d'universités belges;
- Prix du Fonds Marie-Thérèse de Lava (vieillesse) décerné au professeur liégeois Eric Salmon (Ulg);
- Soutien des Fonds Crawhez (mucoviscidose et leucémie) au professeur J.-M. Boeynaems de l'ULB et au professeur Ph. Martiat de l'Institut Bordet (ULB).

Pour plus d'informations : Bénédicte Gombault, gombault.b@kbs-frb.be, tél. : 02/732.02.28

## COURS D'INFORMATIQUE

Vu le succès rencontré par les cours d'informatique que nous organisons en collaboration avec notre partenaire CFA – M. Pry Gabriel, et à la demande expresse de certains d'entre vous, nous avons l'avantage de vous proposer déjà un nouveau cycle début 2006 :

14/01/2006	WinXP
21/01/2006	Internet
28/01/2006	Powerpoint
04/02/2006	Word
11/02/2006	Excel

Ces cours se donneront au GBS aux dates indiquées ci-dessus de 9.30h à 12h30.

Chaque formation de trois heures est essentiellement pratique. Pas de longs discours mais beaucoup d'exercices. Chaque participant travaille sur un de nos PC.  
Remise d'un syllabus spécialement conçu pour ces formations.

Prix : 100€ + tva ( 121€ tvac) par formation de 3 heures.

Ce cycle sera suivi d'un module de perfectionnement. En cas d'intérêt, vous pouvez dès à présent nous en informer en cochant le troisième paragraphe du talon réponse.

## Pour vous inscrire

renvoyez-nous dès maintenant le bon de réservation ci-après au n° de fax : 010/24.10.20  
ou téléphonez au n° gratuit 0800/40 160 et demandez votre contact Gabriel Pry

### Inscriptions avant le 11 janvier 2006

N° de membre du GBS :	Nom :	Prénom :
Adresse :		
CP :	Localité :	
Téléphone :	Fax :	
<input type="checkbox"/> Nombre de personne(s) :		
<input type="checkbox"/> Réservation pour la (les) formation(s) suivante(s) ( ou entourez les dates choisies) :		
<input type="checkbox"/> Tenez-nous informés des modules de perfectionnement.		

Date :	Signature :
--------	-------------

Vous recevrez une confirmation de celle(s) ci.

## ANNONCES

- 04017\* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 05010\* **CHERCHE** : tout matériel ophtalmo et optique anciens ainsi que vieilles lunettes et vieux verres pour le Rwanda. Tél. : 02/770.21.35.
- 05083 **LIEGE** : Le service d'ORTHOPEDIE du CHC souhaite engager au 01/09/2006 un chirurgien orthopédiste avec une orientation "membre supérieur". Merci d'adresser votre candidature au Dr S. Willems, 75 rue de Hesbaye à 4000 Liège.
- 05100 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche des **MÉDECINS BMA, PNEUMOLOGUE, DERMATOLOGUE**, pour ses deux sites. Envoyer CV au Dr Robert SIMONS, 21 rue du Vivier à 6900 Marche-en-Famenne
- 05107 **BASTOGNE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche pour son site de Bastogne un **PÉDIATRE**, temps plein. Rémunération intéressante. Envoyer CV au Dr R. SIMONS – rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05108 **BASTOGNE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche pour son site de Bastogne un **GYNÉCOLOGUE**, temps plein. Envoyer CV au Dr R. SIMONS – rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05110 **BASTOGNE** : L'IFAC (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche pour son site de Bastogne **MÉDECINS POUR GARDES GYNÉCOLOGIQUES**. Si intéressé, envoyer candidature au Dr SIMONS, directeur médical IFAC, rue du Vivier 21 – 6900 Marche-en-Famenne.
- 05120 **MARCHE/BASTOGNE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche un **PNEUMOLOGUE**, temps plein, pour ses deux sites. Envoyer candidature au Dr Robert SIMONS, directeur médical – rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05121 **MARCHE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche **MÉDECIN POUR GARDE PÉDIATRIQUE** pour son site de Marche. Rémunération intéressante. Envoyer candidature au Dr Robert SIMONS, directeur médical, rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05131 **BASTOGNE** : L'I.F.A.C. recherche pour son site de Bastogne un **GYNÉCOLOGUE**, temps plein. Rémunération intéressante. Envoyer candidature au Dr SIMONS, directeur médical, rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05142 **NAMUROIS** : Jeune fille, 21 ans, diplômée en secrétariat médico-social, cherche poste de **SECRÉTAIRE MÉDICALE** dans la région de Namur. Tél. : 0473/67.68.10.
- 05143 **A VENDRE : CABINE D'AUDIOMÉTRIE**, état neuf, un an d'utilisation. Tél. : 071/32.54.89 de 8h30 à 18h du lundi au vendredi.
- 05144 **FRANCE** (Charente-Maritime – 17 – Royan ) : Cession de clientèle clinique pasteur **CARDIOLOGUE** recherche successeur SCM 3 cardios.activité cabinet + clinique (chir. polyvalente + vasculaire) plateau technique non invasif complet + pm. Environnement privilégié. Qualité de vie préservée. Contact: 00.33.6.72.07.52.37 ou 00.33.5.46.22.24.88 – Email: marie-jo.david1@wanadoo.fr
- 05145 **MARCHE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche, pour son site de Marche, des médecins pour **ASSISTANCES OPÉRATOIRES ET PERMANENCES AU BLOC OPÉRATOIRE**. Envoyer candidature au Dr Jean-Emile DUBUC, tél. : 084/21.90.51, ou au Dr Jean RECHT, tél. : 084/21.90.54 – I.F.A.C., rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05146 **BRUXELLES** : Dame retraitée parlant FR EN DE cherche **EMPLOI ADMINISTRATIF** (accueil, tél., etc.) en milieu médical : tél. 02/374 34 02 – gsm 0478/21 66 59.
- 05147 **NIVELLES** : Cabinet privé de radiologie situé à Nivelles recherche un(e) **TECHNICIEN(NE) EN RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE ET/OU EN SÉNOLOGIE**. 067/214093.
- 05148\* **A REMETTRE** patientèle de **GASTRO-ENTÉROLOGUE** + équipement complet d'endoscopie à Bruxelles. GSM : 0475/513.755.
- 05149 **NAMUROIS** : CHR 350 lits (SUS et SMUR) région namuroise signale l'ouverture de poste d'un chef de service aux **URGENCES**, temps plein avec participation aux gardes. Envoyer CV ou pour obtenir renseignements supplémentaires au Dr P. Janssens, Directeur Médical, CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie, 75, 5060 Sambreville. Tél. : 071/26.53.80 ou par e-mail: paul.janssens@mail.chrvs.be
- 05150\* **MARCHE**: L'IFAC (hôpitaux de Marche et Bastogne) recherche pour son site de Marche des médecins pour **ASSISTANCES OPERATOIRES ET PERMANENCES AU BLOC OPERATOIRE** (chirurgie viscérale, vasculaire et thoracique). Envoyer candidature au Dr Olivier DOCKX tél. 084/219052, au Dr Vlad ALEXANDRESCU tél. 084/219076 ou au Dr Christian NGONGANG tél. 084/219090 - IFAC, Rue du Vivier, 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05152 **JODOIGNE** : Le cabinet médical du Marché aux Chevaux cherche un(e) **GYNECOLOGUE**, un(e) **OPHTALMOLOGUE** (consultation existante, pour cause départ consoeur). Tél. soir 02/779.28.15 ou 0479.45.80.41.
- 05153 **LES CLINIQUES DU SUD LUXEMBOURG** recherche pour son service d'anatomie pathologique un(e) **ANATOMOPATHOLOGISTE** à temps partiel avec orientation principale en cytologie cervico-vaginale en couche mince. Pour toute information, contacter le Dr Janssen au 063/58.81.15.
- 05154 **NAMUROIS** : CHR 350 lits aigus région namuroise recrute un **GÉRIATRE** 8/10e temps pour son service de gériatrie (40 lits) à partir du 01/03/2006. Pour renseignements et conditions : Dr P. Janssens, Directeur Médical,

CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie, 75, 5060 Sambreville. Tél. : 071/26.53.80 ou par e-mail: paul.janssens@mail.chrvs.be

- 05156 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe parten. ULB recherche **DERMATO & NEURO**. Tél. Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou b.dewachter@hfcdp.be
- 05157 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe parten. ULB recherche **URGENTISTES BMA** chevronnés. Tél. Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou b.dewachter@hfcdp.be
- 05158 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe parten. ULB recherche **GASTRO-ENTERO** 6 à 8/10<sup>e</sup> prest. pr HF-CDP. CV + tél. Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou b.dewachter@hfcdp.be
- 05159 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe parten. ULB recherche **RADIOLOGUE** ½ temps pour site HF. Contact et CV Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou b.dewachter@hfcdp.be
- 05160 **BRUXELLES** : Labo Hôpital Français – César De Paepe site HF recherche **PERSONNEL** habilité pour **PRÉLÈVEMENTS**. Contact Dr Gausset au 02/506.72.42 ou 02/506.71.37.
- 05161 **A VENDRE** : Chirurgien vend instruments de chirurgie générale et vasculaire. Tél. : 04/252.67.13. Fax : 04/252.10.14.
- 05162 **FRANCE** : **CÈDE CABINET DE CARDIOLOGIE LIBÉRALE** à Nice dans cabinet de groupe de 7 cardiologues, plein centre de Nice. Pas de partage d'honoraires, ambiance excellente, dans des locaux magnifiques de 350m<sup>2</sup>, informatisation complète du cabinet. Plateau technique non invasif, récent, complet (echodoppler VIVID3, MAPA novacor, HOLTER ELA). Possibilité d'ergométrie, d'ETO, d'écho de stress, activité hospitalière possible - Pas d'astreinte de garde. Horaires du lundi (stop 18 heures) au vendredi 11 heures. Charges réduites : 3300 euros par mois pour le fonctionnement en SCM. C.A. > 260.000 euros avec deux mois de vacances par an. Dont 40% de cardiologie d'assurances privées, activité en pleine expansion +15% par an (hors sécurité sociale française). PRIX INTERESSANT. NICE, c'est par exemple : ville de fac : lettres, droit, commerce, médecine, dentaire...; ski alpin le matin! (Isola 2000 et Auron : 1 h de route) - voile l'après-midi!; proche de Monaco et de l'Italie; aéroport international 2e de France; pluie 30 jours par an (non contractuel), soit environ 330 jours de soleil!!! Contacter Dr SCHWAL au 00.33.6.03.51.08.16 ou par e-mail : g.schwal@wanadoo.fr
- 05165 **FRANCE** : Clinique privée de l'Ouest de la France, en bonne santé financière, recherche un **MEDECIN ANESTHESISTE REANIMATEUR** libéral. Conditions d'intégration et de développement attractives. S'adresser à Jo LOUIS / ALTEDIA / Espace Performance, Bât J, 35769 ST GREGOIRE Cedex / jlouis@altdia.fr / Tél. : 00.33.2.99.23.14.33 / Fax : 00.33.2.99.23.10.15
- 05166 **FRANCE** : Polyclinique privée chirurgicale conventionnée, située en BRETAGNE, adossée à un groupe mutualiste solide et réputé recherche, dans le cadre d'un projet innovant de création d'un pôle de santé en partenariat avec l'hôpital public, un **CHIRURGIEN ORL** libéral. Conditions d'intégration et de développement attractives. S'adresser à Jo LOUIS / ALTEDIA / Espace Performance, Bât J, 35769 ST GREGOIRE Cedex / jlouis@altdia.fr / Tél. : 00.33.2.99.23.14.33 / Fax : 00.33.2.99.23.10.15
- 05167 **FRANCE** : Clinique privée MCO, située sur façade Atlantique France, rattachée à groupe régional d'envergure, recherche un **GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN** libéral. Conditions d'intégration attractives. S'adresser à Jo LOUIS / ALTEDIA / Espace Performance, Bât J, 35769 ST GREGOIRE Cedex / jlouis@altdia.fr / Tél. : 00.33.2.99.23.14.33 / Fax : 00.33.2.99.23.10.15

## Table des matières

• Accord 2006-2007 – Nouveaux tarifs .....	1
• Les soins de santé en Flandre après la défédéralisation – Colloque organisé par Madame Inge Vervotte, ministre flamand du Bien-être, le 24.11.2005.....	3
• Echelonnement et primary care – F. Heller – GBS – 22 août 2005 .....	7
• Nomenclature : consultation pré-anesthésie .....	9
• Normes hospitalières service Sp affections neurologiques .....	9
• Remise de prix médicaux et scientifiques .....	9
• Cours d'informatique .....	10
• Annonces .....	11

*Malgré les nombreuses complications administratives ou autres qui, comme d'habitude, vous sont imposées en cette période de fin d'année, le Comité Directeur du GBS vous souhaite d'excellentes fêtes, tout en vous présentant ses meilleurs voeux de bonheur et de prospérité à vous-même et à toute votre famille.*