
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 / OCTOBRE 2010

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

LA RECERTIFICATION

Une des évolutions que nous pouvons anticiper pour l'avenir de notre profession est certes la venue, le "danger"?, la "menace" de la recertification, la "revalidation" comme on l'exprime parfois en anglais.

Dans son article "Revalidation wave hits European Doctors", publié dans le C(anadian) M(edical) A(ssociation) J(ournal) (June 11, 2010), Triago Villanueva esquisse la situation dans divers pays de l'Europe et surtout en Angleterre.

En cause : un manque croissant de confiance dans les médecins? Une hausse de la demande pour plus de responsabilisation?

Selon le G.M.C. (General Medical Council) britannique, la recertification est nécessaire pour "... assurer les patients et le public, les employeurs, et les autres travailleurs de la santé, que les médecins en possession d'une licence sont à la page et apte à la pratique" et qu'il s'agit de "promouvoir la confiance du public dans la profession et d'encourager l'autoréflexion et le développement professionnel des médecins."

Un aperçu de la situation dans divers pays d'Europe nous apprend d'abord que jusqu'ici, en Belgique, nous sommes familiarisés avec l'Accréditation, une **formation continue** et un **peer-review** (par les Glems), **non obligatoires**, fournissant des suppléments d'honoraires (relativement limités).

En France, il existe, depuis environ 10 ans, une **formation continue obligatoire**, mais il n'y a eu jusqu'ici **aucun contrôle** et **aucune sanction**. On a longuement discuté pour déterminer qui des organisations professionnelles ou de l'Etat la contrôlerait. Il semble, depuis la réforme Bachelot, que ce seront les Agences Régionales de la Santé (donc l'Etat)!

L'Allemagne connaît un système de **formation continue obligatoire** géré par les Ärztekammern (chambres régionales - une organisation de la Profession) nécessitant la récolte de 250 points en 5 ans. La non-observation amène, pour les pratiques privées, une réduction des remboursements de 10 à 30 %. Seulement ± 30 % des médecins s'y conformeraient.

Aux Pays-Bas, la **formation continue est obligatoire** et accompagnée d'une **visitation de la Pratique** pour les Pairs tous les 5 ans. Les critères sont établis par les organisations professionnelles et approuvés par le Département de Santé. Le non-respect de ces exigences peut amener à la radiation du registre des médecins.

Le Portugal n'a pas d'exigences en relation avec la formation continue ou la recertification. L'Europe introduit une validation à partir de cette année-ci par un schéma comprenant trois phases de complexité croissante. Une **certification de bonne activité** par un collègue et par l'employeur, des exigences de **formation continue** et une **évaluation de compétence**. Le schéma sera volontaire au début et l'implémentation est prévue pour 2013.

Mais c'est au Royaume-Uni que l'introduction par le GMC (General Medical Council) de l'obligation de renouveler périodiquement la licence obligatoire de pratiquer provoque le plus d'agitation. La BMA (British Medical Association) la considère comme "Overly bureaucratic and cumbersome, costly and ineffective!"

Les exigences ne seront pas minces: (1) un **"portfolio"** (l'expression très à la mode!) comprenant les preuves qu'on répond aux standards des "capacités" (autre terme trendy!!) (knowledge, skills and performance, safety and quality, partnership and teamwork, maintenance of trust), (2) **la preuve de formation**, (3) une **évaluation** des **capacités**, de la **formation continue**, (4) un **audit**, (5) **information professionnelle** (feedback about practice), (6) **information anonyme**!!

Chaque médecin avec licence est en rapport avec un **collègue senior** de son entourage (hôpital, clinique) **qui doit le "recommander"** pour une recertification auprès du GMC. Nous estimons que de telles règles doivent mener à une situation de dépendance inacceptable tandis que la prise en compte d'information anonyme est une invitation à la délation, au chantage et aux fausses accusations!

La mesure n'a pas été accueillie avec enthousiasme, loin s'en faut, mais le GMC semble décidé à s'imposer.

On peut cependant se demander comment des mesures pareilles seront compatibles avec la mobilité des professionnels dans l'Union Européenne. Le cadre légal européen ne semble pas prévoir de recertification périodique et il existe, comme nous l'avons indiqué plus haut, des différences majeures dans les schémas de "revalidation" en vigueur dans les divers pays européens.

Prof. Dr J.A. Gruwez

**TOUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS VOULU SAVOIR
SUR LES SOINS DE SANTE EN BELGIQUE.
LE KCE ET L'OBSERVATOIRE EUROPEEN (WHO) DRESSENT ENSEMBLE
UN ETAT DES LIEUX**

Communiqué de presse KCE (09/09/2010)

A l'occasion de la Présidence belge du Conseil de l'Union Européenne. une description détaillée du système de santé belge est présentée cette semaine. Ce rapport a été réalisé par le KCE à la demande de l'Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé (OMS). Cette collaboration scelle un nouveau partenariat entre ces deux institutions.

Le rapport HIT (Health systems in Transition) de la Belgique fait partie d'une série de publications décrivant le système de soins de santé de certains pays. Parmi les 55 pays ayant déjà fait l'objet 'un rapport HIT, nous retrouvons tous les pays d' Europe, le Canada, L'Australie, le Japon ainsi que certains pays appartenant à l'ancienne Union Soviétique.

Les rapports HIT présentent une description détaillée de l'organisation et du financement des soins de santé, du rôle des différents acteurs ainsi que de la manière dont les soins sont délivrés. Les réformes plus récentes sont aussi présentées. Les rapports constituent une source d'information pour les décideurs politiques ainsi que pour les chercheurs : ils permettent de faire des comparaisons internationales ainsi que de partager les expériences.

Le système belge de santé est reconnu au niveau international pour son accessibilité élevée des soins ainsi que pour sa liberté de choix. En outre, les Belges consacrent une partie importante du produit intérieur brut (PIB) aux soins de santé. Les dépenses publiques atteignent environ 8% du PIB auxquels il faut ajouter plus de 2% qui représentent la contribution des patients sous forme de tickets-modérateurs, de suppléments et de prestations non-remboursées. Le rapport HIT belge attire notamment l'attention sur l'accroissement de ces dépenses, mais aussi sur les différentes mesures (statut OMNIO et maximum à facturer) qui ont été prises pour protéger les groupes vulnérables des augmentations de dépenses personnelles parfois élevées.

Le rapport présente aussi les initiatives visant à promouvoir la qualité et l'efficacité des soins de santé en Belgique ainsi que les mesures visant à renforcer les soins de première ligne. Par ailleurs, le besoin typiquement belge de coordination entre les différents niveaux de compétence est aussi discuté. Le plan fédéral du Cancer est mentionné comme un exemple de collaboration entre les autorités fédérales et le niveau régional. Ensuite viennent les mesures visant à pallier le manque de professionnels de santé, comme l'augmentation des honoraires de services de garde de médecine générale ainsi que celles visant à améliorer l'attractivité de la profession infirmière. La sortie du rapport aura lieu aujourd'hui à l'occasion de la réunion de la Conférence ministérielle européenne qui se penchera sur la pénurie de professionnels des soins de santé qui se fait sentir de manière pressante au niveau international.

Le rapport complet (en anglais) est disponible sur le site internet du KCE et de l'Observatoire: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF

MODIFICATION DES NORMES CONCERNANT L'APTITUDE A LA CONDUITE

L'arrêté royal du 10.09.2010 modifiant l'arrêté royal du 23.03.1998 relatif au permis de conduire a été publié au Moniteur belge du 15.09.2010.

Cet arrêté royal, qui est entré en vigueur le 15.09.2010, définit de nouvelles normes concernant l'aptitude à la conduite pour des patients souffrant d'épilepsie ainsi que pour des patients atteints de diabète sucré et concernant les fonctions visuelles pour l'aptitude à la conduite.

L'arrêté royal est consultable sur www.gbs-vbs.org et peut être obtenu sur simple demande auprès du Secrétariat du GBS (tél. 02/649.21.47 - fax 02/649.26.90 - josiane-bultreys@gbs-vbs.org).

NOMENCLATURE : ARTICLES 3, 18, 24 ET 26 (biologie clinique) (en vigueur à partir du 01.10.2010)

Un A.R. du 26.08.2010 modifiant la nomenclature de biologie clinique a été publié au Moniteur belge du 13.09.2010.

Ces modifications sont le résultat d'une décision gouvernementale d'octobre 2009 et doivent permettre d'économiser 38 millions d'euros d'économies. Les 12 millions d'euros d'économies restants doivent être trouvés dans une prescription plus adéquate des analyses de biologie clinique. Un groupe de travail mixte de la Commission nationale médico-mutualiste continue d'y travailler.

Les modifications, qui entrent en vigueur le 1er octobre 2010, ont été communiquées aux biologistes membres par e-spécialiste n° 158 le 14.09.2010.

L'arrêté royal est consultable sur www.gbs-vbs.org et peut être obtenu sur simple demande auprès du Secrétariat du GBS (tél. 02/649.21.47 - fax 02/649.26.90 - josiane-bultreys@gbs-vbs.org).

NOMENCLATURE : ARTICLES 11, § 1er, ET 19, § 5 (consultation oncologique multidisciplinaire) (en vigueur à partir du 01.11.2010)

18 AOUT 2010. - Arrêté royal modifiant les articles 11, § 1er, et 19, § 5, 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 24.09.2010)

Article 1er. A l'article 11, § 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, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° le libellé de la prestation 350372-350383 est remplacé comme suit :

« Première consultation oncologique multidisciplinaire (première COM), attestée par le médecin-coordonateur »;

2° les prestations suivantes sont insérées après la prestation 350372-350383 :

« 350276-350280

Concertation oncologique multidisciplinaire de suivi (COM de suivi), attestée par le médecin-coordonateur K 50

350291-350302

Concertation oncologique multidisciplinaire supplémentaire (COM supplémentaire) dans un hôpital autre que celui de la première COM, sur renvoi, attestée par le médecin-coordonateur K 80 »;

3° le libellé de la prestation 350416-350420 est remplacé comme suit :

« ° Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire par un médecin qui n'est pas membre de l'équipe de médecins hospitaliers »;

4° les termes « , 350276-350280 et 350291-350302 » sont ajoutés dans le libellé de la prestation 350453-350464, après les numéros d'ordre « 350372-350383 »;

5° les règles d'application qui suivent la prestation 350475-350486 sont abrogées;

6° l'intitulé, les prestations et les règles d'application suivants sont insérés après la prestation 350475-350486 :

« Explication du diagnostic et de la proposition d'examen complémentaires, suivi et plan de traitement communiqué au patient selon le rapport de la concertation oncologique multidisciplinaire préalable au cours d'une discussion séparée avec le patient :

350232

° par le médecin généraliste agréé traitant K 50

350254-350265

par le médecin spécialiste traitant qui a participé à la COM K 50

Au moins quatre médecins de spécialités différentes participent à la COM. Au moins un d'entre eux dispose d'une expérience particulière en chirurgie oncologique ou est agréé en tant que médecin spécialiste en oncologie médicale ou en radiothérapie-oncologie ou est titulaire d'un titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie pédiatrique.

Un des médecins fait fonction de coordinateur et rédige le rapport écrit reprenant une description du diagnostic et du plan de traitement.

Une concertation oncologique multidisciplinaire est demandée par écrit par le médecin de médecine générale traitant agréé ou avec droits acquis ou le médecin spécialiste traitant, à l'exclusion du médecin spécialiste en anatomie pathologique ou en biologie clinique ou en radiodiagnostic.

La prestation 350372-350383 (première COM) est organisée dans le cadre du traitement d'une nouvelle affection oncologique, à l'exception d'un carcinome épidermique spinocellulaire ou basocellulaire non compliqué.

Une première COM ou une COM de suivi précède obligatoirement :

a) chaque traitement oncologique qui n'est pas repris ou qui déroge aux protocoles définis dans le manuel de qualité de l'hôpital concerné;

b) chaque chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire;

c) chaque traitement oncologique faisant appel à une prestation de l'article 18 qui est attestée par un médecin spécialiste pour une spécialité autre que la radiothérapie-oncologie ou la médecine nucléaire et qui est liée à sa spécialité.

Par traitement, on entend ici le recours à la chirurgie, à la médication ou aux prestations mentionnées à l'article 18 dans une situation oncologique.

Si un traitement est établi sans COM, le médecin traitant conserve toutes les pièces motivant son choix à la disposition du médecin-conseil.

La prestation 350276-350280 (COM de suivi) n'est attestable qu'en cas de :

a) suivi d'un traitement présentant une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du planning thérapeutique

et/ou

b) répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations.

Dans ce dernier cas, l'exécution préalable de la prestation 350276-350280 est en outre obligatoire.

La prestation 350291-350302 (COM supplémentaire) n'est attestable que si la première COM n'a pas donné lieu à un diagnostic définitif ou un plan de traitement concret, mais à un renvoi vers un autre hôpital disposant d'un programme de soins oncologique agréé.

Les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 ne sont pas attestables au début du traitement d'un carcinome épidermique spinocellulaire ou basocellulaire non compliqué.

La prestation 350394-350405 est attestable par maximum quatre médecins spécialistes de spécialités différentes, exclusivement à l'occasion des prestations 350372-350383, 350276-350280 ou 350291-350302.

La prestation 350416-350420 n'est attestable qu'en combinaison avec les prestations 350372-350383, 350276-350280 ou 350291-350302. Elle couvre également les frais de déplacement.

Les prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420 ne sont pas cumulables entre elles par le même prestataire.

Les prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420 requièrent la présence physique simultanée des différents médecins participants.

Chaque concertation oncologique multidisciplinaire donne lieu à un rapport écrit, rédigé par le médecin-coordonnateur. Le rapport mentionne les noms des médecins participants et le nom du médecin qui en a fait la demande.

Il comporte une description du problème initial, un aperçu des données médicales disponibles et une élaboration du diagnostic avec prononcé sur le pronostic. Il comporte en outre un plan de traitement concret à court et plus long terme avec motivation, compte tenu d'arguments médicaux mais aussi psychiques et sociaux.

En cas de renvoi pour une concertation multidisciplinaire supplémentaire, le nom du deuxième hôpital est mentionné dans le rapport.

Le rapport est transmis à l'ensemble des médecins ayant participé à la concertation, au médecin qui en a fait la demande, au médecin généraliste du patient et au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Les honoraires pour les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 couvrent le rapport et l'enregistrement uniforme de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé, établi par le Comité de l'assurance soins de santé et destiné au Registre du Cancer.

Les prestations 350232 et 350254-350265 ne peuvent chacune être attestées qu'une seule fois et uniquement à la suite de la première concertation oncologique multidisciplinaire (prestation n° 350372-350383).

Au cours de la concertation multidisciplinaire il sera décidé, le cas échéant, quel médecin effectuera la prestation 350254-350265.

Les prestations 350232 et 350254-350265 ne peuvent pas être cumulées avec une consultation ou une visite. »

Art. 2. A l'article 19, § 5, de la même annexe, remplacé par l'arrêté royal du 1er juin 2008, dans le troisième alinéa, les termes « ou 350276-350280 ou 350291-350302 » sont insérés après les numéros d'ordre « 350416-350420 ».

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Articles 28 & 35 (orthopédie et traumatologie) : A.R. du 03.09.2010 (M.B. du 27.09.2010 – p. 59048)

Article 35bis (chirurgie thoracique et cardiologie) : A.R. du 03.09.2010 (M.B. du 27.09.2010 – p. 59047)

Les textes complets sont disponibles sur le website et peuvent également être obtenus sur simple demande au Secrétariat.

NOTE DU SPF FINANCES A PROPOS DE L'ETABLISSEMENT PAR L'INAMI DE FICHES INDIVIDUELLES 281.50 DANS LE CAS OU LE PRESTATAIRE DE SOINS EXERCE SA PROFESSION LIBERALE AU SEIN D'UNE SOCIETE PROFESSIONNELLE AVEC PERSONNALITE JURIDIQUE

Plusieurs confrères exerçant leur activité professionnelle au sein d'une société ont récemment reçu une lettre de modification de leur déclaration fiscale du SPF Finances. Pour les médecins spécialistes, cette modification porte essentiellement sur le forfait accréditation versé annuellement. Pour certains confrères, le forfait a été versé au médecin spécialiste en tant que personne physique et non pas au nom de la société de médecin au sein de laquelle le confrère exerce son activité.

Le SPF Finances a rédigé une circulaire spécifique à ce propos. Nous en reproduisons ci-après le texte dans son intégralité.

Circulaire n° Ci.RH.241/598.582 (AFER N° 32/2010) du 19.04.2010

*Intervention annuelle de l'INAMI
Médecin*

Intervention financière de l'INAMI au profit des prestataires de soins indépendants pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique de dossiers - Régime fiscal.

A tous les fonctionnaires du secteur Contributions directes.

1. Les services centraux de l'Administration de la fiscalité des entreprises et des revenus ont constaté qu'il subsiste, en pratique, quelques doutes quant au traitement fiscal de l'intervention financière annuelle de l'INAMI au profit des kinésithérapeutes indépendants pour l'utilisation de la télémétrie et pour la gestion électronique des dossiers(1).

(1) Cf. l'AR du 18.2.2005 (MB 28.2.2005, Ed. 1), modifié par l'AR du 8.3.2006 (MB 31.3.2006, Ed. 2), l'AR du 14.9.2007 (MB 25.9.2007, Ed. 1) et l'AR du 28.1.2008 (MB 11.2.2008, Ed. 1).

A cet égard, il est rappelé que ces interventions, comme les autres revenus que les kinésithérapeutes indépendants obtiennent en raison de leur activité professionnelle, constituent en principe des profits d'une profession libérale au sens des articles 23, § 1er, 2° et 27, CIR 92.

2. Ceci vaut également pour les interventions analogues accordées à d'autres prestataires de soins indépendants, tels que notamment les médecins (2) et les praticiens de l'art infirmier (3) (dénommés ci-après, en ce y compris les kinésithérapeutes, les "prestataires de soins").

(2) Cf. l'AR du 6.2.2003 (MB 21.2.2003, Ed. 1), modifié par l'AR du 31.10.2008 (MB 27.11.2008, Ed. 1).

(3) Cf. l'AR du 21.4.2007 (MB 4.5.2007, Ed. 1), modifié par l'AR du 29.10.2007 (MB 20.11.2007, Ed. 3) et l'AR du 7.12.2008 (MB 17.12.2008, Ed. 1).

3. A cet effet, le fait que l'INAMI ne fournisse pas au prestataire de soins une copie de la fiche individuelle 281.50 ne constitue bien évidemment pas une raison pour ne pas considérer l'intervention visée comme un revenu professionnel imposable. La remise au bénéficiaire des revenus d'une copie de la fiche individuelle 281.50 ne constitue pas pour autant une obligation légale.

4. En outre, des problèmes ont été constatés à propos de l'établissement par l'INAMI de fiches individuelles 281.50 dans le cas où le prestataire de soins exerce sa profession libérale au sein d'une société professionnelle avec personnalité juridique (ci-après, en abrégé, la "société") dans laquelle il remplit généralement la fonction de dirigeant d'entreprise.

Conformément aux arrêtés royaux actuels (voir notes en bas de page ci-avant), le prestataire de soins ne peut introduire une demande d'intervention auprès de l'INAMI qu'en son nom propre, ce qui transparait également du formulaire de demande mis à disposition à cet effet par l'INAMI. Cependant l'intervention sera généralement versée par l'INAMI sur le compte bancaire de la société, plus particulièrement lorsque le prestataire de soins a indiqué sur le formulaire de demande le numéro du compte en banque de la société.

5. L'INAMI considère apparemment (à tort) que l'intervention est toujours attribuée en personne au prestataire de soins, de sorte que ce dernier est souvent mentionné à tort comme bénéficiaire de cette intervention sur la fiche individuelle 281.50.

6. Toutefois, il doit généralement être admis, dans le cas où le prestataire de soins exerce son activité professionnelle sous le forme d'une société que c'est la société qui supporte les frais correspondant aux logiciels dont il est question dans les arrêtés royaux précités (utilisés pour la gestion électronique des dossiers) pour lesquels l'intervention est attribuée.

Dans ces circonstances, il faut considérer que ces interventions sont effectuées au profit de la société et qu'elles font dès lors partie de leur résultat imposable.

Pour l'Administrateur général de la fiscalité f.f. :

J. VANHOUTTE
Directeur

LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS "OFF-LABEL"
Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 26.06.2010

Un Conseil provincial demande l'avis du Conseil national relative à la prescription de médicaments "off-label".

Avis du Conseil national :

Concerne : votre lettre du 12 novembre 2009 relative à la prescription de médicaments "off-label".

En sa séance du 26 juin 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné deux questions posées par madame ... concernant la prescription de médicaments "off-label" :

- 1) Les médecins qui prescrivent en Belgique des médicaments "off-label" sont-ils tenus d'en informer le patient? Dans l'affirmative, quelle information doivent-ils donner?
- 2) Qui est juridiquement responsable dans le cadre de la prescription de médicaments "off-label"?

La prescription "off-label" vise la prescription d'un médicament non enregistré ou la prescription d'un médicament en dehors des indications pour lesquelles il a été enregistré.

Il convient de s'arrêter d'abord aux dispositions réglementaires et légales concernant la mise à disposition de médicaments pour lesquels il n'y a pas eu d'autorisation de mise sur le marché ^{[1], [2], [3], [4]}.

Il s'agit en l'occurrence

- des traitements compassionnels ("compassionate use");
- des programmes médicaux d'urgence ("medical need programs").

La procédure pour les deux situations est réglée de manière précise par la loi. Dans de nombreux cas, les affections en question altèrent sévèrement la santé et constituent souvent une menace vitale.

Mais dans la pratique médicale, des médicaments sont aussi prescrits "off-label" en dehors de l'usage compassionnel ou des programmes médicaux d'urgence. Le cas est fréquent dans certaines populations, en particulier chez l'enfant, la femme enceinte et le patient âgé. Les dosages adéquats et les effets secondaires pour ces populations de patients ne sont en grande partie pas connus. Des médicaments sont parfois aussi prescrits "off-label" dans d'autres cas et pour certaines pathologies.

Le Conseil national estime que la prescription "off-label" d'un médicament peut se justifier si l'intérêt du patient prime, à savoir si le médicament en question est le meilleur traitement au moment considéré. Néanmoins, cette prescription doit reposer sur des fondements scientifiques et être conforme à la loi relative aux droits du patient.

Le patient ou son représentant doit être informé à propos de la prescription "off-label", des effets secondaires ainsi que des avantages et inconvénients du médicament. Dans des usages documentés scientifiquement mais non encore confirmés en pratique clinique courante, le patient doit donner son accord.

En ce qui concerne la deuxième question relative à la responsabilité dans le cadre de la prescription de médicaments "off-label", le Conseil national estime que le médecin est responsable de la prescription.

[1] Comité consultatif de bioéthique : avis n°47 du 9 mars 2009 relatif aux implications éthiques de la législation concernant les programmes d'usage compassionnel (compassionate use) et les programmes médicaux d'urgence (medical need).

[2] Directives européennes 201/82/CE et 2001/83/CE.

[3] Règlement (CE) n°726/2004.

[4] Loi du 1^{er} mai 2006 portant révision de la législation pharmaceutique (Moniteur belge, 16 mai 2006).

ANNONCES

10068 **A VENDRE** : Ostéodensitomètre NORLAND ECLIPSE complet et en excellent état. Tél. 0476/89.64.00 entre 19 h et 21 h en semaine.

10073 **FRANCE : CARDIOLOGUE** dans cabinet de groupe cherche successeur sud France, arrière-pays Languedoc-Roussillon. Activité libérale cabinet + clinique avec secteur hospitalisation médicale. Toutes techniques non invasives, plus pose pacemaker. Tél. 00.33.4.66.32.35.54 (soirée), 00.33.4.66.32.20.77 (travail), bernard.laugaudin@wanadoo.fr

10106 **MARCHE** : VIVALIA - IFAC (hôpitaux de Marche & de Bastogne) recherche pour son site de Marche un **MEDECIN GERIATRE**, temps plein. Envoyer candidature au Dr Philippe DELEUSE, directeur médical, VIVALIA - IFAC rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne - deleuse.philippe@ifac.be

10113 **JODOIGNE : A LOUER CABINET MEDICAL** dans une maison médicale située au centre historique de Jodoigne (académie, écoles, CPAS). Contact : 02/779.28.15 ou 0479/45.80.41.

- 10122 **SOIGNIES** : CHR de la Haute Senne Soignies recrute **ANESTHESISTE – TP**. Envoyer candidature alain.juvenois@chrhautesenne.be ou tél. : 067/348.789.
- 10123 **SOIGNIES** : CHR de la Haute Senne Soignies recrute **MEDECIN SPECIALISTE GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN**. Envoyer candidature alain.juvenois@chrhautesenne.be ou tél. : 067/348.789.
- 10125 **VIVALIA-IFAC (MARCHE)** recherche pour sa fonction "soins intensifs" un **INTENSIVISTE**. Envoyer candidature + CV au Dr Ph. DELEUSE, Directeur Médical, rue du Vivier 21, 6900 Marche - deleuse.philippe@ifac.be - 0475/48.23.87
- 10126 **VIVALIA-IFAC (MARCHE/BASTOGNE)** recherche un **SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE-PNEUMOLOGIE**, full time. Envoyer candidature + CV au Dr Ph. DELEUSE, Directeur Médical, rue du Vivier 21, 6900 Marche - deleuse.philippe@ifac.be
- 10127 **FRANCE** : Cabinet de radiologie près de Bordeaux (Aquitaine Sud Ouest) recherche **3° CARDIOLOGUE** en vue d'un remplacement et association. Cabinet privé plus possibilité de succession PH hospitalier temps partiel. Cardiologie non invasive mais possibilités invasives en accord en réseaux avec cliniques interventionnelles de Bordeaux. Contact au 00.33.6.87.53.18.59 ou e-mail : salioub@orange.fr
- 10129 **POLYCLINIQUE DU HAINAUT (REGION DU CENTRE)** recherche un(e) **SPECIALISTE ORL** pour compléter son équipe pluridisciplinaire. Belle patientèle, matériel et paramédicale à disposition, horaires modulables et conditions intéressantes. Pour renseignements 064/45.15.27 ou 0496/54.41.42.

Table des matières

• La recertification	1
• Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les soins de santé en Belgique. Le KCE et l'Observatoire Européen (WHO) dressent ensemble un état des lieux (Communiqué de presse du KCE – 09/09/2010)	2
• Modification des normes concernant l'aptitude à la conduite	3
• Nomenclature : articles 3, 18, 24 et 26 (biologie clinique)	3
• Nomenclature : articles 11, § 1er, et 19, § 5 (consultation oncologique multidisciplinaire)	3
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	5
• Note du SPF Finances à propos de l'établissement par l'INAMI de fiches individuelles 281.50 dans le cas où le prestataire de soins exerce sa profession libérale au sein d'une société professionnelle avec personnalité juridique	5
• La prescription de médicaments "off-label" : avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 26.06.2010	7
• Annonces	7

GARE AUX ARNAQUES !

Nous avons appris que des formulaires d'actualisation de vos données dans des guides de médecins circulent à nouveau.

Nous vous rappelons qu'il s'agit souvent d'arnaques. Il convient de lire ces formulaires très attentivement !

Au cas où vous auriez malheureusement déjà renvoyé le formulaire, ne payez surtout pas et adressez-vous au GBS pour obtenir une lettre standard à envoyer.

Pour de plus amples informations, consultez notre dossier complet sur www.gbs-vbs.org, rubrique "e-spécialiste" : [e-spécialiste n° 154 du 04/08/10](#) : Attention à l' "AnnuairePro" !