

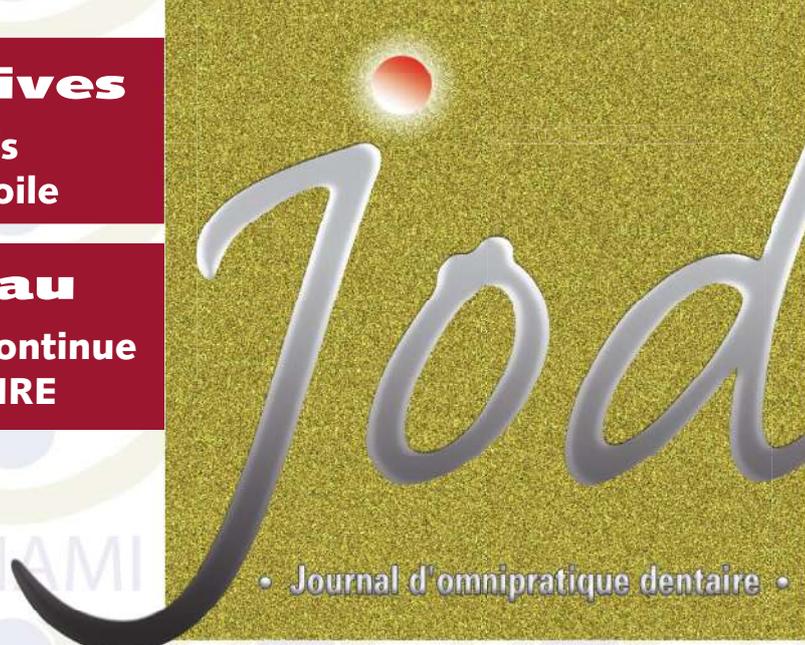
Législatives

Les partis
lèvent le voile

Nouveau

La formation continue
OBLIGATOIRE

Tceclating Gesloten Verpakking	BELGIE - BELGIQUE
Autorisation de Fermeture	P.B. - P.P.
B - 802	B - 802
Périodique bimestriel destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire Agréation P307013 Tirage : 4.200 ex.	
Bureau de dépôt : Charleroi X Mass post	Adresse : JOD c/o COD B.P. 1091 6000 Charleroi 1



ÉLECTIONS DENTAIRES

du 22 mai au 5 juin 2003



INAMI

**Venez
vous informer
avant de voter !**



Séminaire : « Le praticien face à l'INAMI »

Jean-Philippe MOUSSET

Nivelles

24 mai 2003

Mai - Juin 2003



j.j. maes sygma

your personal touch



La révolution digitale



Phosphore VISTASCAN Révolutionnaire

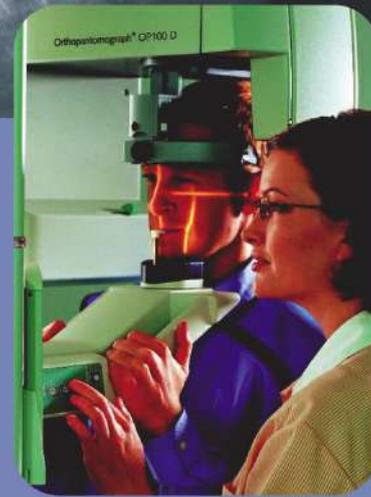
- L'appareil VISTASCAN permet la digitalisation de tout appareil RX existant ou neuf (intraoral, pano, télé).
- La VISTASCAN utilise une technologie haute résolution au phosphore.
- Les manipulations sont d'une simplicité déconcertante
- L'exécution des clichés est d'une très grande rapidité.



CCD JULIE

Le capteur JULIE DSX 730 se résume en quelques points essentiels qui le distinguent fondamentalement:

- Il possède une surface sensible d'image très grande: 730 mm² avec un encombrement réduit en bouche (20 % de surface sensible de plus que sur tout autre capteur de même dimension externe).
- La résolution de l'image est d'une très grande pureté et finesse radiologique.
- La définition est exceptionnelle.



Panoramique INSTRUMENTARIUM OP-OC 100 DIGITAL Improved quality

- Digitalisation pano ET téléradiographie
- Qualité d'image irréprochable
- Grande variété de programmes
- Système automatique de contrôle d'émission (AEC) de rayons
- Système automatique de compensation des cervicales (ASC)
- Simplicité d'utilisation
- Foyer réel 0,35 x 0,5 mm

J.J. MAES SYGMA

Showroom: Parkstraat 34 • 3070 Kortenberg • Tél. 02 759 42 52 • Fax 02 759 37 20

Showroom: Plezantstraat 22 • 9100 St-Niklaas • Tél. 03 780 20 00 • Fax 03 780 20 01

www.jjmaessygma.be



ÉDITO

Le dimanche 18 mai 2003 verra se dérouler les prochaines élections législatives en Belgique.

En dépit des récentes améliorations du statut des indépendants, c'est vers l'avenir et non le passé que doit se tourner le praticien : quelles sont les propositions dentaires des partis pour la période 2003-2007 ? Vous le découvrirez en exclusivité dans ce JOD !

Hasard de calendrier ? C'est en tout cas dans la foulée immédiate du suffrage fédéral qu'auront lieu les premières élections dentaires. Du 22 mai au 5 juin prochains, les dentistes seront amenés à poser un acte professionnellement responsable : la désignation pour quatre ans de leurs représentants officiels à l'INAMI.

Nous ne pouvons que vous inciter à voter ! Si les francophones venaient à s'abstenir en masse, nous aurions à faire avec un trop important déséquilibre communautaire, prémice d'un splitsing des soins de santé.

Voter, c'est bien ; voter « malin », c'est mieux !

Venez donc vous informer, le samedi 24 mai au matin, à Nivelles, sur l'enjeu réel de ces élections dentaires, à l'occasion du séminaire-débat "Le praticien face à l'INAMI".

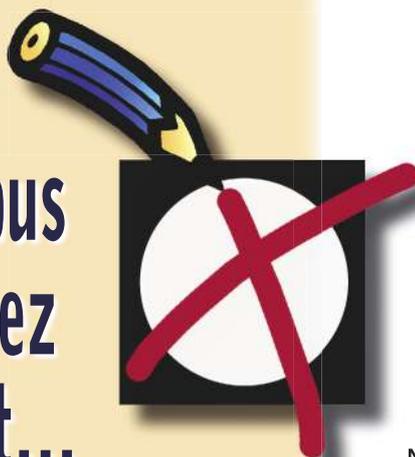
Nous ne vous dirons pas pour qui voter, mais nous vous dirons pour quoi.

Cette matinée sera aussi pour vous une opportunité de récolter des détails sur la nouvelle obligation du dentiste belge : la formation continue est désormais devenue obligatoire pour tous les praticiens, s'ils souhaitent conserver intact le bénéfice du remboursement de leurs prestations.

Lisez déjà notre article à ce propos en page 10, car le JOD se donne la mission de vous informer rapidement et efficacement.

Sur tous les sujets. En toute indépendance. ■

Vous
avez
dit...
«élections» ?



Sommaire

- **Jeu-concours**
> 4

Gagnez un kit de blanchiment !

- **Profession**
> 5

L'INAMI hier, aujourd'hui
... et demain ?

- **Prochaine activité**
> 9

Le praticien face à l'INAMI

- **Législation**
> 10

La formation continue
a pris force de Loi !

- **Formation continue**
> 13

Nouveaux horizons

- **Dossier « Législatives »**
> 14

Les partis lèvent le voile

- **Pratique**
> 23

Nouveau modèle d'attestation
de soins donnés

- **Portes ouvertes**
> 25

Demedis

- **Petites annonces**
> 26

- **Inscriptions**
> 27

Pour nous contacter
et pour recevoir gratuitement le JOD :
B.P. 1091 - B 6000 Charleroi 1
Tél. 04 73 41 51 67
Fax 071 33 38 05
mail.cod@swing.be

Abonnement pour l'étranger :
EU : 32 EUR/an
Monde : 55 EUR/an

Infos pour la publicité : 04 73 41 51 67
La publicité paraît sous la responsabilité
exclusive des annonceurs
Les noms de marque cités dans les articles
constituent des indications pour le lecteur et
non de la publicité

Fortis Banque : 001-3545567-02
IBAN : BE 32 00 13 5455 6702
BIC : GEBABEBB

Éditeur responsable :
Dentiste Th. VANNUFFEL, LSD
28 rue du Moulin Blanc - B 7130 Binche
Les articles signés n'engagent que
la responsabilité de leur auteur

© Copyright
Collège d'Omnipratique Dentaire asbl
Reproduction interdite sauf accord

Votre rendez-vous « détente » !

Dans ce numéro, nous vous proposons une grille géante de mots croisés sur le thème de la communication.

Toutes les réponses aux définitions figurent dans l'article « Communiquer au cabinet : l'Art et la Science » paru dans le JOD n°1. Mais rassurez-vous : même si vous n'êtes pas un collectionneur de JODs, les solutions sont à votre portée.

Transcrivez le mot formé par les quatre lettres des cases bleues, sur papier libre, accompagné de vos nom, prénom, adresse et n° INAMI, et adressez le tout, pour le 30 juin 2003 à minuit au plus tard, à l'adresse suivante :

**JOD c/o COD
B.P. 1091
6000 Charleroi 1**

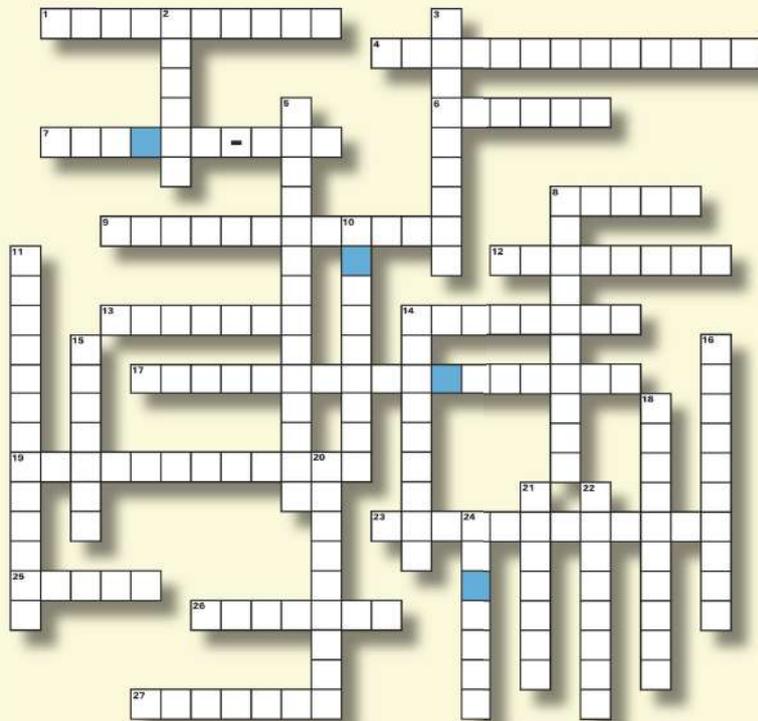
Le vainqueur sera tiré au sort parmi les bonnes réponses et son nom sera publié dans la prochaine édition.

Bon amusement !

Résultat du numéro précédent

Le mot à retrouver était :
« ABCÈS »

Toutes nos félicitations aux dizaines de praticiens qui ont envoyé la bonne réponse, et tout particulièrement à notre Consœur France BAJART, de 1060 Bruxelles, qui a reçu un double set Bifix/Provicol.



Horizontalement

1. Le fait de ressentir les choses
4. L'ensemble des traitements
6. Capacité à être attentif à la parole
7. Il est noté dans l'agenda
8. Temps nécessaire
9. Action de changer en mieux
12. Echange de propos
13. Information transmise
14. Marqué pour longtemps dans la mémoire
17. Qualité de montrer sa grande compétence
19. Ce qu'on a acquis
23. Ensemble des réactions d'un individu
25. Elle doit sentir la clinique
26. Le fait de toucher
27. Classique ou de chambre

Verticalement

2. Observation attentive
3. «Gaston, il sonne !»
5. Aptitude à comprendre
8. Identification d'une maladie
10. Ensemble des méthodes appliquées
11. Information, transmission
14. Ressenti
15. Mécontentement que l'on exprime
16. On parle souvent de celle de Noël
18. Sensation
20. Si on l'a, c'est gagné !
21. Nécessité d'agir vite
22. Lien existant entre les personnes
24. Qui consulte

A GAGNER

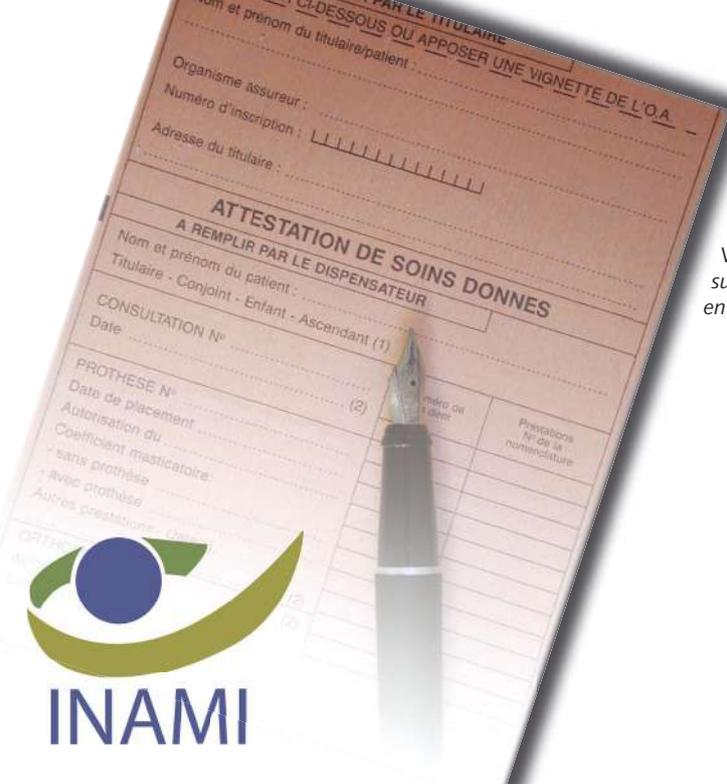
Un kit Perfect Bleach, gel pour le blanchiment de dents décolorées, contenant 6 seringues de peroxyde de carbamide à 17% et tout le matériel nécessaire dans une trousse pratique pour le patient.

Un cadeau d'une valeur de 70,- EUR offert par la firme



VOCO

*L'attestation de soins donnés, sommet de l'iceberg de l'Assurance-maladie.
Voy. aussi notre article sur le nouveau modèle en page 23*



L'INAMI

hier, aujourd'hui ...et demain ?

Dans le cadre du cursus universitaire des praticiens de l'art dentaire, il est remarquable de constater le peu d'heures de formation consacrées à la Sécurité Sociale; et l'I.N.A.M.I. (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité) est souvent perçu comme étant une machine lourde et bien peu au service de la Santé.

Rien n'est moins vrai et l'Institut, organisme d'intérêt public, occupe une position clef dans les relations entre prestataires de soins et « payeurs du système » puisqu'il est chargé tant de la gestion administrative que financière de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité dont bénéficie la population.

> Jean-Philippe Mousset,
Dr Méd., LSD

Une bonne connaissance du fonctionnement de l'INAMI, des « règles du jeu » ainsi que des récents développements apparus sous la dernière législation est un élément important permettant d'éviter des désagréments aux cliniciens.

1. Un peu d'histoire

Pour bien comprendre la situation actuelle, il est indispensable de connaître les origines du système de sécurité sociale dans notre pays.

La Sécurité Sociale ne s'est pas construite en un jour. Organisée en différentes branches dont les plus importantes concernent les soins de santé, le chômage, les pensions et les indemnités en cas d'incapacité de travail, elle se base sur la notion de solidarité — solidarité entre actifs et pensionnés, travailleurs et chômeurs, personnes malades et en bonne santé, famille sans et avec enfants, personnes ayant des revenus et personnes sans ressources — et ses origines lointaines remontent au Moyen-Âge.

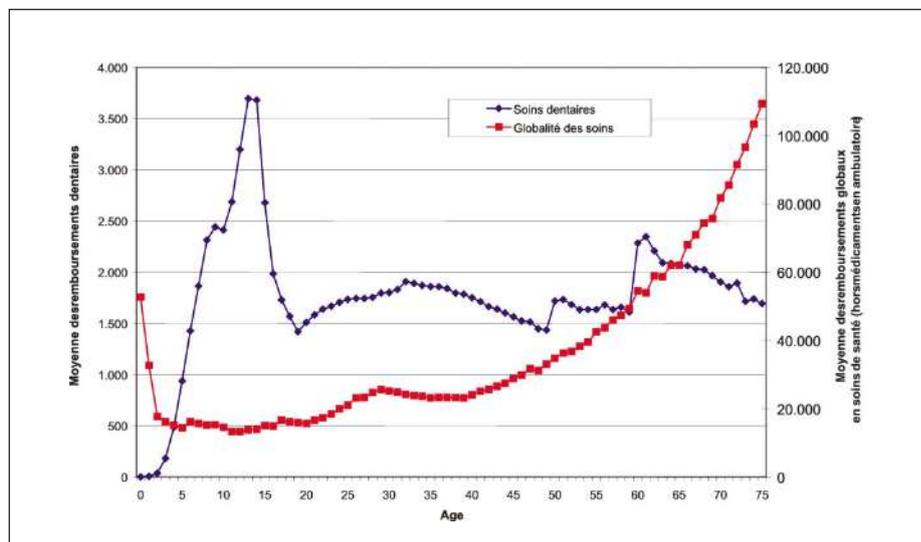
A cette époque déjà, des sociétés d'entraide créées au sein des corporations de métier avaient pour but de secourir leurs membres en cas de maladie, d'infirmité, de vieillesse... ou d'incendie. En 1791, en pleine Révolution Française, la loi dite «Le Chapelier» impose l'interdiction totale de rassemblement

et d'association et seules des sociétés de secours mutuel furent encore tolérées par les autorités. Au XIX^{ème} siècle, sous l'impulsion des mouvements ouvriers, les sociétés locales d'assistance mutuelle se sont transformées en mutualités et c'est à partir de 1891 que ces dernières purent bénéficier de subsides de l'État : elle se regroupèrent en vue d'une gestion plus efficace.

Ce n'est qu'en 1903 que la première assurance obligatoire vit le jour, encore ne concernait-elle que les accidents de travail. Le reste de la couverture se développa durant l'entre-deux guerres et c'est en 1944 que fut créé l'ancêtre du système actuel : un pacte entre représentants des syndicats des travailleurs, des organisations patronales et de l'État basé sur les notions de paix sociale et de solidarité avec comme but l'amélioration des conditions de vie de tout un chacun.

L'évolution de la sécurité sociale après la guerre s'est faite en direction d'une extension de son champ d'application à l'ensemble des travailleurs (qu'ils fonctionnent sous le régime de l'activité salariée, de celui des indépendants ou de celui du secteur public), à leurs ayant droits et même à la quasi totalité de la population du Royaume en ce qui concerne le remboursement des soins de santé. La gestion paritaire de ce secteur particulièrement sensible a par ailleurs évolué vers une gestion tripartite où l'État prend la place ●●●

Fig.1. Comparaison des remboursements moyens par affilié (BEF) : soins dentaires versus globalité des soins (année 2000)



- de troisième gestionnaire aux côtés des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs.

2. La situation actuelle

En matière de soins de santé, c'est au niveau de l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité, établissement public doté de la personnalité civile, que les choses se passent puisque cet organisme est chargé de la direction générale ainsi que du contrôle de l'assurance soins de santé et indemnités. Deux des cinq services de l'Institut intéressent directement la profession dentaire et ont chacun une mission bien déterminée :

1) le *Service des soins de santé* administre l'assurance en matière de soins de santé. L'assurance obligatoire soins de

santé est gérée par un Conseil général qui est assisté par un Comité : c'est le fameux Comité de l'assurance soins de santé composé de représentants du gouvernement, des payeurs du système (employeurs et employés), des organismes assureurs et

des prestataires de soins. Il se réunit au minimum deux fois par mois le lundi matin. Le compte rendu de ses activités est régulièrement repris par la presse vu l'importance des décisions qui s'y prennent. C'est également au sein de ce service que l'on retrouve les structures qui

sont les mieux connues des dentistes : Conseil Technique Dentaire (C.T.D.), Commission Nationale Dento-Mutualiste (C.N.D.M.) et Commission des profils des praticiens de l'art dentaire.

2) le *Service d'évaluation et de contrôle médicaux* dont le champ d'activités a été élargi par une loi entrée en vigueur le 15 février de cette année : en complément des compétences en matière de contrôle sur la réalité et la conformité des prestations attestées dans le cadre de l'assurance soins de santé qu'il conserve, il est également chargé de les évaluer sous l'angle d'une éventuelle surconsommation et de diffuser des informations préventive en vue de prévenir ce type d'abus. Les instances juridictionnelles du service ont été uniformisées et simplifiées et l'arsenal des sanctions dont il dispose a été renouvelé.

C'est ce même service qui assermente les médecins-conseils des différents organismes assureurs et qui rédige les directives qu'ils sont priés de suivre dans le cadre de leur travail. La fonction du médecin-conseil est

extrêmement variée et englobe une série de tâches allant du contrôle de l'incapacité de travail à l'accompagnement médico-social en passant par le suivi de la réglementation en matière de soins de santé ou il possède, selon les cas, des compétences d'avis ou de décision. Concernant la dentisterie, ses missions sont peu nombreuses hors problèmes

typiquement médicaux tels que les dérogations aux critères d'âge en matière de remboursement de prothèse ou d'accord pour remboursement de soins sous narcose.

Depuis plusieurs années, la tendance générale a été de remplacer son intervention systématique à faible valeur ajoutée par une possibilité de contrôle ciblé en cas de nécessité : c'est ce qui explique que la radiographie de contrôle après traitement endodontique ne doit plus être jointe systématiquement à l'attestation de soins donnés mais reste dans le dossier du dentiste à la disposition du médecin-conseil pour un éventuel contrôle.

En matière de nomenclature, une attention particulière est réservée à la «lisibilité» : des libellés clairs et le plus précis possible élaborés avec les représentants de la Profession visent à éviter toute interprétation de leur contenu. On note également une tendance à la diminution de toute transmission de documents qui ne sont pas absolument indispensables. Ceci est particulièrement visible dans le secteur de l'orthodontie avec l'apparition de numéros de nomenclature qui signalent «automatiquement» une interruption de traitement sans qu'il soit nécessaire de transmettre un quelconque formulaire au médecin-conseil.

Il m'empêche que la connaissance de quelques règles de base permet d'éviter bien des désagréments et, pour des cas très spécifiques, à côté du support offert par les organisations professionnelles, votre Confrère médecin-conseil de mutuelle est un partenaire de terrain tout indiqué pour obtenir les informations qu'il vous faut !

La connaissance de quelques règles de base permet d'éviter bien des désagréments

Parallèlement à une bonne connaissance de la nomenclature, il est important de comprendre également **les «règles du jeu» en matière de tiers payant.** Créé en vue d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé, le tiers payant est obligatoire pour de nombreuses prestations... qui ne relèvent pas de la dentisterie (hospitalisations et prestations médicales délivrées pendant celle-ci)... et est interdit dans de nombreuses situations qui relèvent de l'art dentaire (traitements préventifs, radiologie etc)... mais il faut savoir que beaucoup d'exceptions existent. Un bel exemple de la difficulté d'un emploi correct de cette réglementation concerne le patient «en état de détresse financière». Au départ d'une mesure à caractère social, certains dérapages ont été constatés puisque l'an dernier près de la moitié des dentistes qui ont vu leur dossier transmis par la Commission des Profils au Service du Contrôle Médical pratiquaient le tiers-payant de manière plus ou moins exclusive et qu'une grande majorité d'entre eux ne percevaient en plus pas de ticket modérateur !

Concernant la Commission des Profils des praticiens de l'art dentaire, généralement mal connue comme étant une instance avec des compétences de sanction, son rôle principal est de mener une action informative et préventive auprès des dentistes en matière d'emploi correct de la nomenclature. Mais elle ne remplirait pas convenablement son rôle si elle tolérait l'impunité de praticiens qui en abusent dans le cadre de leur propre intérêt financiers sans tenir compte des règles en vigueur.

Dans ce cas, elle a pour tâche de responsabiliser ces praticiens à court terme ou, le cas échéant, de les déferer devant les instances compétentes, mesure qui ne s'applique heureusement pas à la grande majorité des dentistes qui mettent en pratique une éthique professionnelle et qui attestent conformément à la réglementation.

Les travaux de la Commission ne sont pas publics, mais ce n'est plus un secret pour personne qu'à la base de son fonctionnement actuel il y a tout un travail préparatoire qui a permis de déterminer des critères de sélection relatifs à des comportements aberrants. En pratique, une fois la sélection effectuée, un questionnaire est envoyé aux intéressés en vue de mieux connaître les éléments concrets de leur pratique et, si nécessaire, les dentistes concernés sont ensuite convoqués pour s'expliquer de vive voix devant leurs pairs (tous les membres de la Commission avec droit de vote sont dentistes). Après délibération, ils sont rapidement informés des décisions prises à leur égard : classement sans suite, suivi rapproché de leurs profils les années qui suivent ou transmission au Service de contrôle médical pour enquête.

Cette exploitation des données disponibles est légitime à plus d'un titre : outre la possibilité d'exercer un contrôle plus ciblé et donc plus efficace, elle a pour but de favoriser une auto-évaluation en mettant à la disposition des dentistes les données statistiques les concernant. Un feed-back est ainsi possible et il n'est pas interdit de penser qu'elles pourraient utilement servir de matière première dans le cadre d'un peer-review, par exemple.

Les Ministres de la Santé Publique et des Affaires Sociales sont d'ailleurs bien conscients des avantages d'une telle approche puisque la Loi-Programme de décembre 2002 a permis la création d'un **Centre fédéral d'expertise des soins de santé** chargé de la collecte et la fourniture d'éléments objectifs issus du traitement de données enregistrées et de données validées, d'analyses d'économie de la santé et de toutes autres sources d'informations, en vue de soutenir de manière qualitative la réalisation des meilleurs soins de santé et de permettre une allocation et une utilisation aussi efficace et transparente que possible des moyens disponibles de l'assurance soins de santé par les organes compétents. Dans le cadre de ses travaux, le Centre d'expertise doit également tenir compte de l'accessibilité des soins pour le patient et des objectifs de la santé publique et de l'assurance soins de santé.

Les profils ont donc de beaux jours devant eux... sous une forme ou sous une autre !

3. Les défis du futur : contenir les dépenses, garantir la qualité et favoriser l'accès aux soins

La presse quotidienne fait régulièrement référence à l'augmentation constante des dépenses de santé des Belges et de la part croissante du budget de la Sécurité Sociale dans celui de l'État.

Les causes en sont connues : émergence de nouvelles maladies, augmentation de la durée moyenne de vie et complexité croissante des pathologies ●●●

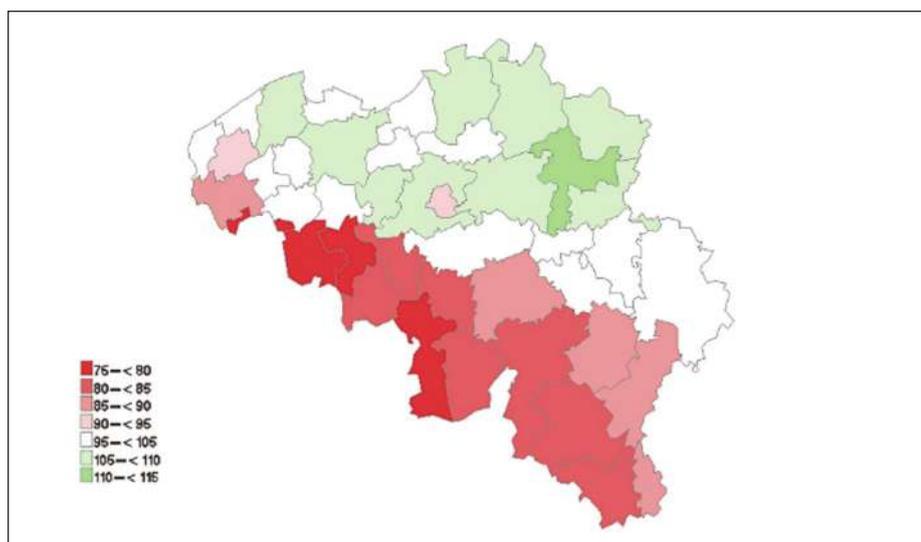


Fig.2. Répartition géographique de la population des affiliés ANMC pour lesquels au moins une prestation a été attestée par un dentiste au cours de l'année 2001 (standardisé pour l'âge et le sexe)

●●● traitées, nouveaux moyens diagnostiques et thérapeutiques plus efficaces mais plus coûteux, meilleure prise en charge des handicaps et comportement différent des malades, de moins en moins « patients » et de plus en plus « consommateurs de santé ». Victimes d'une société anxieuse, leurs attentes ne cessent de croître et leurs exigences de s'affirmer : libre choix du praticien, accès direct aux spécialistes, consultations plus fréquentes, consommation accrue de médicaments et d'exams de toutes sortes... Pourquoi pas puisque « c'est quand même pris en charge par la mutuelle »...

Face à cette inflation, il est logique que les gestionnaires du système prennent des mesures tant en matière de démographie médicale et des personnels de santé qu'en ce qui concerne la recherche de moyens de lutte appropriés contre les comportements inflationnistes. C'est dans ce même esprit que des voix s'élèvent pour que la prise en charge thérapeutique prenne en compte des indicateurs de risques et d'efficacité et que la création des nouveaux actes nomenclaturés ne puissent se concevoir sans une approche tenant compte et de la qualité des soins prodigués et de leur charge économique.

Mais qu'en est-il en matière de dentisterie ?

En dehors d'une démographie professionnelle très spécifique (féminisation, pyramide d'âge, temps partiels, etc...) qui sort du cadre de ce propos, et contrairement aux autres spécialités du secteur, la médecine dentaire Belge se caractérise par une consommation de soins minimale par habitant (moyenne de remboursement inférieure à 45,- EUR par an), très variable par région (voir fig.2) et qui ne représente qu'un faible pourcentage de la part des dépenses globales en soins de santé comparé à celles enregistrées dans les pays voisins (Allemagne : 9 %, France : 5 %, Belgique : 3 %).

La couverture minimale des soins remboursés n'explique pas tout, et il est certain qu'un nombre important des Belges ne voient pas régulièrement un dentiste alors qu'une approche préventive et un suivi régulier sont les bases

essentielles d'une bonne santé bucco-dentaire.

Plus inquiétant encore, depuis plusieurs années, les chiffres de consommation transmis à la Commission Nationale Dento-Mutualiste par le Service des soins de santé de l'INAMI valent à la profession dentaire le titre de « bon élève » de la classe en matière d'évolution des dépenses. Des mécanismes assez complexes ont même dû être créés pour éviter que l'enveloppe budgétaire consacrée au secteur ne se réduise au fil des ans par transfert des dépenses non effectuées vers d'autres secteurs chroniquement « dans le rouge ».

Les défis du futur consisteront d'une part à assurer l'accès aux soins à l'entière de la population (voir fig.3) et d'autre part

à convaincre les payeurs du système de la nécessité d'investir davantage dans le secteur, non seulement en augmentant la valeur de remboursement de certains actes et en développant la nomenclature telle qu'elle existe actuellement, mais

aussi en faisant prendre conscience à la population dès le plus jeune âge de l'intérêt d'une bonne santé bucco-dentaire et des règles à suivre pour garder une dentition en bon état !

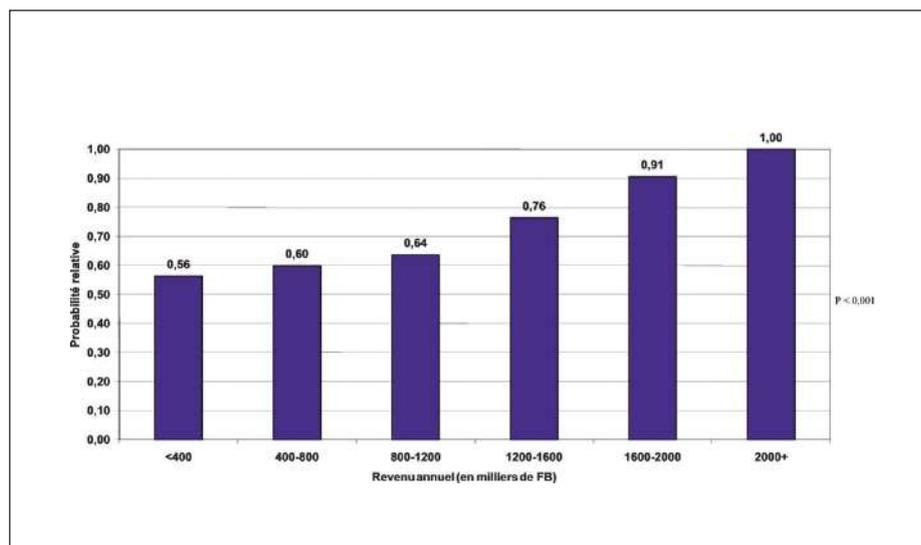
Ceci ne pourra se réaliser sans une nette définition du rôle de chacun des acteurs de la pièce, le « qui-doit-faire-quoi » : du patient à responsabiliser aux organismes de tutelle chargés de gérer le secteur, en passant par les prestataires de soins, qu'il convient d'écouter et de faire intervenir activement

dans la réalisation de soins de qualité à un prix abordable.

L'avenir nous dira si les décisions qu'il convient de prendre et les choix qu'il y a lieu de faire pour maintenir en l'état un système de couverture des soins de santé reconnu pour

être un des meilleurs au monde ont été judicieux... La dernière partie de la matinée du **24 mai 2003 à Nivelles** est d'ailleurs spécifiquement consacrée aux échanges d'idées... au plaisir de vous y rencontrer donc !

Fig.3. Probabilité relative d'avoir au moins un contact par an avec un dentiste, compte tenu des revenus du ménage, pour les enfants âgés de 4 à 18 ans (ajusté pour l'âge, le sexe, la nationalité et la composition familiale, données ANMC 1999-2000)



La médecine dentaire belge se caractérise par une consommation de soins minimale par habitant

Attention

La formation continue

Le sujet tabou est sorti de sa boîte de Pandore... et cela nous concerne tous de manière **URGENTE** : la formation continue est devenue une obligation légale pour chaque praticien. Indirectement certes, mais aussi très concrètement, car à défaut de nous soumettre à des règles précises en la matière, c'est ni plus ni moins que le remboursement de nos prestations qui est désormais en jeu !

Certains dénonceront un coin historique dans l'exercice libéral de la profession dentaire. D'autres y verront une avancée majeure pour la qualité des soins.

Quoi qu'il en soit, au vu des conséquences graves, nous avons tous grandement intérêt à nous atteler à la tâche.

Explications.

> Thierry Vannuffel, LSD

Tout a commencé il y a plusieurs années, avec l'imbroglio juridique lié au contingentement, ou «numerus clausus».

Il s'agissait de lier l'existence de quotas de nouveaux praticiens admis à exercer l'Art dentaire sur le marché belge, la création d'une «sixième année» d'étude pour les dentistes généralistes, la concrétisation de la spécialité en orthodontie — coulée en Arrêté depuis 1991 déjà —, l'émergence d'éventuelles autres spécialités — la parodontologie a été retenue —, la législation belge pré-existante, les Directives européennes sectorielles, et les avis du Comité consultatif pour la formation des praticiens de l'Art dentaire (ce dernier étant aboli en cours de période).

Par la suite, les accords de Bologne relatifs à la convergence des systèmes d'études supérieures dans les différents pays de l'Union Européenne sont encore venus compliquer la donne.

CAD

C'est le Conseil de l'Art Dentaire (CAD), instauré auprès du Ministre de la Santé Publique, compétent au niveau fédéral, qui fut chargé de remettre un avis détaillé et destiné à démêler l'écheveau. On doit à la vérité de dire

qu'un embrouillamini supplémentaire en est sorti. Et ce n'est guère étonnant, le CAD étant formé de composantes aux intérêts extrêmement divergeants : les associations professionnelles, syndicales et/ou scientifiques, d'une part, et les écoles dentaires, d'autre part, chaque tendance étant encore divisée selon le canevas communautaire, et le tout étant présidé par un fonctionnaire juriste peu au fait de la réalité dentaire de terrain.

À cette foire d'empoigne se sont ajoutés plusieurs groupes de pression qui, évincés du CAD, ont emprunté sans vergogne la voie politique pour imposer leur lobbying.

Il n'en fallut pas plus, pour que la Ministre de tutelle légifère finalement en ne s'appuyant que d'assez loin sur l'avis majoritaire rendu par le CAD et assorti de divers avis minoritaires. C'est d'ailleurs dans le sens d'une simplification drastique que la nouvelle législation fut promulguée.

Nouveau statut

Sans entrer dans des détails fastidieux, il est impératif pour chacun de bien saisir le nouveau statut du praticien de l'Art dentaire belge. Car c'est bien de



Obligation morale depuis toujours, la formation continue est dès à présent devenue une condition légale pour les 8.300 dentistes belges, s'ils veulent conserver intact le remboursement de leurs prestations

a pris force de Loi !

cela qu'il s'agit : même le sacro-saint Arrêté royal n°78 a été modifié par une loi du 10/08/2001 pour s'adapter à la nouvelle situation, en ces termes : "Dès que les critères d'obtention des titres professionnels particuliers des praticiens de l'art dentaire [...] entreront en vigueur, l'exercice indépendant et autonome de l'art dentaire sera réservé aux titulaires de ces titres professionnels particuliers [...]"

Ainsi, depuis le 1^{er} juin 2002, ce n'est plus grâce à votre diplôme de Licencié en Science Dentaire que vous pouvez exercer l'Art dentaire en Belgique, mais bien grâce à un «titre professionnel particulier de dentiste généraliste» qui vous a été alloué gracieusement, sans que vous le sachiez, si votre diplôme de LSD a été obtenu avant ce même 1^{er} juin 2002 ! Nous sommes donc tous devenus des dentistes généralistes, même ceux qui, dans les faits, exercent déjà une spécialité ; ceux-là pourront en temps opportun revendiquer un titre de spécialiste — mais ce n'est pas là l'objet de cet article.

Quant à ceux qui ont obtenu leur diplôme de LSD après le 1^{er} juin 2002, ils devront introduire une demande spécifique pour l'obtention d'un titre professionnel particulier (ou «agrément»), et c'est à ce niveau que s'exerceront les règles de la limitation de l'offre, c'est-à-dire le «numerus clausus».

Par ailleurs, une Loi qui devrait être publiée dès le début de la prochaine Législature **liera bientôt le remboursement des prestations à la détention par le prestataire concerné d'un Titre professionnel particulier**. De cette manière, la boucle sera bouclée : seuls ceux qui disposent d'un tel agrément,

soumis au contingentement, pourront exercer pleinement dans le cadre de l'Assurance-maladie. Autant dire que les autres pourront changer de métier ou s'expatrier, si c'est possible.

Agrément ou désagrément ?

Nous l'avons dit : tous les dentistes en exercice au 1^{er} juin 2002 ont reçu l'agrément automatiquement, et il y a fort à parier que ceux qui ont été diplômés par la suite obtiendront également cet agrément sans difficulté, puisque le contingentement a été assuré par les Communautés durant leur cursus universitaire.

Tout se corse lorsque l'on sait que l'agrément, contrairement au diplôme, n'est pas attribué à vie... C'est ce que l'on appelle parfois le principe de «recertification» : selon celui-ci, le praticien doit, à périodes déterminées, faire la preuve qu'il est encore en droit d'exercer. En l'occurrence, le praticien de l'art dentaire doit «se conformer aux conditions auxquelles est subordonné l'exercice de la profession, et se recycler régulièrement»,

et les Arrêtés ministériels qui fixent les critères d'agrément des dentistes généralistes et les critères généraux d'agrément des dentistes spécialistes donnent compétence aux Commissions d'agrément respectives pour déterminer les modalités de ce recyclage.

Exigences

Nous y voilà : les critères du maintien de l'agrément des dentistes généralistes — soit très prochainement le maintien intégral du remboursement des prestations de ces praticiens — sont ●●

Quel rapport avec l'accréditation ?

Aucun... en principe.

D'un côté, l'accréditation est un système d'honoraires forfaitaires mis en place au sein de l'INAMI par la Commission nationale dento-mutualiste, et qui a pour but de promouvoir la qualité en attribuant une prime au praticien qui se soumet à des exigences annuelles et quinquennales en matière de formation continue.

De l'autre côté, le maintien de l'agrément est un principe fédéral qui permet au praticien qui se soumet à des obligations annuelles et hexannuelles en matière de formation continue de poursuivre ses activités professionnelles dans le cadre de l'Assurance-maladie.

Toutefois, les conditions actuelles de maintien de l'agrément font une **référence explicite à l'accréditation**, en stipulant que le statut d'accrédité peut entrer en ligne de compte comme preuve de la formation continue. En effet, les exigences minimales de l'accréditation sont supérieures à celles du maintien de l'agrément. Il est toutefois possible de maintenir son agrément en dehors de toute participation à l'accréditation, du moins à ce jour.

L'agrément, contrairement au diplôme, n'est pas attribué à vie...

Votre diplôme de LSD a été obtenu...	Vous devez suivre...	Vous devez rentrer votre dossier de formation continue...	Sanction en cas de non respect des conditions
APRES le 1/6/2002	60 heures durant un cycle de 6 ans prenant cours le 1/7 de l'année suivant l'obtention du diplôme dont minimum 6 heures par an (dès 2003)	Pour le 30 juin de la sixième année suivant l'obtention du diplôme	Perte de votre agrément en qualité de dentiste généraliste (et perte du remboursement de vos prestations)
AVANT le 1/6/2002	55 heures durant un cycle de 6 ans prenant cours le 1/7 de l'année 2000 ou 2001 ou 2002 (au choix) dont minimum 6 heures par an (dès la première année choisie et en tout cas en 2003)	Pour le 30 juin 2006 ou 2007 ou 2008 (selon l'année choisie comme début de cycle)	

Tableau 1. Résumé de vos obligations en matière de formation continue pour le maintien de votre agrément de dentiste généraliste (et du remboursement de vos prestations)

●●● désormais connus. Il faut distinguer le principe général, et certaines dispositions transitoires. L'ensemble est résumé dans le tableau 1 ci-dessus.

1. Principe général

Les praticiens de l'Art dentaire, titulaires du titre professionnel particulier de dentiste généraliste doivent, pour conserver leur agrément, apporter la preuve qu'ils ont suivi une formation continue. Un cycle de formation continue comporte 60 heures, en général suivies en 6 ans. Cela correspond à une moyenne de 10 heures par an. Durant ce cycle de 6 ans, les dentistes généralistes peuvent répartir les 60 heures à leur convenance, à condition, néanmoins, d'effectuer un minimum de 6 heures par an.

2. Dispositions transitoires

Pour les dentistes diplômés avant le 1^{er} juin 2002, le premier cycle de formation est de 55 heures, et ceux qui le désirent peuvent déterminer leur cycle de manière à ce qu'il se termine avant le 1^{er} juillet 2006 ou avant le 1^{er} juillet 2007 ou au plus tard avant le 1^{er} juillet 2008. Le cycle suivant de 6 ans démarre le 1^{er} juillet qui suit la date de l'introduction du dossier de formation continue.

Dans la pratique...

Contrairement au règlement de l'accréditation, aucune modalité n'est prévue

pour la pondération des différentes formations. Cela signifie qu'il n'existe pas de sous-domaines, pas de numéros d'agrément des organisateurs ni des organisations.

Toutefois, les activités de formation ne peuvent pas avoir un caractère commercial, ce qui signifie que les cours dispensés par des firmes ou des laboratoires ne peuvent pas être pris en considération.

A la fin de chaque cycle de 6 ans, donc au plus tôt le 30 juin 2006, chaque praticien titulaire du titre professionnel particulier de dentiste généraliste devra rentrer un dossier de formation continue auprès de la Commission d'évaluation compétente. Le modèle et la forme de ce dossier ne sont pas encore déterminés. Dans cette attente, il convient de conserver soigneusement toute preuve de participation à des activités de formation continue, en ce compris la durée effective des séances ! Pour les praticiens participant à l'accréditation, le statut d'accrédité devrait suffire à remplir le dossier en temps utile.

Pour être complets, signalons encore que divers points restent à éclaircir. Il s'agit notamment de la situation des

candidats spécialistes qui sont actuellement titulaires du titre de dentiste généraliste, peut-être provisoirement, peut-être pas : doivent-ils dès à présent se conformer aux règles relatives aux généralistes ? Il s'agit aussi des praticiens qui souhaiteraient exercer dans le cadre des droits acquis : auraient-ils accès à toute la Nomenclature, ou se verraient-ils refuser toute modification voire l'ensemble des prestations ?

En tout cas, il semble impératif pour chacun de respecter, dès cette année, ces nouvelles normes de formation (qui ne sont pas si drastiques), pour éviter tout risque en fin de cycle, dans six ans. Mais rassurez-vous : les activités du COD correspondent parfaitement aux exigences de formation continue dans le cadre du maintien de l'agrément de dentiste généraliste et du remboursement de vos prestations.

Vous pouvez compter sur nous pour que vos droits en la matière ne soient jamais menacés : **il vous suffit en effet de participer à deux journées (ou quatre demi-journées) par an pour être en ordre.** Et rappelez-vous : le COD fait tout — qualité et juste prix en tête — pour que la formation continue ne soit jamais une contrainte. ■

Il semble impératif de respecter, dès cette année, ces nouvelles normes de formation

Soins de santé, dentisterie & numerus clausus :

Les partis

Dans le cadre des élections législatives du 18 mai prochain, le JOD a interrogé les quatre principaux partis démocratiques francophones sur leurs projets politiques en matière de soins de santé en général, de dentisterie en particulier, et concernant le principe du contingentement et son application sur le terrain par la Communauté française.

Afin de garantir la concision et la pertinence pour le lecteur, les règles du jeu fixées par le JOD étaient strictes : répondre en 7.500 caractères maximum à trois questions spécifiques et d'actualité, que vous pouvez découvrir dans l'encadré jaune ci-contre !

Vous trouverez dans ces pages les réponses fournies par les Présidents respectifs des partis ECOLO, MR, PS et cdH. Nous les reproduisons dans l'ordre chronologique de réception.

La rédaction du JOD espère que ces informations vous seront utiles pour vous forger un avis d'électeur... et pour juger ensuite des actes de ceux qui constitueront l'aile francophone du prochain Gouvernement fédéral.

Levons le voile.



Philippe Defeyt répond :

1. Au vu des besoins croissants en soins de santé, ECOLO réaffirme l'impérative nécessité de maintenir le principe de la solidarité fédérale pour l'assurance-maladie, mais demande aussi de donner la priorité des moyens à la prévention et aux soins de première ligne et de renforcer la forfaitarisation du financement des soins, surtout en ce qui concerne les hôpitaux.

Notre volonté de maintenir un système solidaire performant de protection sociale et de lui permettre de répondre à l'évolution des besoins, nous conduit à réclamer un réinvestissement global et structurel dans la sécurité sociale. Un tel objectif doit être poursuivi se-

lon trois axes d'action politique :

- augmenter la croissance économique et son contenu en emplois de qualité ;
- continuer le désendettement de l'Etat et rééquilibrer la fiscalité en faveur des revenus du travail par un élargissement de l'assiette aux revenus du capital et des gros patrimoines ;
- développer le financement alternatif de la sécurité sociale.

Malgré les moyens supplémentaires dont il a bénéficié au cours de la législature 1999-2003, le budget des soins de santé reste insuffisant. Il faut viser une croissance d'au moins 4% (hors index) pour faire face aux nouveaux besoins, dont ceux qui découlent de l'augmentation de l'espérance de vie.

En termes de maîtrise des dépenses, nous proposons plusieurs pistes :

- Améliorer l'information objective aux prestataires et aux patients pour viser une utilisation plus optimale des ressources disponibles. Ceci implique,

notamment, « l'opérationnalisation » du Centre national de promotion de la qualité.

- Renforcer la forfaitarisation de certains types de soins et contenir ainsi

“ Le paiement des prestataires conventionnés devrait être amélioré ”

Les questions du JOD aux Présidents de partis

1. Quelle est la politique de votre parti en matière de soins de santé pour la période 2003-2007 ? Comment voyez-vous l'évolution du budget, la manière pratique de maîtriser les dépenses, et le maintien de l'accessibilité ?
2. Plus spécifiquement en matière de soins dentaires, quelles mesures votre parti propose-t-il de prendre, pour contrer la crise actuelle de sous-consommation ? Quels gestes forts poserez-vous ?
3. Que pense votre parti du contingentement des médecins et dentistes ? Envisagez-vous d'augmenter, diminuer ou maintenir le quota fédéral en vigueur ? Comment pensez-vous organiser ce contingentement de manière plus sereine en Communauté française ?

lèvent le voile

certaines dépenses injustifiées

- Stimuler l'utilisation de médicaments génériques, notamment en instituant la prescription de DCI (Dénomination Commune Internationale)
- Renforcer au maximum l'accessibilité aux soins de première ligne (diminution des tickets modérateurs, amélioration des systèmes de gardes, etc...) pour éviter le recours injustifié à l'hôpital.

Assurer l'égalité d'accès (sur les plans financier, social, culturel, géographique) aux soins de santé est l'un des objectifs essentiels de la politique de santé défendue par ECOLO.

En l'espèce, nous voulons poursuivre la structuration de la première ligne car elle est la mieux à même de considérer le patient dans sa globalité. Dans cette structuration, la place du médecin généraliste est centrale. Le décloisonnement entrepris doit se poursuivre pour faciliter la coopération entre les acteurs en dépassant les concurrences stériles. Les pratiques multidisciplinaires doivent être renforcées, l'articulation entre l'hôpital et le domicile, améliorée. L'accessibilité du système doit être également renforcée : développement des services intégrés de soins à domicile (plateforme pluraliste travaillant sur une zone déterminée), amélioration des services de gardes, numéro de téléphone unique pour la première ligne,

facilités de paiement pour les usagers précarisés, etc.

Dans le cadre de la médecine hospitalière, ECOLO insiste sur les modalités d'accueil (souplesse, humanisme) des enfants malades et de leurs parents en unités pédiatriques, mais aussi sur l'accessibilité des équipements et services de soins à l'ensemble de la population par le truchement de mécanismes de remboursement préférentiel en faveur des personnes fragilisées. ECOLO défend aussi l'idée de la facture unique dans un souci de transparence.

Enfin, ECOLO préconise la mise en œuvre d'une assurance-autonomie, intégrée dans la sécurité sociale fédérale, pour offrir aux personnes en déficit ou en perte d'autonomie – permanente ou momentanée – l'accès à un panel d'aides adaptées et de qualité. Celle-ci s'inscrirait dans le cadre d'un Plan coordonné pour l'autonomie des personnes, impliquant de façon concertée l'Etat fédéral, les Régions et les Communautés.

2. Près de la moitié des citoyens belges ne recourt jamais aux soins dentaires. De nombreuses causes interviennent, parmi lesquelles le fait que l'accessibilité financière laisse à désirer. Une attention accrue à la prévention devrait permettre d'améliorer la situation. L'école joue un rôle important en

matière d'éducation à la santé : ce rôle doit être renforcé, particulièrement pour les jeunes enfants (alimentation, brossage, etc). Le message de l'école doit, par ailleurs, être cohérent : ses pratiques doivent correspondre à ses discours. Le rôle des PSE (Promotion de la Santé à l'Ecole) doit être renforcé en ce qui concerne le dépistage des caries et le suivi des soins. Quoi qu'il en soit, il est clair que, pour que ces mesures soient réellement efficaces, il faut augmenter l'accessibilité des soins. ECOLO propose :

- que les soins soient gratuits pour les enfants ;
- une extension des remboursements à des actes aujourd'hui non remboursés ;
- l'intégration de cabinets de dentisterie dans des structures de médecine générale ;
- la suppression de l'obligation de se présenter annuellement chez son dentiste pour pouvoir prétendre à certains remboursements.

Il convient d'élargir le remboursement progressivement à l'ensemble des soins dentaires (extraction, détartrage curatif,...). La nomenclature en matière de remboursement des dentiers doit donc être révisée et élargie à tous les âges. L'obturation des caries dentaires se fait actuellement le plus souvent ●●

●●● par un amalgame de mercure, très sensible au galvanisme. La mise en évidence d'un galvanisme doit ouvrir droit au remboursement de la dépose des amalgames en cause et de leur remplacement par des plombages alternatifs. L'augmentation de la charge financière que cela représente pour l'INAMI devrait être partiellement compensée par l'effet des mesures préventives et par des financements complémentaires. Pour les mêmes raisons, ECOLO veut favoriser le conventionnement :

- le patient devrait être clairement prévenu des prix par une information correcte affichée dans la salle d'attente ;
- le paiement des prestataires conventionnés devrait être amélioré et le remboursement des prestataires non conventionnés diminué.

ECOLO souhaite également expérimenter des systèmes de financement forfaitaire pour la dentisterie, ainsi que l'intégration de cabinets dentaires aux structures de soins de première ligne pour faciliter l'accès aux soins.

3. Le système de contingentement actuel est relativement aveugle. Il n'empêchera pas que, à côté de pléthores réelles, se développe une pénurie dans certaines spécialités et dans certaines localités. Pour ECOLO, l'offre de soins doit permettre de répondre au plus près aux besoins réels de la population, tout en évitant une suroffre risquant d'induire une surconsommation nuisible autant pour la santé publique que pour la sécurité sociale. Nous proposons donc :

- de mieux identifier les besoins, notamment par une collecte de données plus performante ;
- de maintenir à jour un cadastre précis de l'offre de soins ;
- d'établir un système de programmation des cabinets médicaux et dentaires pour assurer une répartition équitable ;
- de mettre en place une Ecole de la santé regroupant l'ensemble des professions de santé, avec un tronc commun de formation, une orientation progressive et l'instauration de modules capitalisables pour faciliter au maximum les réorientations et éviter ainsi les impasses pour les diplômés ne trouvant pas de travail.



Daniel Ducarme répond :

1. Lors de la prochaine législature, notre priorité sera d'assurer un système de soins de santé de qualité et accessible pour tous.

Nous sommes en effet conscients du profond malaise vécu par l'ensemble des prestataires de soins de santé au cours de la législature qui se termine. Jamais les prestataires de soins, en particulier les médecins généralistes, les infirmières, les kinésithérapeutes, les pharmaciens ou les dentistes n'ont traversé une crise aussi importante.

Pourtant, le budget consacré au secteur des soins de santé n'a jamais été aussi important : il a en effet connu, sous cette législature, une croissance de près de 30 %.

Nous vivons donc aujourd'hui un étrange paradoxe en matière de soins de santé : l'Etat consacre des efforts de plus en plus importants, sur le plan budgétaire, pour une satisfaction très médiocre des différents acteurs du système de soins de santé, qu'il s'agisse des prestataires de soins ou des patients.

Aussi, d'une part, nous nous interrogeons sur la bonne utilisation des moyens disponibles et l'affectation optimale et objective des ressources en fonction des besoins des patients et des prestataires. Outre le fait d'orienter prioritairement les moyens de l'Assurance-Maladie vers les besoins des patients et vers les prestataires qui assurent la satisfaction de ces besoins, nous voulons établir une nouvelle gouvernance de l'Assurance-Maladie axée sur la responsabilité partagée entre les pouvoirs publics, les prestataires et institutions de soins, les patients et les organismes assureurs et ce, tout en refusant catégoriquement toute régionalisation

du système des soins de santé. Nous voulons également garantir les conditions de l'exercice d'une médecine de qualité en assurant le financement des soins de santé par une augmentation de la norme de croissance du budget de l'Assurance-Maladie et par l'encouragement du financement d'assurances-complémentaires accessibles et durables.

Dans cette optique d'utiliser le budget des soins de santé de manière la plus efficace et la plus efficiente, nous voulons demander aux institutions de soins et aux prestataires de soins de définir, chacun dans leur domaine, les pratiques les plus judicieuses et les mieux adaptées aux besoins des patients et de procéder à l'évaluation continue par eux-mêmes de leur activité et ce, sur des bases objectives, scientifiquement et déontologiquement indiscutables.

D'autre part, nous voulons garantir à chaque patient le bénéfice d'une offre de soins de proximité et encourager la médecine de proximité qui participe à la qualité de la vie. Il est essentiel de

défendre la relation de confiance entre le patient et son médecin, son kinésithérapeute, son dentiste, son pharmacien, son infirmier/ère, tous choisis librement. Aussi, le MR s'engage à revaloriser et promouvoir

" Entre 1997 et 2002, les soins dentaires ont subi une perte de 50 millions d'euros "

la médecine de proximité par une réorientation des moyens budgétaires vers les besoins des patients et des prestataires plutôt que vers les structures, une revalorisation des actes médicaux de proximité, une reconnaissance de l'utilité sociale du travail accompli et une réduction drastique des charges et contraintes administratives.

Par ailleurs, le MR estime qu'il est indispensable de rétablir le climat de confiance entre les pouvoirs publics et tous les acteurs du système des soins de santé.

Enfin, nous voulons pallier aux problèmes d'accessibilité aux soins de santé pour les plus démunis et notamment pour les enfants malades. Nous souhaitons ainsi mettre en œuvre

une meilleure prise en charge des besoins des familles confrontées à une maladie grave d'un enfant et l'exercice de la solidarité fédérale à l'égard des enfants atteints de pathologies lourdes et de leur famille.

Ainsi, nous nous faisons un devoir d'œuvrer à la qualité et l'accessibilité des soins de santé tant par respect de la profession des prestataires de soins de santé que par le fait que ces derniers sont les garants de la santé de l'ensemble des citoyens de notre pays.

2. Le secteur des soins dentaires représente une part très faible dans le budget de l'Assurance-maladie. En 1999, cette part représentait 3,3% et en 2002, selon l'estimation technique de l'INAMI, elle ne représentait plus que 3,1%. Entre 1997 et 2002, les soins dentaires ont donc subi une perte de 0,3%, ce qui représente environ 50 millions d'euros de prestations.

Nous sommes conscients que les soins dentaires constituent une branche de l'Assurance-Maladie relativement négligée alors que leur impact sur la santé publique est certain, le budget qui leur est accordé se révèle habituellement en équilibre et l'accès aux dits soins est réduit voire impossible pour une partie de la population.

Au-delà de la question du budget spécifique des soins dentaires et de leur remboursement par l'Assurance-

maladie, nous proposons les mesures suivantes :

- de garantir une médecine dentaire abordable pour tous
- de promouvoir via un remboursement amélioré les soins préventifs, ceci concernant la valeur des prestations remboursées comme leurs critères d'accessibilité. Notons au passage le récent acquis issu de la convention dento-mutualiste de décembre 2002 qui prévoit, à partir du 1^{er} janvier 2003, que chaque adulte âgé entre 18 et 50 ans aura droit chaque année, à un examen buccal préventif pour un coût de 3,09 euros ;
- d'adapter la nomenclature des actes dentaires dans la perspective d'améliorer la qualité des soins et l'accès aux soins ;
- de développer un financement des techniques nouvelles telles que notamment l'implantologie ;
- de garantir une représentativité élective des dentistes au sein des instances de l'INAMI ;
- de revoir en concertation avec le corps médico-dentaire la problématique du fluor, supprimé récemment de la liste des nutriments commercialisables, et de diffuser une information rigoureuse et objective à l'égard de la population sur la consommation de fluor.

3. Nous sommes convaincus de l'existence d'une hémorragie du

personnel médical en raison des conditions de travail qui rendent l'exercice de la profession de plus en plus difficile. Aussi, nous n'entendons pas rompre définitivement avec le contingentement des étudiants en médecine et dentisterie mais profiter de la suppression du filtre en trois ans (*ndlr : trois ans pour les médecins, deux ans pour les dentistes*) pour réformer fondamentalement le système dans le sens d'une sélection réelle mais plus humaine.

Nous avons à ce titre apporté des amendements qui changent fondamentalement la portée du projet de décret portant sur le numerus clausus. Le nouvel article 8 introduit une disposition de suivi par la Communauté de l'application du décret en se fondant sur l'examen d'un rapport reprenant l'ensemble des éléments utiles aux décisions à prendre. L'objectif est de mesurer concrètement les conséquences de tout dispositif de régulation pour les étudiants en fin de cursus académique et de couper aux risques encourus par la sélection au terme des sept années d'étude (*ndlr : sept années pour les médecins, cinq années pour les dentistes*). De plus, l'examen des statistiques d'inscription permet d'appréhender la problématique des étudiants étrangers et particulièrement d'autres pays de l'union européenne. Nous avons également voulu l'intégration, dans le rapport, des résultats issus des travaux de la Commission de planification de l'offre médicale. L'élargissement des quotas décidés par cette Commission de planification en décembre 2001 pour les années 2004 à 2011 n'exempte pas les communautés de la responsabilité d'appliquer ces quotas pour les études en médecine et dentisterie.

Dans le cas où le décret de numerus clausus est suspendu, et nous souhaitons qu'il le soit, nos ministres proposerons au gouvernement de prendre en considération notre proposition d'un examen d'entrée ou en fin de 1^{ère} candidature, comme formulé dans la proposition de décret que nous avons déposée en juillet 2002 au Parlement. Cette proposition constitue un filtre sérieux et humainement acceptable. Cela fera partie des négociations gouvernementales.



Adapter le budget pour améliorer l'accessibilité aux soins et amortir l'effet du vieillissement de la population, c'est le défi commun que les partis francophones veulent relever dans le cadre d'une solidarité fédérale

Elio Di Rupo répond :

1. Une protection sociale réelle de la population présente un coût incompressible qu'il convient de financer inconditionnellement. C'est pourquoi le PS propose, au cours de la prochaine législature, de porter progressivement le budget de l'assurance obligatoire soins de santé de 15 à 20 milliards d'euros.

Pour la couverture assurancielle des risques de santé, seule une logique non marchande permettra à chacun, sans exclusion ni discrimination aucune, d'avoir un accès suffisant et de qualité à tous les soins qui lui sont nécessaires. L'assurance obligatoire soins de santé actuelle atteint encore très largement cet objectif d'accès universel. Le PS veut son maintien et son renforcement, en parfaite coordination avec tous les acteurs du système de santé.

Le PS propose de définir une politique globale de santé, coordonnée entre les différents niveaux de pouvoir, du communal au fédéral, reposant sur douze grands axes :

1. assurer la liberté responsable pour le patient de choisir son prestataire ou son institution de soins, et pour les prestataires de recourir à tout moyen diagnostique ou thérapeutique qu'ils estiment nécessaire ;
2. impliquer tous les acteurs de la santé (pouvoirs publics, mutualités, prestataires et institutions de soins) dans la définition et la gestion de la politique de soins ;
3. contribuer à la prévention des maladies ;
4. renforcer l'égalité d'accès aux soins de santé ;
5. développer une prise en charge spécifique des personnes gravement malades, enfants comme adultes ;
6. mettre en adéquation ressources et besoins du système de santé ;
7. promouvoir la qualité dans la dispensation des soins ;
8. veiller à la dispensation des soins au patient à l'endroit le plus pertinent, au départ de la première ligne de soins ;
9. responsabiliser les acteurs du système de santé ;
10. garantir un financement suffisant des missions de service public des hôpitaux ;
11. alléger les contraintes administratives du système de soins de santé ;
12. indemniser correctement et rapidement les patients victimes de dommages anormaux liés aux prestations de soins.

Pour être pleinement efficace, une politique de santé doit se fixer des objectifs clairs et vérifiables à moyen terme (cinq ans), et définir les moyens nécessaires à les atteindre. On ne peut dissocier les aspects préventifs et curatifs d'une politique de santé. Périodiquement, cette politique doit être évaluée et faire l'objet des ajustements nécessaires.

La défédéralisation de la politique des soins de santé s'inscrit dans la logique du mouvement autonomiste flamand visant à la disparition de l'Etat belge. Le PS oppose une fin de non recevoir à cette rupture de la solidarité interpersonnelle de tous les belges.

Face à la menace européenne de démantèlement, au moins partiel, de la solidarité dans la couverture des risques de santé, le PS envisage deux ripostes politiques :

- profiter de la Convention européenne en cours pour déplacer la frontière entre activités économiques et activités non économiques, permettant d'éviter l'application des règles de la concurrence à certaines activités à caractère social d'organismes non lucratifs ;
- permettre de définir les assurances complémentaires offertes par les mutualités comme un Service européen d'Intérêt Economique Général (SIEG).

Devant les négociations de l'AGCS, le PS refuse fermement tout processus de libéralisation du secteur de la santé.



Les partis francophones ne sont pas unanimes sur la manière de rémunérer le prestataire : du paiement à l'acte à la capitation en passant par un statut au sein d'institutions publiques, toutes les théories sont présentes

2. Six grands axes au projet politique du PS en faveur des soins dentaires :

1. Comblent les insuffisances de la nomenclature INAMI :

- compléter la nomenclature de façon à ce que tous les soins dentaires nécessaires au patient soient remboursables, avec une quote-part personnelle modérée du patient ;
- élargir la consultation annuelle préventive entièrement remboursée à toute la population ;
- évaluer l'adéquation des honoraires actuels avec le coût des techniques modernes et une rémunération correcte du dentiste.

2. Lutter contre la sous-consommation de soins dentaires :

- élargir les possibilités et faciliter administrativement l'accès au tiers-payant ;
- prévoir la possibilité de maisons de soins dentaires sur le modèle des maisons médicales au forfait (à la capitation).

3. Résoudre la pléthore de l'offre de soins dentaires :

- mise sur pied d'un système d'accréditation sur le modèle de celui du corps médical, afin d'améliorer la formation continue et la qualité de la pratique des soins dentaires ;
- veiller à une juste adéquation de l'offre de soins avec les besoins objectifs de la population.

4. Développer la prévention primaire, secondaire et tertiaire des problèmes d'hygiène bucco-dentaire.

5. Plan pluriannuel

de revalorisation des honoraires conventionnés. Au cours de la prochaine législature, en plus de l'indexation, un montant minimum de 100 millions d'euros doit être progressivement investi dans le secteur. D'un autre côté, le taux de TVA applicable aux dispositifs médicaux de la dentisterie doit être réduit à 6%.

6. Subvention destinée à faciliter l'engagement de personnel pour l'assistance des dentistes dans leur pratique, à définir en concertation avec la profession.

De plus, le PS s'engage à être très at-

tentif aux conclusions du rapport Perl-Van Steenberghe. Il en tiendra compte pour l'établissement des priorités dans la mise en œuvre des propositions précitées.

3. Le développement anarchique de l'offre de soins sans liaison avec les besoins de la population détériore la qualité des soins.

Dès lors, si le contingentement des professions médicales et paramédicales est nécessaire, il ne peut se borner à une norme quantitative. Il n'a de sens que si on redéfinit les besoins en professionnels des soins de santé et leurs fonctions.

D'un autre côté, le *numerus clausus* ne peut être un élément de discrimination sociale à l'accès aux études de médecine ou de dentisterie. Il convient d'organiser avant le début de la première candidature une information correcte des candidats étudiants des débouchés réels de la profession, et des restrictions imposées au nombre de médecins et de dentistes autorisés à pratiquer l'art de guérir dans notre pays. Si trop de candidats étudiants se présentent alors à l'inscription aux facultés de médecine et de dentisterie, un processus de sélection doit pouvoir être restauré. C'est d'ailleurs le sens du texte approuvé dernièrement par le Parlement de la Communauté Française.

Propositions du PS :

1. Révision du contingentement au niveau fédéral, sur base des derniers chiffres disponibles et de la politique de santé que nous souhaitons mener.

2. Examen d'entrée pour l'accès aux études de médecine et de dentisterie.

Pour les étudiants qui échouent à cet examen d'entrée, dont ils recevraient par ailleurs une évaluation de leurs forces et faiblesses pour entreprendre de telles études, possibilité d'une année préparatoire. Au terme de celle-ci, le seul examen imposé, c'est celui de représenter l'examen d'entrée aux études de médecine ou de dentisterie. Cette année serait organisée par les Universités et entièrement subventionnée par les pouvoirs publics (gratuité pour les étudiants).



Joëlle Milquet répond :

1. Pour le cdH, la priorité en matière de soins de santé est de garantir à tous des soins de santé accessibles et de qualité ainsi que le prévoit l'article 23, 2° de la Constitution.

Les propositions du cdH pour garantir cette accessibilité sont les suivantes :

1. *Maintenir le secteur des soins de santé dans le cadre de la solidarité fédérale*

Le cdH s'oppose à toute régionalisation ou communautarisation des soins de santé

Le cdH s'oppose fermement et définitivement à toute option politique de régionalisation du système de soins de santé. Nous plaçons au contraire pour un renforcement de la solidarité fédérale, par le biais notamment de la mise en place de l'assurance autonomie comme branche nouvelle de la sécurité sociale.

2. *Affecter au secteur des soins de santé un budget suffisant*

La santé n'a pas de prix mais les soins de santé en ont un. Nous nous retrouverons face à un choix de société auquel les générations précédentes n'ont pas été confrontées : quelle est la part de la richesse nationale que nous voulons collectivement affecter aux soins de santé ?

Les choix politiques en matière de santé doivent respecter des principes fondateurs de notre système de santé, à savoir l'accès pour tous à des soins de qualité, la liberté de choix du médecin par le malade et la liberté diagnostique et thérapeutique du praticien.

Des mesures d'économies linéaires ne permettront plus à elles seules de maintenir un régime d'assurance obligatoire efficace, risquant de porter atteinte à la cohésion sociale et d'entraîner une privatisation demandée « par ceux pour qui la solidarité est un concept dépassé ».

Le cdH plaide pour une norme de croissance réelle du budget des soins de santé de 4,5%.

" Un montant minimum de 100 millions d'euros doit être investi dans le secteur "

●●● 3. Mieux financer et mieux coordonner la prévention

Actuellement la prévention souffre de plusieurs maux : un sous-financement dramatique et une dispersion des compétences entre les différents niveaux de l'Etat. Le cdH plaide pour une meilleure organisation de la prévention à partir d'un seul niveau de pouvoir et une augmentation fondamentale des moyens financiers qui lui sont consacrés.

A titre d'exemple, le cdH plaide pour la création d'un véritable Fonds de lutte contre le tabagisme financé par une augmentation des accises sur le tabac et destiné à financer des actions de prévention notamment vis-à-vis des plus jeunes, mais aussi le remboursement des dommages médicaux liés à la consommation du tabac.

4. Recréer les conditions de la confiance des prestataires de soins par le respect de la concertation. Pour le cdH, il est urgent de redonner aux prestataires de soins la place qui est la leur au sein de notre système de soins de santé et de recréer la confiance indispensable pour pouvoir assurer la gestion. Le cdH pose comme principe fondamental que les procédures et les concertations relatives à l'élaboration des budgets des secteurs soient respectées.

Pour le cdH, il faut aussi assurer la revalorisation financière de l'acte intellectuel à un niveau proche de la moyenne des autres pays de l'union européenne tant pour les médecins généralistes que pour les spécialistes.

2. La sous-consommation de soins dentaires est un symptôme alarmant que notre système de soins de santé devient moins accessible. C'est parce que la couverture du coût des soins de santé n'est pas suffisante que les gens renoncent à aller chez leur dentiste, de la même façon qu'un certain nombre renoncent à acheter les médicaments qui leur sont prescrits.

Le cdH dénonce la logique qui vise à introduire dans le secteur des soins de

santé des prestations dites « de confort » (en matière de kinésithérapie, de logopédie, de soins dentaires, de certains médicaments). Ce faisant, on opte clairement pour faire sortir celles-ci de la sécurité sociale et les faire entrer dans un autre mode de couverture : les assurances privées ou le maximum à facturer. Cette logique risque de mettre à mal la légitimité de notre système de sécurité sociale.

En matière de soins dentaires, le dentiste a évidemment un rôle de prévention important à jouer. Dans le cadre de la revalorisation de la prévention, telle que nous la souhaitons, le cdH propose l'instauration d'accord de coopération entre le Fédéral (INAMI) et les Communautés pour que des collaborations structurelles

puissent s'organiser entre les dentistes et les professionnels de la prévention (Observatoires de la Santé, Ecoles de Santé publique...) pour l'organisation d'actions de prévention intégrant information (financée par les Communautés) et consultations dentaires au cabinet des dentistes (financées par l'INAMI).

3. Le cdH est favorable à une régulation de l'offre médicale, mais le numerus clausus en médecine, tel qu'il est organisé actuellement, en particulier suite au vote du décret de la Ministre Dupuis en Communauté française, est inacceptable, il occasionne trop d'incertitudes, de stress et d'angoisses, pour les jeunes qui ont entamé des études de médecine.

Le cdH plaide pour l'organisation d'une première année d'étude supérieure commune à toutes les professions médicales et paramédicales et pour l'organisation d'un examen à l'issue de cette première année, avec une orientation professionnelle organisée vers les différentes passerelles.

Par ailleurs, il faut revoir l'analyse des besoins en tenant compte de l'évolution de la profession médicale (féminisation, horaire réduit, etc). Enfin, il est indispensable de revoir le mode d'organisation des spécialités.

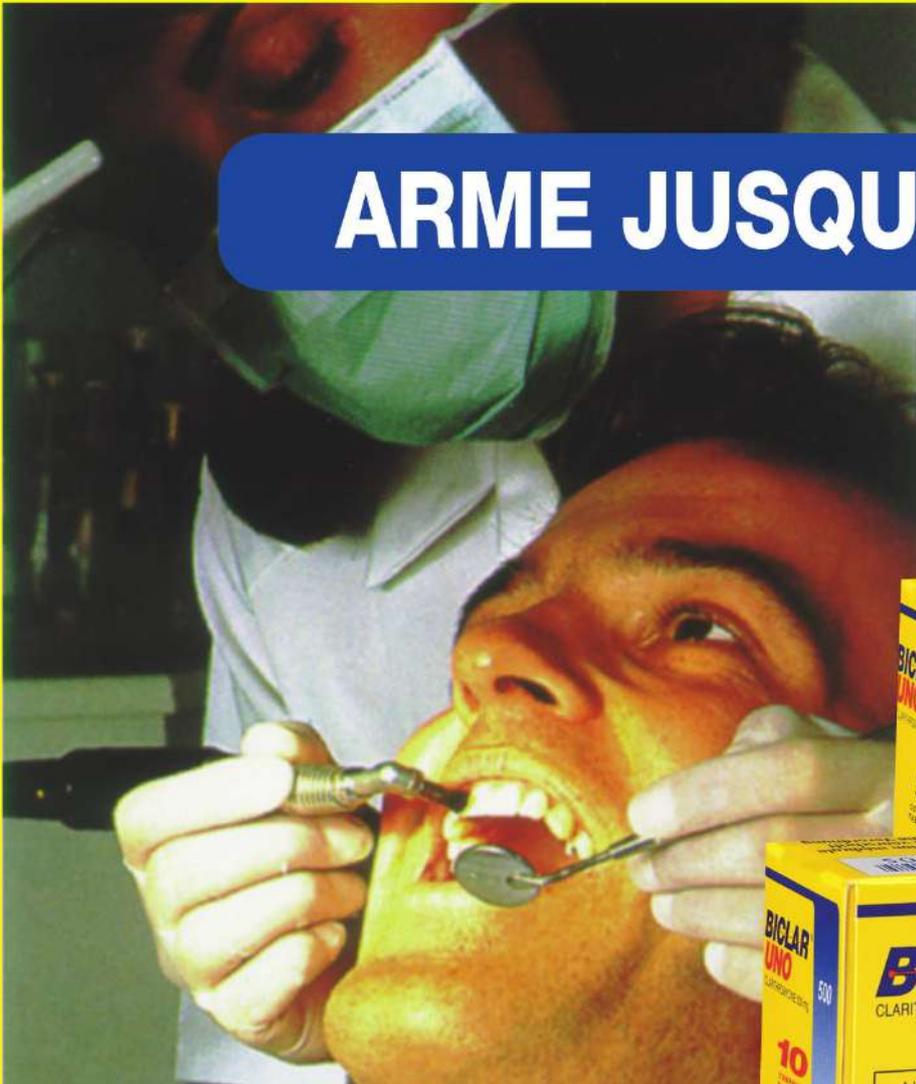
" Il est urgent de redonner aux prestataires de soins la place qui est la leur "

Le JOD tient à remercier les Présidents de partis (Madame Milquet et Messieurs Defeyt, Ducarme et Di Rupo) pour l'excellent accueil qu'ils ont réservé à notre démarche rédactionnelle, ainsi que toutes les personnes au sein de leurs cabinets politiques respectifs, qui ont contribué à la réalisation de ce dossier exclusif.

Il est vrai que le JOD, dont la cible est constituée de plus 3.800 dentistes francophones et germanophones, et de près de 300 decisionmakers du monde dentaire, représente un potentiel électoral de près de 10.000 voix !

BICLAR[®] UNO

ARME JUSQU'AUX DENTS!



1 PRISE/JOUR

DENOMINATION: BICLAR UNO 500 COMPOSITION: BICLAR UNO 500 - Clarithromycinum 500 mg - Ac. citricum - Natrii alginate - Natrii calc. alginate - Lactosum - Polyvinylpyrrolidone - Talcum - Ac. stearic - Magnesium stearate - Methylhydroxypropyl cellulose - Polyethylene glycol - Titanium dioxide - Ac. sorbic - Quinoline Alum. lacca - Pro tablet. compres. una. FORMES PHARMACEUTIQUES: BICLAR UNO 500 - comprimés enrobés à libération modifiée. INDICATIONS: BICLAR UNO 500 est indiqué dans le traitement des infections dues aux germes sensibles à la clarithromycine et notamment dans le: - traitement des infections des voies respiratoires inférieures; bronchite aiguë d'origine bactérienne, surinfection de la bronchite chronique, pneumonie; - traitement des infections des voies respiratoires supérieures; angine, sinusite; - traitement des infections de la peau et des tissus mous. POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI: BICLAR UNO 500 - Adultes et enfants au-dessus de 12 ans. La dose recommandée chez l'adulte est de 1 comprimé de Biclár Uno 500 par jour, de préférence avec les repas. En cas d'infections sévères, la dose peut être portée à 2 comprimés de Biclár Uno 500 par jour, à prendre simultanément et au même moment de la journée. Les comprimés de Biclár Uno 500 doivent être avalés entiers. Les résultats d'une étude clinique sur des patients atteints d'une insuffisance hépatique, démontrent qu'aucun ajustement de la posologie n'est nécessaire chez les patients avec une insuffisance hépatique modérée ou sévère mais avec une fonction rénale normale. Chez les patients avec une insuffisance rénale (clearance de créatinine < 30 ml/min) la posologie sera réduite de moitié, c.a.d. 250 mg une fois par jour, 250 mg 2 fois par jour dans les infections plus sévères. Chez ces patients, le Biclár Uno 500 ne sera pas utilisé et le traitement ne sera pas prolongé de plus de 14 jours. CONTRE-INDICATIONS: - La clarithromycine est contre-indiquée chez les patients hypersensibles aux macrolides; - Association aux alcaloïdes de l'ergot de seigle; - En général les macrolides sont déconseillés en cas d'insuffisance hépatique grave; - Puisque la dose ne peut être réduite en dessous de 500 mg par jour, le Biclár Uno 500 est contre-indiqué chez les patients avec une clearance de la créatinine < 30 ml/min; - La clarithromycine est contre-indiquée chez les patients traités par le cisapride, le pimozone et la terfenadine. Des taux élevés de cisapride, de pimozone et de terfenadine ont été observés chez des patients sous traitement concomitant de clarithromycine et un de ces médicaments. Ceci peut se traduire par une prolongation de l'intervalle QT et des arythmies cardiaques, y compris des fibrillations ventriculaires et des torsades de pointes. Des effets similaires ont été observés lors d'une administration concomitante d'astémizole et d'autres macrolides; - La clarithromycine ne peut être administrée aux patients avec une hypokaliémie (prolongement de l'intervalle QT). EFFETS INDESIRABLES: Les effets indésirables signalés le plus souvent avec la forme injectable sont: inflammation du site d'injection, sensibilité de la peau, phlébite, douleurs au site d'injection. Les effets indésirables le plus souvent rapportés avec les formes orales, sont surtout d'ordre gastro-intestinal: nausées, dyspepsies, douleurs abdominales, vomissements et diarrhées. D'autres effets secondaires rapportés sont: maux de tête, goût modifié et élévation passagère des enzymes du foie. Comme d'autres macrolides, la clarithromycine est susceptible d'entraîner des modifications des fonctions hépatiques se traduisant par une augmentation transitoire des transaminases ASAT-ALAT pouvant aboutir, dans certains cas, à une hépatite cholestatique avec ou sans ictère. Habituellement réversibles ces troubles peuvent dans de très rares cas conduire à une insuffisance hépatique fatale, notamment chez des malades présentant des conditions pathologiques sévères et/ou recevant des médicaments associés. Des réactions allergiques allant de l'urticaire et d'éruptions cutanées, aux réactions anaphylactiques et au syndrome de Stevens-Johnson/nécrolyse épidermique toxique se sont produites après administration orale de la clarithromycine. Il y a eu des rapports de troubles transitoires du système nerveux central y compris tinnement, anxiété, insomnies, vertiges, cauchemars, confusion, désorientation, hallucinations, psychose et dépersonnalisation. La relation de cause à effet n'a pas été établie. Comme pour les autres macrolides, un prolongement de l'intervalle QT, des tachycardies ventriculaires et des torsades de pointes ont exceptionnellement été rapportés. D'autres effets rapportés après la commercialisation de la clarithromycine sont: - des cas de glossite, de stomatite, de moniliasse buccale, de coloration de la langue et des dents avec la clarithromycine orale. La coloration des dents est habituellement réversible après un nettoyage des dents par un professionnel; - Quelques cas de perte de l'ouïe. Ceux-ci sont habituellement réversibles après l'arrêt de la médication; - Des cas de modification du sens de l'équilibre habituellement associés à un goût modifié; - Quelques cas rares d'hypoglycémie, dont certains chez des patients sous médication concomitante d'agents hypoglycémiques oraux ou d'insuline; - Des cas isolés de thrombocytopénie et de leucopénie; - Des cas isolés d'élévation du taux sérique de créatinine. La relation de cause à effet n'a cependant pas été établie (les pourcentages réfèrent au nombre de cas rapportés). Modifications des valeurs biologiques: les modifications ayant une signification clinique potentielle étaient les suivantes (les pourcentages réfèrent au nombre de cas rapportés): - D'un point de vue hépatique: augmentation des valeurs ALT (<1%), AST (<1%), LDH (<1%), Phosphatases alcalines (<1%) et bilirubine (<1%); - D'un point de vue hématologique: diminution des globules blancs (<1%); augmentation du temps de prothrombine (1%); - D'un point de vue rénal: augmentation de l'urée (4%); élévation de la créatinine sérique <1%; GGT. CONDITIONNEMENT: BICLAR UNO 500: boîte de 5 ou de 10 comprimés (pour ce dernier conditionnés par 2 comprimés; à prendre simultanément) en emballage alvéolé. TITULAIRE DE L'ENREGISTREMENT: ABBOTT S.A./N.V. Rue du Bosquet, 2, B-1348-OTTIGNIES-LL.N. MODE DE DELIVRANCE: Sur prescription médicale. DATE DE DERNIERE REVISION DE LA NOTICE:  ABBOTT

Septembre 2001. NUMERO DE REGISTRATION: BICLAR UNO 500 33 915 110 F3

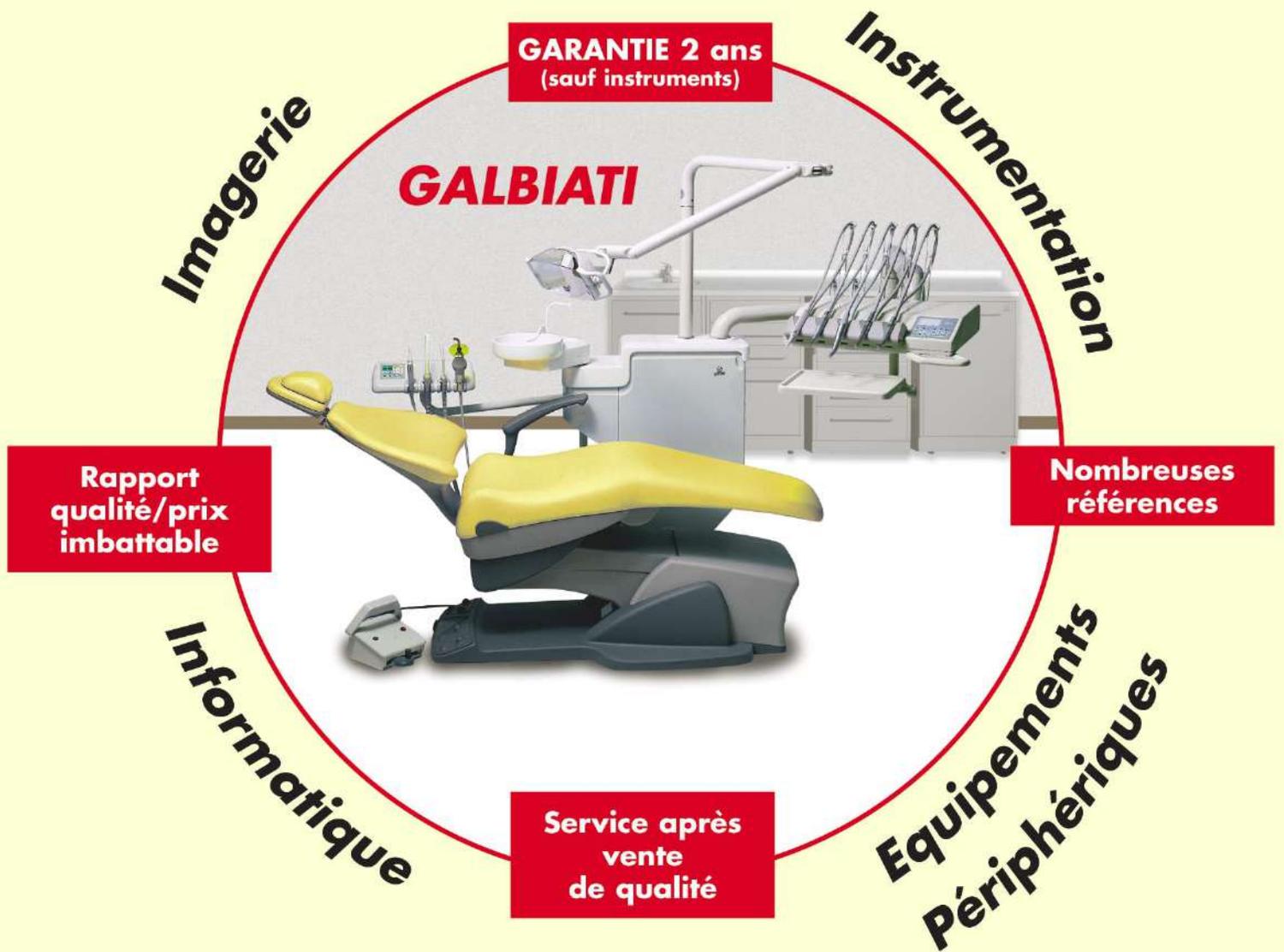
13
ans

MEDICOTRONIX s.a.

VOTRE PARTENAIRE EN DENTISTERIE

13
ans

Une gamme complète d'équipements dentaires dans les meilleures marques sélectionnés par des professionnels



MEDICOTRONIX en bref :

Une équipe dynamique à votre service installée au cœur de la Wallonie.

MEDICOTRONIX, c'est avant tout un service :

De plus en plus de dentistes nous font confiance, nombreuses références en cabinet privé ou hospitalier.

PROCHAINEMENT

Ouverture de notre

Nouveau hall commercial

dans le zoning de Fleurus

MEDICOTRONIX s.a.
chée de Charleroi 95, 6060 Gilly
Tél. **071 28 76 54** - Fax 071 48 82 32

La nouvelle attestation en questions-réponses...

• Quand entre-t-elle en vigueur ?

En principe : dès le 1/4/2003, avec effet rétro-actif donc. Toutefois, il faut du temps aux sous-traitants du Service Public Fédéral Finances pour s'adapter et imprimer sur base des nouveaux modèles publiés au Moniteur belge. Il est donc possible que des délais de livraison plus importants que la normale soient observés pendant quelques temps.

• Que faire des anciennes formules ?

Non seulement les anciennes attestations de soins donnés restent valables sans limitation dans le temps, mais l'Arrêté ministériel du 28 mars 2003 précise même qu'elles doivent être utilisées par priorité.

Dès lors, épuisez votre stock actuel dans l'ordre de numérotation. Il n'est pas inutile d'apporter manuscritement les mentions nouvelles (date de chaque prestation).

• Où commander les nouvelles formules ?

Si vous ne disposez pas d'un plan d'approvisionnement, les formules peuvent être commandées à l'adresse suivante :

Service Public Fédéral Finances
Secrétariat général
Service Attestations de Soins
Quai des Péniches 55
1000 Bruxelles

Pour davantage de renseignements, consultez aussi :

http://www.health.fgov.be/AGP/fr/professions/medecins/attestations_de_soins.htm

●●● informations nécessaires doivent toujours être fournies sur les annexes 41 et 41bis, le cas échéant.

3. La case « Prestations spéciales »

Plus personne ne savait qu'il fallait y indiquer les actes ne se rapportant à aucune dent en particulier, comme les panoramiques ou les prestations de petite chirurgie buccale. Beaucoup y mentionnaient les détartrages depuis l'avènement des traitements préventifs dans la nomenclature...

4. La case « Orthodontie »

Seule case encore fonctionnelle de l'ancien modèle — du simple fait de l'absence d'évolution de nomenclature dans ce domaine —, l'espace réservé aux actes orthodontiques passe à la trappe. Certains croient y voir une atteinte au champ d'activité du dentiste généraliste, mais c'est sans doute excessif.

5. La case « Traitement »

Destinée à mentionner la date de début et la date de fin des prestations de soins reprises plus haut, cette case a provoqué beaucoup d'ambiguïtés suite à l'existence de règles particulières en matière de petite chirurgie buccale (50 % du montant de la seconde prestation dans le même champ et à la même date) et suite aussi à l'apparition de l'interdiction de nombreux cumuls entre prestations réalisées à la même séance.

Ce qui apparaît

1. La colonne « Date »

Désormais, chaque prestation devra être individualisée par une date propre. Il s'agit d'un louable souci de clarté.

2. La colonne « Numéro de nomenclature de la prestation »

Toutes les prestations attestées sans exception doivent figurer dans une case de cette colonne. Il s'agit donc aussi des consultations, des prothèses, des prestations orthodontiques etc... Notons que le nombre de lignes passe de 12 à 16, ce qui assure une certaine capacité complémentaire à l'attestation.

3. La colonne « Numéro de la dent ou de la prothèse sur laquelle la prestation a été effectuée »

Il s'agit ici de l'adaptation de l'ancienne

colonne « Numéro de la dent » à la disparition de la case « Prothèse ». Par conséquent, il convient de mentionner ici le numéro de la dent selon la codification internationale, ou le numéro de nomenclature belge d'une prothèse existante en cas d'intervention sur celle-ci (réparations, adjonctions, remplacements de la base).

Il faut souligner la permutation des deux colonnes par rapport au modèle précédent : c'est là sans doute que les nouveaux réflexes auront le plus de mal à se mettre en place...

Ce qui ne change pas

1. L'identification du bénéficiaire

Le praticien est toujours tenu d'identifier le patient par son nom et son prénom — et donc de s'assurer de son identité !

On peut regretter le maintien de la qualité du bénéficiaire (titulaire, conjoint, enfant ou ascendant) : en effet, c'est une donnée qui ne regarde pas nécessairement le praticien, et qui, par ailleurs, est suffisamment lisible sur les vignettes fournies par les organismes assureurs et sur les cartes SIS.

2. L'identification de l'établissement

Au cas où le bénéficiaire est hospitalisé, le praticien reste tenu d'identifier l'établissement hospitalier et le service concerné.

3. La case « A.M. »

Elle est certes adaptée à la nouvelle monnaie et à l'Arrêté Royal du 15 juillet 2002, mais son fonctionnement demeure inchangé.

Pour mémoire, dans le cadre des franchises fiscale et sociale, le dispensateur de soins doit mentionner dans cette case : soit le montant des honoraires payés par le bénéficiaire, soit le mot « OUI », si le bénéficiaire a payé l'intégralité de l'intervention personnelle réglementaire ou le mot « NON », si le bénéficiaire n'a pas payé d'intervention personnelle.

Dernière chose, qui en rassurera plus d'un : le reçu, adapté lui aussi à l'euro, est toujours bien détachable... par le patient !



*Jean-Pierre Spiers (ex-IDC)
et Aldo Bertollo (ex-Siemens) :
un tandem de choc pour
lancer Demedis Belgique*

demedis

un groupe européen partenaire du dentiste belge

Le monde de l'industrie dentaire n'échappe pas aux fusions et autres rachats d'entreprises exigés par l'Europe et la globalisation du commerce.

Après Omega Pharma, le groupe germano-batave Demedis vient de s'implanter solidement en Belgique par l'acquisition de IDC (International Dental Company) de Burcht, et, depuis le 1^{er} avril, par l'intégration du service des techniques de dentisterie de Siemens Belgique.

Cette dernière étape du recentrage de Siemens sur son core business permet ainsi la naissance de Demedis Belgique, groupe capable dès à présent d'offrir un catalogue de plus de 30.000 articles, s'étendant du rouleau de coton à l'installation Sirona complète.

Cette puissante centrale dentaire, ramifiée en Allemagne, Hollande, Autriche et Italie, peut en outre acheter ses fournitures à des conditions très favorables pour ses clients.

La fusion de deux sociétés connues (IDC et Siemens dental) en une seule, raccordée à un groupe européen, s'inscrit bien dans le cadre actuel de développement des entreprises.

Au centre de cette nouvelle structure : son logo, représentant l'idiogramme chinois de l'Homme.

Le fabricant de fauteuils dentaires, d'units, de pièces à main et contre-angles, d'appareils de stérilisation et de techniques opératoires de haute technicité, comme le Cerec, demeure Sirona. Ce nom de marque est en effet lié à l'usine de Bensheim en Allemagne. Demedis ne se limitera toutefois pas à distribuer les produits de ce fabricant, et tout matériel pertinent se voit inscrit au catalogue. Un exemple typique est le Vector de Dürr Dental : cette méthode avec ses accessoires très fins convient particulièrement bien au concept du maintien de la dentition par un minimum de moyens invasifs.

Exclusivités

Des fabricants tels que Syringe company Ultradent, Bisco, Surgitel, Micerium et American Eagle ont remarqué que lorsque leurs produits sont présentés par des vendeurs qualifiés, ces produits bénéficient d'une bien meilleure introduction dans la profession dentaire. C'est pourquoi ils ont confié l'exclusivité de leur distribution à Demedis. À titre d'exemple, on peut citer Endo-Eze et Opalescence Xtr boost.

Parallèlement, Demedis propose des produits-maison sous la marque «ds label» (anciennement «Qdent») : il s'agit de produits utilisés constamment dans la pratique dentaire tels que lesposables, aiguilles, gants...

Pour le futur, Demedis accompagne Sirona dans la voie du cabinet dentaire numérisé avec diagnostic soutenu par ordinateur, communication média aux patients et techniques de traitement. Le Cerec est un des vecteurs les plus connus dans ce domaine, mais aussi la caméra intra-orale qui a son rôle à jouer. Demedis s'attend à pouvoir bien progresser sur le marché belge dans ce domaine : en effet, la connaissance des produits constitue le point sensible de la vente, et Demedis dispose, dans le domaine de la haute technicité, d'un groupe de spécialistes hautement qualifiés.

Avantages

La mise en route de synergies, aussi bien à l'intérieur que vers l'extérieur du pays, permettra à Demedis de fonctionner plus efficacement et d'offrir un service win/win au dentiste belge. La continuité est déjà assurée grâce au maintien du personnel existant, et le bulletin trimestriel «Endoscope» permettra de faire le lien avec la profession dentaire. ■



**Un bulletin
par participant
SVP**

Nom & prénom :
N° INAMI :
Adresse :
Code postal : Localité :
GSM : Mail:
Nom & adresse pour l'attestation fiscale, si différent :
.....

1. Inscription(s)

Je m'inscris selon les modalités suivantes :

- LÉGISLATION - Jean-Philippe Mousset (24/5/2003)**
 - Base 1 X 100 = EUR
 - Frais en cas d'inscription et/ou règlement après le 18/5/2003 + 40 = EUR
- PROTHÈSE FIXE - Yves Samama (4/10/2003)**
 - Base 1 X 180 = EUR
 - Frais en cas d'inscription et/ou règlement après le 4/9/2003 + 40 = EUR
- INFECTION CONTROL - Andrea Mombelli (14/11/2003)**
 - Base 1 X 100 = EUR
 - J'emmène mon assistant(e) 1 X 50 = EUR
 - Frais en cas d'inscription et/ou règlement après le 14/10/2003 + 40 = EUR
- PÉDODONTIE - Dental Thema Day (13/12/2003)**
 - Base 1 X 180 = EUR
 - Frais en cas d'inscription et/ou règlement après le 13/11/2003 + 40 = EUR

Montant de base = EUR

2. Réduction(s)

- Je m'inscris simultanément à 3 formations, donc je bénéficie d'une réduction-fidélité de 10% EUR
 - Je m'inscris simultanément à 4 formations, donc je bénéficie d'une réduction-fidélité de 15% EUR
 - Je suis «conjoint/collaborateur»⁽¹⁾ ou «jeune/étudiant»⁽²⁾, donc je bénéficie d'une réduction de 5% EUR
- ⁽¹⁾ Nom du conjoint ou collaborateur inscrit :
⁽²⁾ Année du diplôme et université :
⁽¹⁾ et ⁽²⁾ Voir conditions en page 5 du programme 2003 (JOD édition spéciale de janvier 2003)

Total à régler = EUR

3. Règlement

- Je verse ce jour cette somme sur le compte 001-3545567-02 du Collège d'Omnipratique Dentaire ASBL
- Ci-joint un chèque barré de ce montant
- Veuillez charger ma carte de crédit 

  N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte :

4. Validation

Date : Signature :



ready for use...r



TROPHYPAN

Le Prêt-à-Panoramique



100% PRATIQUE

Ergonomie maximale, design convivial, TROPHYPAN brille par sa simplicité d'utilisation. Premier appareil à être piloté depuis un ordinateur, TROPHYPAN amène la programmation du cliché à un niveau de simplicité encore jamais atteint. Quant au positionnement de face, il vous évite de pénibles contorsions et facilite le bon placement du patient.

100% NUMÉRIQUE

TROPHYPAN vous offre un confort de diagnostic sans précédent. Contraste, luminosité, rendu instantané, interface de commande sur PC... Plus de précision, plus de lisibilité... vous profitez de la convivialité du logiciel Trophy Windows pour traiter, archiver, partager vos clichés comme vous le souhaitez.

100% ÉCONOMIQUE

Vous économisez sur les coûts de développement, vous gagnez du temps, vous valorisez votre acte professionnel... Le retour sur investissement d'un appareil numérique intégrant autant d'innovations est immédiatement perceptible. Rapport qualité/prix exceptionnel : Avec TROPHYPAN, la technologie numérique est aujourd'hui plus que jamais accessible à tous !