

N° 88

Janvier
Février
1993

L'incisif

Bimestriel d'informations professionnelles de la "Chambre Syndicale Dentaire asbl"

**Dento-Mut:
DURE
GESTATION**

**Réparations
de prothèses:**

PUB

ou pas...?

**Économie
de la santé:**

**DES
CHIFFRES**

**INAMI:
LA
RÉFORME
SUR LES RAILS**

La Chambre Syndicale Dentaire

est à votre service...

Vous pouvez la contacter à tout moment, soit par l'intermédiaire de son secrétariat administratif (dont les coordonnées sont reprises ci-contre), soit par l'intermédiaire de la permanence sociale de Liège, ou encore d'un administrateur de votre région (dont nous reprenons la liste ci-dessous).

Quelqu'ennui que vous ayez, professionnel, administratif, juridique, social ou fiscal, contactez-nous. Nous nous efforcerons de vous donner, dans la mesure de nos moyens, les renseignements dans les plus brefs délais.

• CONSEIL D'ADMINISTRATION 1992

DURIAU Jean-Claude – Président
rue St Fiacre 70 – 7134 Épinois
SADRON Francis – Vice-Président
rue Roi Albert 341 – 4680 Oupeye
VANHENTENRYCK René – Vice-Président
rue J. Dohogne 51 – 4800 Polleur

• ADMINISTRATEURS

AUSTRAET Guy
avenue A. Bertrand 58 – 1190 Bruxelles
CHARLIER Guy
chaussée de Bruxelles 442 – 1410 Waterloo
DELCOURT B.
rue Chatqueue 71 – 4100 Seraing
DE GROOTE X.
rue Rogier 47 – 7500 Tournai
DEFAYS Jean
avenue Rogier 14 – 4000 Liège
DELREE J.P.
rue Fabry 23 – 4000 Liège
DEVRIESE M.
avenue Defré 29 – 1180 Bruxelles
GILLEBERT D.
rue du Travail 67 – 5000 Namur
HUBERT J.M.
rue des Combattants 48 – 6031 Monceau s/S.
HUBERTY C.
rue Henri Pirenne 5 – 4800 Verviers
LELEU J.M.
avenue Napoléon 58 – 1420 Braine l'Alleud
LEMAL Jacques
chaussée de Châtelet 57 – 6060 Gilly
MARECHAL Pierre
rue du Parc 33 – 4020 Liège
MAUER Daniel
rue du Confluent 26 – 4032 Chênée
MUNNIX B.
rue Neuve 46 – 4700 Eupen
NICLAES J.M.
allée des Roitelets 5 – 5101 Erpent
OLIVIER Jules
boulevard Kleyer 112 – 4000 Liège
VAN DEN DORPE Fabienne
rue des Combattants 48 – 6031 Monceau s/S
VAN DER VLEUGEL Joseph
avenue Mon Bijou 3 – 4960 Malmedy
VAN HOUTTE Jean
rue Mathysart 12 – 4053 Embourg
VAN HULLE E.
rue E. Dumonceau 55/1 – 4040 Herstal

Vous êtes représentés et défendus

Comité de Direction :

J.C. DURIAU – F. SADRON – R. VANHENTENRYCK
J.M. HUBERT – J. OLIVIER – J.M. NICLAES
J. LEMAL

Commission Nationale Dento-Mutualiste (INAMI) :

– membres effectifs : J.C. DURIAU – A. BANSE
– membres suppléants : J. OLIVIER – M. DEVRIESE
J.P. DELREE

Conseil Technique Dentaire (INAMI) :

– membres effectifs :
J.M. LELEU
R. VANHENTENRYCK
– membres suppléants :
G. CHARLIER
J.M. NICLAES – N. LAMBOTTE

Commission C.E.E. :

Commission belge d'étude pour les problèmes de l'exercice de l'Art Dentaire dans le cadre du Marché Commun :
– membre effectif : J.C. DURIAU

Comité national belge pour la F.D.I. :

– membre effectif : J.C. DURIAU

Commission interne orthodontie :

– membres :
Dr J. VAN DER VLEUGEL
J.M. NICLAES

Personnel administratif :

• Charleroi :

Secrétaire de direction : Mme P. BORN
Secrétaire : Mme LOTTIN

• Liège :

Secrétaire : Mme M. VANOVERSCHELDE

L'incisif

Bimestriel d'informations professionnelles de la "Chambre Syndicale Dentaire asbl"

– Siège social et secrétariat:
boulevard Tirou 25 – boîte 9 – 6000 CHARLEROI
Téléphone: 071/31 05 42

Un répondeur enregistrera vos messages 24h sur 24
et vous serez recontacté dans les 48 heures.

Fax: 071/32 04 13

– Permanence de Liège:
c/o M. Jules Olivier
avenue Blondin 35 – 4000 Liège
Téléphone et fax (manuel): 041/52.87.39

N°88

JANVIER
FÉVRIER
1993

Cotisations 1992

Cotisation ordinaire	6.500 F
Cotisation ménage de praticiens 8.000 F	
Diplômé 1992	1.500 F
Diplômé 1991 ou service militaire ..	2.500 F
Diplômé 1990	4.500 F
Confrère avec 4 enfants ou plus à charge	4.500 F
Confrère de plus de 60 ans	4.500 F

A verser au compte
n° 680-0041036-81 de la
"CHAMBRE SYNDICALE DENTAIRE asbl"

CHANGEMENTS D'ADRESSE

Si vous déménagez, n'oubliez pas de communiquer votre nouvelle adresse à notre secrétariat.

Si le présent "Incisif" vous parvient après un détour à votre ancienne adresse, c'est que l'actuelle ne nous a pas été communiquée.

Toute reproduction même partielle des textes publiés dans "L'Incisif" ne peut se faire sans autorisation préalable.

Nous rappelons que tout membre souhaitant exprimer ses idées personnelles relatives aux problèmes afférents à notre profession, peut adresser ses articles en vue d'une publication dans "L'Incisif", au Président J.C. Duriau, secrétariat de Charleroi. Aucune suite ne sera donnée aux envois anonymes.

– Editeur responsable:
J.C. DURIAU
rue St Fiacre 70 – 7134 Epinois1

– Comité de rédaction:
J.C. DURIAU – Jules OLIVIER
Thierry VANNUFFEL

– Secrétariat de rédaction:
EDIPRESSE sprl – tél. 02/425 12 14

– Réalisation :
Bagnée Imprimeurs
tél. 085 / 82 70 41
fax & modem : 085 / 82 78 93

SOMMAIRE

- 2 – Agenda Syndical / Activités SMD
- 3 – Editorial : EUROPE ET FORMATION
- 5 – Dento-Mut : GESTATION D'UN ACCORD
- 6 – ASEMBLEE GENERALE CSD
- 7 – Dento-Mut : PROJET D'ACCORD
- 9 – INDICE DES PRIX A LA CONSOMMATION
- 10 – Medico-Mut : CHEZ LES MEDECINS... UN TEST DECISIF
- 12 – INAMI : LE REFORME SUR SES RAILS
- 14 – Profession : LA REPARATION... EN PANNE !
- 15 – Publicité réparations: LA CHAMBRE PREND POSITION
- 16 – Europe : LES DENTURISTES AUX PAYS-BAS
- 19 – Histoire de l'Art : LE XVIIIe SIECLE (fin)
- 23 – Profession : DELAI DE REMISE DE L'ATTESTATION
- 24 – L'EPINE DE SPIX : DENTEX
- 25 – Courrier: REPONSE A SPIX
- 26 – Société : ECONOMIE DE LA SANTE... LES CHIFFRES
- 29 – INAMI : UNE VISITE PEU SOUHAITABLE
- 30 – Europe : EN ALLEMAGNE – EN ANGLETERRE
- 32 – INAMI : TIERS-PAYANT... L'A.R. DU 10/10/86
- 33 – En bref : L'ASSURANCE HOSPITALISATION SE REBIFFE
- 34 – Fiscalité : LES MONTANTS INDEXES DES IMPOTS 93/92
- 35 – DEDUCTION FRAIS DE VOITURE...
QUELQUES PLAQUES UTILES A CONNAITRE ???
- 36 – FONDS DE SOLIDARITE...RAPPEL !
- 38 – PETITES ANNONCES

AGENDA SYNDICAL DE LA CSD

NOVEMBRE

- 12 - Conseil Technique Dentaire - Prothèse 1701
- 16 - Commission Nationale Dento-Mutualiste

DECEMBRE

- 1 - Comité de Direction
- 8 - Conseil d'Administration Incisif
- 9 - Commission Nationale Dento-Mutualiste
- 10 - Conseil Technique Dentaire - Nomenclature
- 12 - Conseil d'Administration - Fonds Solidarité 52
- 12 - Ministère des Affaires Économiques
- 15 - Conseil Technique Dentaire - Prothèse 1701
- 18 - Conseil Technique Dentaire
- 22 - Conférence de Presse
- 23 - Commission CEE
- 29 - Conseil d'Administration - Incisif

JANVIER

- 7 - Réunion d'information - Namur
- 20 - Conseil d'Administration

ACTIVITES 1993 SOCIETE DE MEDECINE DENTAIRE

30/01/93
Cours de Parodontologie
"Santé Parodontale et traitements dentaires"
Chr. Adriaenssen, P. Bercy, D. Blase, F. De Beule
13/02/93
Workshop
R.T.G. et membrane Gore-Tex
E. Rompen & J.L. Giovannoli
Lieu : Auditoire 3M - Diegem
20/02/93 - 01/03/93
Cours à l'étranger coll. avec l'Univ. de Montréal
"Prothèse, esthétique, imagerie radiologique, traumatismes dentaires"
A. Brabant, R. Charland, D. Forest
Lieu : Les Laurentides - Québec - Canada
20/03/93
Symposium de Printemps
"L'endodontie complexe sans complexes
Les traitements canalaires et la reprise de traitement au quotidien"
P. Bogaerts, Th. Charles, J.P. Van Nieuwenhuysen
Lieu : Hôp. Erasme - AUditoire A. Claude - Bxl

Nous avons le regret d'annoncer le décès de
notre Confrère

PAUL LAMBERT

né à Wavre le 1^{er} août 1922 et décédé à
Seraing ce 5 novembre 1992.

La CHambre Syndicale Dentaire
présente ses plus vifs regrets à toute la
famille.

Rencontrons-nous, par intérêt.

LE LEASING

Une formule
de location financière personnalisée conçue
pour répondre efficacement
à vos préoccupations d'investissement,
définie avec souplesse et compétitivité.

LE GES 3

Un produit inédit
avec une totale liberté de mouvements.
Généralement, les taux rémunérateurs
appliqués sont supérieurs aux normes
pratiquées
et les intérêts débiteurs
sont plus faibles que ceux rencontrés
sur le marché.



Votre partenaire confiance

Siège social: rue Lebeau 3 - 4000 Liège
Téléphone : 041 / 23 79 55
Fax : 041 / 23 73 42

Siège administratif :
boulevard Bischoffsheim 26
1000 Bruxelles
Téléphone : 02 / 209 18 11
Fax : 02 / 218 53 61

33 agences réparties dans tout le pays.
Consultez les pages d'or.

ÉDITORIAL Europe et formation

Les sujets qui intéressent notre profession ne se limitent pas, comme on aurait pu fort bien le croire ces derniers temps, au tiers-payant et à l'accord dento-mutualiste.

Ils ont aussi, et auront de plus en plus, une dimension européenne. Il en va ainsi pour la formation permanente qui était à la fois à l'ordre du jour de la réunion du Comité de liaison à Strasbourg, fin novembre, et de la réunion du Comité Consultatif de la C.E. à Bruxelles au début du même mois.

Janvier 1993, date européenne par excellence est certes un bon moment pour en parler.

Quel est l'enjeu? Rendre éventuellement la formation continue obligatoire et prévoir d'inscrire dans une nouvelle directive les dispositions qui la régiraient.

Il est important de bien faire la distinction entre formation spécialisée ou de 3^{ème} cycle et formation continue qui nous intéresse ici. On pourrait définir cette dernière par une actualisation des connaissances acquises et l'assimilation de nouveaux processus thérapeutiques ou diagnostiques.

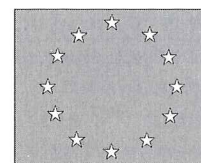
Personne ne conteste bien entendu la nécessité de voir les praticiens poursuivre, tout au long de leur activité, l'amélioration de leurs connaissances : c'est un devoir moral qu'impose la déontologie.

Il en va autrement quand il est question de rendre cette formation obligatoire.

L'obligation ne peut exister effectivement que si, parallèlement, des sanctions existent en cas de non respect de l'obligation.

J'ai d'ailleurs eu l'occasion, au cours d'une précédente réunion, d'inviter les partisans de l'obligation à réfléchir sur les sanctions qu'ils étaient disposés à accepter pour eux-mêmes.

Interdirait-on par exemple, de pratiquer pour une certaine période, à un praticien s'il ne peut justifier devant une



commission ad-hoc d'un nombre déterminé d'heures de cours ou séminaires, même s'il s'est adonné à la lecture d'ouvrages scientifiques ou s'il a préféré visionner une cassette-vidéo plutôt que de s'inscrire à un congrès bidon fiscalement déductible? La formation permanente comporte en effet plusieurs facettes.

Les avis sont bien entendus partagés parmi les douze. L'Allemagne y est totalement opposée.

La France, par la voix du président du Conseil de l'Ordre, s'est à deux reprises prononcée dans le même sens, au Comité de liaison et Comité consultatif, où le représentant français des universités avait fait un choix différent.

Il est paradoxal de constater que c'est dans les pays qui sont peut-être le moins à même de l'organiser que l'on rencontre les plus chauds partisans d'une formation obligatoire. C'est notamment le cas de la Grèce et de l'Espagne.

La Belgique elle,..... est divisée! nos confrères flamands sont favorables à l'obligation (n'y voyez cependant aucune allusion à la Grèce ou à l'Espagne).

de notre côté, nous sommes pour une formation permanente librement choisie. Gardons-nous de nous voir entraîner dans un dédale de réglementations contraignantes (l'eurocratie, ça existe) que personne ne peut encore mesurer et ne pourrait peut-être pas maîtriser.

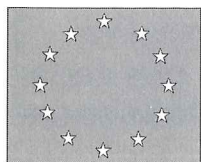
Une formation continue bien organisée, attrayante, accessible financièrement devrait faire prendre le chemin des auditoires à ceux que les partisans de l'obligation reprochent de ne pas fréquenter.

A ce propos, nous avons eu, il y a quelques temps déjà des contacts intéressants avec nos universités. La variété des tâches syndicales les a un peu mis en veilleuse.

Espérons que l'année 1993 puisse les rendre fructueux.

Pour revenir au plan européen, c'est finalement au sein du Comité consultatif qu'une décision devra être prise. Ce comité se réunit une fois par an. Même si le problème demeure, la décision est donc loin d'être imminente.

J.C. DURIAU,
Président



DENTO-MUT.

GESTATION D'UN ACCORD

DENTO-MUTUALISTE 1993 ET 1994

Depuis le 7 septembre 1992, les réunions de la Commission Nationale Dento-Mutualiste se sont succédées pour arriver le 9 décembre 1992 à la signature d'un accord par les représentants dentaires et mutualistes.

La difficulté de réaliser cet accord résidait dans la nécessité de rester dans le cadre d'un budget ne devant pas dépasser le précédent éventuellement indexé et tenant compte d'un certain trend ?

Une commission de contrôle budgétaire pour l'I.N.A.M.I., mise en place depuis un certain temps a fourni ses constatations sur base desquelles la discussion s'est engagée. La loi a établi un timing précis pour obliger les instances concernées à agir en vue de maintenir les dépenses dans des limites précises. C'est ainsi que dans le P.V. de la Dento au 7/09/92 le président de celle-ci déclarait que l'on pourrait être amené à prévoir dès 1992 des mesures de correction à appliquer.

A côté du problème financier, il fallait aussi tenir compte de l'exigence de nos confrères flamands de la V.V.T. qui faisaient de la limitation de l'exercice du tiers-payant, un préalable absolu. De même, du côté de la Chambre Syndicale Dentaire (ex de Wallonie), l'accent était mis sur les mesures à prendre pour maîtriser l'offre de soins c'est-à-dire prévoir un certain numerus clausus.

Ces réunions ont eu lieu les 7/09, 5/10, 12/10, 20/10, 4/11, 10/11, 16/11 et 9/12/92.

Très souvent les mêmes discussions ont été répétées. Mais le 20/10, les propositions d'économies annoncées par M. De Backer (Mutualités Socialistes) ont été présentées par le porte-parole des médecins des organismes assureurs, en l'occurrence M. Van Den Oever (Mutualités Chrétiennes), siégeant aussi au Conseil Technique Dentaire. Elles n'ont pas été toutes retenues dans l'accord. Elles prévoyaient des réductions d'honoraires sur les soins préventifs; en cause la fluorisation, le scellement de cisures, le détartrage pour lequel on s'étonne de voir le côté quota de L40 épuisé en une fois. Les extractions pourraient être supprimées, mais pas les chirurgicales, ni les complications (sic !). Les clichés panoramiques, remboursables en dessous de 18 ans, le statut radiographique..., 1 fois par ans, la valeur du cliché RX supplémentaire adaptée. Proposition de créer l'agrément des ortho. et un financement spé-

cial pour l'orthodontie.

La réunion du 4/11/92 permit l'élaboration d'un projet d'accord national dento-mutualiste. Soumis à la commission le 20/11, accompagné d'annexes chiffrées (Annexes 1 et 2 du P.V. 1992/10 - C.N.D.M. doc. 1992/9).

Nous publions ici l'annexe chiffrée n°2, le texte définitif de l'accord apparaîtra plus loin.

Fait nouveau par rapport aux accords précédents, des dispositions concernant le tiers-payant y sont introduites. Le confrère St. HANSON (V.V.T.) relève que pour son organisation, l'interdiction du tiers-payant devrait s'appliquer à partir de 12 ans et non de 18 ans, comme elle est proposée, la masse des soins conservateurs, entre 12 et 18 ans, est importante, tout comme elle est grande entre 10 et 25 ans. Cela risque de réduire le montant des économies. M. Duriau s'oppose à la réduction des honoraires du détartrage et à l'introduction des radiographies dentaires dans l'accord s'il n'y a pas revalorisation de cet acte. D'autre part, il est rappelé que les dépenses du 1er semestre 92 sont de 6 milliards 828 millions de francs, pour l'année de 14 milliards et demi.

Après une suspension de séance, on entend M. Duriau résumer la position des praticiens de l'art dentaire. Après quoi M. Sauer, au nom des organismes assureurs, formule une proposition - les points de divergence entre les deux groupes portent sur l'âge du remboursement des prothèses partielles, de la diminution du remboursement du détartrage, sur la limitation du tiers-payant aux praticiens conventionnés, sur l'âge pour avoir droit au tiers-payant. Le Conseil Technique Dentaire aura pour tâche de rédiger les textes modifiant la nomenclature.

A la réunion suivante, le 16/11, les membres sont mis en possession d'un projet d'accord avec un tableau sur l'incidence financière, ce qui soulève quelques observations (sur l'âge de 18 ans) et un remaniement du texte sur la limitation de l'offre. Un premier vote voit 8 membres sur 10 représentants

dentaires appuyer la proposition de porter à 12 ans l'âge limite pour le tiers-payant, tandis que les O.A. rejettent unanimement cette proposition.

Le texte amendé est soumis à un nouveau vote. Une suspension de séance est demandée par le banc dentaire.

A la rentrée, M. Duriau demande si certaines prestations qui n'étaient pas dans l'accord précédent comme les prothèses partielles en dessous de 12 dents, sont ou non dans l'accord.

Le Président répond qu'à ce sujet rien n'a changé, ce qui était hors accord le reste, en ce qui concerne les partiels en dessous de 12 dents.

M. Hanson pose la même question en ce qui concerne les radiographies. M. le Président rappelle qu'à ce sujet, les opinions étaient divisées. Pour le service et les organismes assureurs, la radiologie est dans l'accord déjà actuellement.

Pour les praticiens de l'art dentaire, la radiologie est hors accord. Il avait été convenu, après avoir constaté cette divergence de vue, que les tribunaux trancheraient, fin de citation.

Il est alors procédé au vote :

unanimité pour les O.A.; banc dentaire : 6 oui, 4 contre. Il faut trois quart des voix sur chacun des bancs; il faut donc un 2^{ème} vote au cours de la même séance ou dans la quinzaine.

Une double majorité simple étant alors suffisante.

La tenue d'une nouvelle séance immédiatement est refusée par les opposants. Il n'y a donc pas d'accord.

Cependant, à la demande de certains membres une réunion est convoquée le 9 décembre 1992, avec à l'ordre du jour le même texte de l'accord.

Une dernière proposition d'adaptation de l'accord proposée par la V.V.T. est refusée par les O.A., l'accord est soumis au vote : unanimité sur le banc des mutualistes, huit voix pour sur le banc dentaire, deux abstentions V.V.T.

L'accord est donc approuvé par la Commission Nationale Dento-Mutualiste. Il sera soumis au Comité de Gestion et au Ministre de la Prévoyance Sociale.

Finalement, après beaucoup d'hésitations et de pressions, le ministre Moureaux a approuvé l'accord le 7 janvier 1993.

Chambre Syndicale Dentaire asbl

Nous vous rappelons que notre
ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
aura lieu le
dimanche 7 février 1993
au château de Namur
à partir de 10 heures

DENTO-MUT.

PROJET D'ACCORD NATIONAL DENTO-MUTUALISTE

La Commission nationale dento-mutualiste a, au cours de sa séance du 9/12/1992, fixé comme suit les conditions d'un accord pour les années 1993 et 1994.

A. NOMENCLATURE

La nomenclature des prestations de santé à laquelle se réfère le présent accord est celle qui était en vigueur le 31 décembre 1992, moyennant les modifications suivantes:

1. TRAITEMENTS PREVENTIFS

1.1 La prestation 302050 - fluorisation complète de l'ensemble de la denture, y compris le nettoyage et le polissage, par an et jusqu'au 14^e anniversaire - est supprimé.

1.2. A partir du 1^{er} janvier 1994, le droit à une prestation de la rubrique «Traitements préventifs» est conditionné par le recours, au cours des douze mois précant cette prestation, soit à une prestation de la rubrique «Soins conservateurs», soit à une prestation de la rubrique «Orthodontie», soit à une prestation de la rubrique «Traitements préventifs» soit à une consultation.

2. EXTRACTIONS

2.1. Les prestations n°s 303015 à 303041, la prestation 303052 à 303063 et les prestations n°s 303133 à 303166 sont supprimées.

2.2. Le libellé de la prestation 303170 - 303181 est précisé pour éviter une application abusive.

3. SOINS CONSERVATEURS

3.1. La prestation 303870 - 303881 - Restauration complète de couronne de dent lactéale - est supprimée.

4. PROTHESES

4.1. Les conditions d'intervention de l'assurance pour la prothèse partielle de 12 et 13 dents (n°s 306493 - 306504 et 306515 - 306526) sont assimilées

aux conditions d'intervention pour la prothèse amovible totale.

4.2. Maintien des conditions d'intervention pour les prothèses partielles de 1 à 11 dents.

5. RADIOGRAPHIES

5.1. Le status radiographique complet (n° 307075 - 307086 est supprimé.

5.2. L'intervention pour le cliché panoramique (n° 307090 - 307101) n'est plus due qu'une seule fois par an sauf autorisation préalable du médecin-conseil.

B. HONORAIRES

Les montants des honoraires pour les traitements préventifs et pour les prothèses sont maintenus, pour l'année 1993, aux valeurs qui leur étaient attribuées au 31 décembre 1992.

Les montants des honoraires pour les soins conservateurs, tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 1992, sont majorés de 1 p.c.

Les montants des honoraires pour les autres prestations, tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 1992, sont majorés de 2 p.c.

L'indexation des honoraires sera négociée avant le 30 novembre 1993 pour entrer en vigueur le 1^{er} janvier 1994.

C. INTERVENTION PERSONNELLE DU BENEFICIAIRE

1. TRAITEMENTS PREVENTIFS

1.1. Pour la prestation n°302013 : premier examen buccal jusqu'au 14ème anniversaire, il est instauré une intervention personnelle identique à celle prévue pour la prestation n°301910.

2. RADIOGRAPHIES

2.1. Pour les prestations de la rubrique "Radiographies", il est instauré une intervention personnelle de 25 p.c. Cette intervention est ramenée à 10 p.c. pour les P.V.I.O. bénéficiant du régime préférentiel.

3. PROTHESES

3.1. Pour les prestations 306913 à 306961 de la rubrique "Prothèses", il est instauré une intervention personnelle de 5% pour les P.V.I.O. bénéficiant du régime préférentiel.

Annexe 2 au PV 1992/10 - CNDM. Doc 1992/8

PROPOSITIONS ORGANISMES ASSUREURS 5,11,1992

1. PRÉVENTION

1.1.	Premier examen buccal annuel jusqu'à l'âge de 14 ans	- 12,0
1.2.	P.M.	
1.3.	Scellement de fissures et de puits jusqu'à l'âge de 14 ans : uniquement en dehors de la période de six mois après ou avant des soins conservateurs (302072 à 30 21 31)	- 26,0
1.4.	Follow-up détartrage et soit L 10 → L 7,5 par quadrant ou L 10 → L 15 par arcade	- 100,0

2. EXTRACTIONS

2.1.	Supprimées dans la nomenclature, à l'exception des hémisections (303074 → 303100), extractions chirurgicales (303170 - 30 31 81) et complications (303052 - 303063)	- 250,0
------	---	---------

3. SOINS CONSERVATEURS

3.1.	Suppression restauration de couronne d'une dent de lait	- 2,5
3.4.	Régime du tiers payant	- 187,0

4. ORTHODONTIE

		P.M.
--	--	------

5. PROTHÈSES

5.1.	Réduction du dépassement budgétaire à raison de 50% (Alt. 25%)	- 300,0 (- 150,0)
5.3.	Prothèses partielles 12 et 13 dents au niveau de la prothèse complète, à partir de l'âge de 60 ans (Éventuellement en outre pour les prothèses partielles jusque 11 dents à partir de l'âge de 55 ans (- 16,0) à partir de l'âge de 60 ans (- 41,7)	+ 58,0

6. RADIOLOGIE

6.1.	Ticket modérateur	* 10 % V.I.P.O. 100 % * 25 % autres	- 6,9 - 108,8
6.2.	Réglementer suppression cliché panoramique (307090 - 307101) comme le status radiographique		- 100,0

D. TIERS PAYANT

1. SOINS CONSERVATEURS

Le système du tiers payant est interdit sauf pour les bénéficiaires de moins de 18 ans, les P.V.I.O. bénéficiant du régime préférentiel et dans les situations visées à l'article 6 alinéa 2 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 relatif au tiers payant.

2. RADIOGRAPHIES

Le système du tiers payant est interdit conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 précité ; toutefois cette interdiction entre en vigueur au 1er janvier 1993.

6.3.	Suppression status radiographique complet (307075) - 307086)	- 75,0
6.4.	Tiers payant	- 38,0
		- 1.148,2
		(Alt. - 998,2)

7. ÉVALUATION GLOBALE (en millions de F)		(Alternatif)	
—	Objectif budgétaire 1993		13.263,1
—	Dernière estimation réaliste	= 14.593,0	
	y compris masse d'indexation	- 400,0	
—	Estimation sans masse d'indexation	= 14.193,0	14.193,0
—	Économies proposées	- 1.148,2	- 998,2
—	Montant après économies	13.044,8	13.194,8
—	Volume d'indexation restant	218,3	68,3
—	ou	1,67%	0,52%
—	Si indexation + 2%	260,9	263,9
—	Montant après indexation	13.305,7	13.458,7
—	Dépassement	+ 42,6	+ 195,6
			+ 182,3

INDICE DES PRIX A LA CONSOMMATION

Base : 1981 = 100

1992

Décembre	153,89
Novembre	153,91
Octobre	153,42
Septembre	153,10
Août	152,83
Juillet	153,08
Juin	152,38
Mai	151,89
Avril	151,34
Mars	151,18
Février	151,13
Janvier	150,66

JANVIER

1991	147,31
1990	141,80
1989	136,88
1988	133,68
1987	132,43
1986	131,27
1985	126,85
1984	120,76

Chez les médecins

Un test décisif

Après l'échec en commission médico-mutualiste, le ministre Moureaux a proposé aux médecins d'adhérer individuellement à la convention qu'il a établie.

Les Chambres syndicales appellent au déconventionnement.

Le texte Moureaux sera-t-il accepté ou rejeté, et à quelle majorité? On devrait le savoir d'ici à la fin du mois.

Malgré un effort de dernière minute, où l'on a même vu le Dr André Wynen sortir de sa retraite pour tenter de trouver une solution, médecins, mutuelles et le ministre des Affaires sociales Philippe Moureaux se sont quittés sur un constat d'échec à la veille de la Noël: aucune convention n'a pu être conclue. Les représentants de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM - Chambres syndicales) avaient notamment réclamé que le ministre prenne l'engagement ferme de faire modifier la loi-programme de l'été dernier, qui permet au gouvernement de modifier les tarifs à sa guise en cours de convention. Ils n'ont pas obtenu satisfaction et ont décidé, dans ces conditions, qu'il n'était pas possible de signer un accord.

Quelques jours plus tard, Philippe Moureaux a lui-même proposé un texte de convention, qu'il a soumis individuellement aux médecins. Ce projet d'accord prévoit de n'augmenter que les "actes intellectuels": plus 6 % pour les consultations et plus 5 % pour les visites, rien pour les actes techniques.

Les médecins avaient jusqu'au 21 janvier pour envoyer une lettre recommandée à

l'INAMI en vue de refuser l'accord. Les résultats de cette véritable consultation devraient être connus au début de février.

DANS QUELLE PROPORTION?

Il suffit que 40 % des médecins le refusent pour que cet accord reste mort-né, mais il faut que cette proportion soit atteinte dans chaque arrondissement du pays pour qu'il ne survive nulle part. Pour être valable, l'accord doit aussi être accepté par 50 % des généralistes et 50 % des spécialistes.

Du côté de l'ABSyM, on ne doutait guère que l'accord serait rejeté. Le plus important, y soulignait-on, sera de voir dans quelle proportion cet accord sera rejeté. Si le pourcentage des "non" est faible, Moureaux sera peut-être tenté de recourir à l'article 52 et à la répression des contrevenants, en imposant des tarifs d'honoraires à tous les médecins ayant rejeté l'accord. Mais si ce pourcentage est élevé (autour des 60 % par exemple), la position des médecins serait incontestablement plus solide dans les négociations

qui devraient inévitablement se rouvrir. La proportion des "non" sera donc un test important.

Si les six dixièmes du corps médical optaient pour le déconventionnement, on pourrait effectivement y voir une affirmation éclatante du refus de la politique menée ces dernières années. Une bonne proportion de médecins (jusqu'à 18 % selon les Chambres syndicales) peut en effet être considérée comme conventionnée quasiment d'office: les médecins du travail, d'assurance ou les pensionnés, qui n'ont qu'une faible activité clinique et qui se sentent donc très peu motivés pour accomplir la démarche de refus.

LA DRAGUE

Le combat n'était cependant pas gagné pour autant, en tout cas parmi les généralistes, du fait de la tactique de Philippe Moureaux qui, par ses propositions alléchantes pour les omnipraticiens et par les promesses qu'il laisse entrevoir, tente de faire éclater le corps médical. "Moureaux drague les généralistes", titrait "Le Soir".

Parmi les généralistes, la situation apparaissait comme assez incertaine. A Bruxelles, plusieurs associations locales ont préconisé le déconventionnement, mais il est difficile de se faire une image globale de l'état d'esprit des généralistes. En Wallonie, on peut s'attendre à un large refus dans la plupart des grands centres urbains.

En Flandre, un sondage téléphonique du quotidien "De Standaard" parmi les généralistes indiquait que la majorité d'entre eux se contenteraient d'appliquer les augmentations d'honoraires proposées par Moureaux, mais aussi qu'une majorité rejettera l'accord pour des raisons de principe. De nombreuses associations locales se sont prononcées en ce sens, de même que la puissante UHAK (Unie van Huisartsen Kringen), la fédération des associations locales de généralistes.

COMBATIVITE HOSPITALIERE

Du côté des spécialistes, on décèlait quelques hésitations chez les extra-hospitaliers, qui seront privés du tiers payant pour leurs actes techniques s'ils se déconventionnent. En revanche, dans les hôpitaux, l'opposition à la convention semblait très largement majoritaire. Un grand nombre de conseils médicaux ont choisi le déconventionnement,

aussi bien dans le secteur privé que public, dans les trois régions du pays. Dans certaines provinces, comme au Limbourg, le phénomène était massif. Le mouvement était encore renforcé par le fait que les gestionnaires des institutions catholiques (Caritas et VVI) poussaient au déconventionnement dans tout le pays.

Même dans les hôpitaux universitaires, la fronde des médecins a pris de l'ampleur. L'AZ de Gand s'est déconventionné et a supprimé le tiers payant en ambulatoire. A Erasme, le conseil médical a voté le déconventionnement. Les hôpitaux de l'UCL et de la KUL appliquent une augmentation de 3 % sur les actes techniques, ce qui équivaut à un refus de la convention. Les gestionnaires des institutions universitaires tentent cependant de profiter de la situation pour négocier avec Moureaux une intégration de ces 3 % dans le prix de journée et forcer ainsi leurs médecins (dont beaucoup sont salariés) à se conventionner.

PIEGE

Les responsables des Chambres syndicales soulignaient pour leur part que Moureaux tente d'attirer les généralistes dans "un piège": "Le ministre a promis de ne pas remettre en cause les hausses d'honoraires pour les actes intellectuels en

1993, mais il ne s'est pas engagé par écrit. On oublie souvent que la hausse de 5 % qu'il a consentie ne concerne que la visite simple. Et il s'est trahi à l'avant-dernière réunion de la médico-mut en disant qu'il se réservait le droit de modifier tout le reste, donc les actes techniques et les autres visites. En 1993, il faudra faire 3 à 5 milliards d'économies sur les honoraires: ils seront pris sur les actes techniques d'une série de spécialités, mais aussi sur ceux du généraliste, sur l'électrocardiogramme par exemple."

Les généralistes qui accepteront la convention seront coincés dans un système où leurs actes techniques seront rabotés de façon invraisemblable, avertissent les Chambres syndicales. Quant à l'échelonnement qu'on leur fait miroiter, il sera probablement accompagné d'un système d'inscription chez le généraliste (avec sélection de ces derniers par les mutuelles qui estiment qu'il y aura assez avec 7.000 généralistes) et il aura pour contrepartie une aggravation du système de la prescription conditionnelle et une augmentation du nombre de prescriptions réservées aux spécialistes, y compris pour certaines analyses de biologie. "Le généraliste qui ne refuse pas la proposition Moureaux sera pieds et poings liés dans un système qui ne sera pas celui qu'il croit", avertissent les Chambres syndicales.

J.P.V.

La réforme sur ses rails

La réforme des structures de l'INAMI avance à bon train. Un moment retardé par les pressions des mutualités chrétiennes, le projet Moureaux a été adopté par le Sénat le 7 janvier. Restait alors à le faire discuter par les députés.

L'opposition des mutualités chrétiennes à un projet qui ne prévoyait pas la responsabilité financière individuelle des mutuelles (refusée par les socialistes) et la fausse sortie du ministre Philippe Moureaux à la veille du week-end de la Toussaint n'ont finalement fait que retarder l'adoption du projet de réforme de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), dont nous avons déjà évoqué les grandes lignes dans le n° 86 de "L'Incisif" (septembre-octobre 1992).

L'action des lobbies mutualistes chrétiens a cependant contraint Moureaux à deux concessions non négligeables. Tout d'abord, un groupe de travail sera constitué pour élaborer un système de responsabilisation individuelle des mutuelles. Ce groupe de travail devrait terminer un rapport complet pour la fin de 1993 et le gouvernement élaborerait un projet définitif avant la fin de 1994.

Deuxième concession: les mutuelles sont mises sur le même pied que les partenaires sociaux et le gouvernement au sein du Conseil général de l'INAMI, alors que les prestataires de soins doivent se contenter de strapontins consultatifs.

QUATRE FOIS CINQ

Le conseil général, qui sera l'organe-clé de la politique

budgétaire de l'INAMI, sera donc composé de 20 membres avec droit de vote, répartis paritaire-ment à raison de cinq représentants du gouvernement (avec droit de veto), cinq pour le patronat, cinq pour les syndicats, cinq pour les mutuelles.

Les prestataires de soins, eux, n'auront droit qu'à huit voix consultatives: deux pour les médecins, deux pour les hôpitaux et quatre pour les autres prestataires (dentistes, infirmières, pharmaciens, kinés, etc.).

Schématiquement, comment fonctionnera la mécanique budgétaire? Les commissions de convention (dento-mut, par exemple) établiront leurs besoins de financement et transmettront leurs propositions au Comité de l'assurance, qui aura pour tâche de faire la synthèse de tous les intérêts particuliers et d'élaborer une proposition globale de budget.

Le Comité de l'assurance sera donc l'autre organe-clé de l'INAMI. Il sera composé à égalité de représentants des mutuelles et de représentants des prestataires de soins, auxquels s'ajouteront des représentants des partenaires sociaux qui n'auront, eux, que voix consultative. Le poids des mutuelles est donc important dans ce comité et leur confère en fait un pouvoir décisif. Aussi les médecins ont-ils finalement obtenu une "sonnette d'alarme" qui leur permet, en cas de désaccord sur les honoraires médicaux, de suspendre la décision pendant dix

jours afin d'élaborer un avis motivé.

Le projet de budget constitué par le comité de l'assurance est ensuite soumis au conseil général, qui décide à la majorité des voix (dont celles du gouvernement de toute façon) et adopte le budget global consacré à l'assurance maladie.

En fonction de cet objectif budgétaire, les commissions de convention sont ensuite priées de conclure des accords qui devront obligatoirement prévoir des mécanismes de correction en cas de dépassement budgétaire.

Si ces corrections s'avèrent insuffisantes, le comité de l'assurance peut imposer des économies supplémentaires.

Enfin, la commission de contrôle budgétaire verra son rôle renforcé.

PREMIER PAS SEULEMENT?

Aboutissement final du processus de réforme? On peut en douter. C'est en tout cas l'avis du président de la commission de contrôle budgétaire, Georges Grinberg, qui estime qu'il faudra aller plus loin. Une réforme fondamentale du système est indispensable, a-t-il déclaré à l'hebdomadaire médical "Le Généraliste": "La réforme Moureaux n'est qu'un pas dans la direction à suivre. Il faut revoir le fonctionne-

ment structurel du système et chercher entre tous les acteurs les compromis nécessaires pour équilibrer les recettes et les dépenses. Il s'agit de réunir les critères d'efficacité qui éviteront de devoir ajuster perpétuellement les dépenses aux recettes. Dans l'immédiat, il est essentiel d'éviter un dépassement trop important en 1993, qui rendrait le système in-

gérable et accélérerait les processus d'éclatement. Mais parallèlement, il faut travailler à donner une nouvelle efficacité au système, ce qui demandera un gros effort à toutes les parties."

Actuellement, ajoute-t-il, on perçoit des raidissements et des résistances dans tous les secteurs, pas tellement à cause d'une mauvaise volonté qu'en raison

des inquiétudes que suscite l'avenir pour chacune des parties. Mais Georges Grinberg sent en même temps monter, dans tous les milieux, la reconnaissance de l'exigence d'une efficacité nouvelle. "Aujourd'hui, ou bien l'assurance maladie trouve les moyens de sa réforme interne; ou bien toutes les aventures sont possibles."

J.P.V.

GÖTEBORG

— LA MAGNIFIQUE PORTE DE LA SCANDINAVIE

La magnifique ville de Göteborg, sur la côte occidentale de la Suède sera le site du **CONGRÈS DENTAIRE MONDIAL ANNUEL 1993 DE LA FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE**, du 29 août au 2 septembre.

Un programme scientifique passionnant sera présenté dans un centre de congrès de première classe, situé au cœur de Göteborg. Les principaux thèmes du congrès sont les suivants:

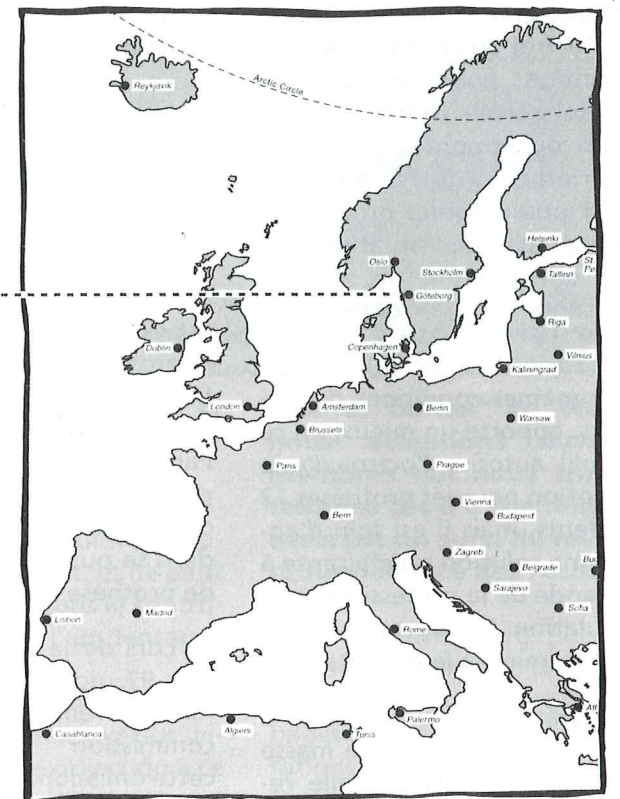
- *Implantologie - succès et échecs*
- *Application clinique des produits dentaires - à qui se fier?*
- *La dentisterie préventive en exercice*

Une vaste exposition dentaire se déroulera parallèlement au Congrès.

UNE EXPERIENCE UNIQUE

Profitez de la culture suédoise, de sa nature sauvage, de l'air pur et frais et de l'atmosphère amicale de Göteborg. Le programme des festivités comprendra une soirée (gratuite), des croisières en bateau dans le magnifique archipel, une soirée de concert et de ballet et bien plus! Combinez votre participation au congrès avec une visite avant ou après le congrès des capitales scandinaves ou peut-être trois jours au delà du Cercle arctique.

A bientôt à Göteborg - le point de rencontre naturel des chirurgiens-dentistes du monde entier en 1993.



- Oui, j'aimerais davantage d'informations sur le Congrès de la FDI.
- Oui, j'aimerais davantage d'informations sur l'exposition dentaire.

Nom

Adresse

.....

Pays

Pour tous renseignements, programme provisoire et bulletin d'inscription, veuillez prendre contact avec:

ASSOCIATION DENTAIRE SUEDOISE
P.O. Box 5843, 102 48 Stockholm, Suède ou envoyez cette page en télécopie avec vos nom et adresse à +46 8 662 58 42

ou:

FDI, 7 Carlisle Street, London W1V 5RG, U.K.

Télécopieur: +44 71 486 0183



LA REPARATION... EN PANNE!

L'accord dento-mutualiste, venu à terme le 31 décembre 92, prévoyait dans sa quatrième phase une revalorisation des prestations de prothèse.

Les incontournables restrictions budgétaires furent répercutées directement sur les conditions d'octroi du remboursement: intervention pour la prothèse complète portée à 60 ans, suppression du remontage, etc... La nomenclature prothèse 1992 apporta d'innombrables problèmes, provoqués par des situations hybrides, qui n'eurent de solution satisfaisante pour personne.

Le projet d'accord 1993, victime des mêmes conditions de restrictions, apporte un mieux, en ce sens qu'il autorise l'octroi d'une intervention pour les prothèses 12 et 13 dents, mais il est loin d'apporter une solution satisfaisante à la demande de la profession et de la population. Nous sommes, bien sûr, les premiers à le regretter.

La réparation de prothèse, si elle ne représente pas une masse budgétaire importante - elle représente une dépense d'environ 50 millions pour l'I.N.A.M.I. - est cependant une prestation symboliquement importante:

1 - elle permet d'assurer la continuité d'un traitement prothétique;

2 - inscrite dans la nomenclature dentaire, elle participe au monopole des praticiens de l'art dentaire et est considérée comme un élément de santé publique.

Le sort de la réparation de prothèse partielle n'a pas changé: attestée sous le n° de code 306773, elle est affligée d'un triste remboursement de 586 frs, pour un assuré ordinaire.

Le sort de la réparation de prothèse complète, à partir de 60 ans, par contre, connu de multiples rebondissements.

Fin 1991, les propositions faites au sein de la commission dento-mutualiste proposaient un statu quo budgétaire pour les prestations "réparation et adjonction", à savoir un montant de 120 millions. Il va de soi que l'adjonction est sans objet en ce qui concerne la prothèse complète... La réparation, quant à elle, restait à l'ancien barème et hors accord. Or, l'arrêté royal modifiant la nomenclature et présentant les nouvelles conditions de la convention omit, dans sa publication, la réparation de prothèse complète...!

Lors de la réunion du 07 janvier 92, notre président J.C. DURIAU fit remarquer, au sein de la commission dento-mutualiste, cette omission.

Il insista d'ailleurs pour qu'à l'avenir, on prenne le temps de décider sur base d'un texte écrit... Il rappela que la suppression du remboursement de réparation de la prothèse totale avait été envisagée, si le délai de renouvellement était ramené de sept à cinq ans.

A cette même réunion, le président de la commission annonça qu'il n'était pas tenu compte de la réparation de prothèse totale dans les calculs pour établir l'incidence financière. Il revint cependant sur cette affirmation lors de la séance du 24 février, en annonçant que **le coût de la réparation de la prothèse totale a**

bien été prévu dans le calcul de l'incidence financière et qu'il convient donc de communiquer cette situation au comité de gestion, car la nomenclature doit être modifiée pour prévoir la dite réparation...

Le même président concluait en disant qu'il estimait que l'intervention de l'assurance pour la réparation est due si le bénéficiaire est âgé de 60 ans ou s'il n'a pas atteint cet âge, s'il possède déjà une prothèse totale qui a donné lieu à l'intervention de l'assurance.

Nous nous retrouvons donc, début 92, avec un budget prévu pour la réparation mais une absence totale de cette prestation dans la nomenclature...

Le Comité de gestion de l'I.N.A.M.I. fut donc saisi du problème. Après consultation du Conseil Technique Dentaire, un projet d'arrêté royal comblant la lacune fut élaboré. Ce projet introduisait le n° de code 306972 - 306983, réparation de prothèse: maximum par prothèse et par an.....L25, avec comme règle d'interprétation:

"L'intervention de l'assurance pour réparation d'une prothèse totale est due si le bénéficiaire a atteint l'âge de 50 ans, ou si le bénéficiaire n'a pas atteint cet âge, s'il possède déjà une prothèse totale qui a donné lieu à l'intervention de l'assurance-maladie obligatoire". Ce projet d'arrêté prenait effet le 1er janvier 92... Nous étions en avril 92.

Ce projet rencontrait la posi-

tion du Conseil Technique Dentaire, qui estimait que le droit à la réparation devait être octroyé à partir de 50 ans.

Consulté, le Comité de Gestion décidait, le 18 mai, de donner un avis négatif sur l'âge de 50 ans, qui devrait être remplacé par 60 ans.

Consulté de nouveau, le Conseil Technique Dentaire, dans sa séance du 11 septembre 92, approuva la règle d'application sui-

vante: "l'intervention de l'assurance pour réparation d'une prothèse totale est due si le bénéficiaire est âgé de 60 ans, ou, s'il n'a pas atteint cet âge, s'il possède déjà une prothèse totale qui a donné lieu à l'intervention de l'assurance obligatoire".

La boucle est donc bouclée. Les points de vue se rejoignent.

Il n'empêche qu'à l'heure où j'écris ces lignes, rien n'est encore paru au Moniteur. Les patients

possédant une attestation de soins donnés libellant le nouveau numéro peuvent encore espérer, vu l'effet rétroactif au 1° janvier du projet d'arrêté royal, se voir rembourser un jour leur réparation, pour un montant de 586 ou 781 frs... Pour autant que le texte de l'arrêté soit publié avant que le délai de validité des attestations (deux ans actuellement) ne soit écoulé...

J.M. HUBERT

PUBLICITÉ POUR LES RÉPARATIONS : LA CHAMBRE PREND POSITION

La réparation de prothèse est-elle, oui ou non, un acte réservé aux praticiens de l'art dentaire?

praticiens de l'art dentaire et constitue un soin dans le plein sens du terme.

A ce titre, la réparation de prothèse ne peut faire l'objet d'aucune publicité d'une part, et ne peut être pratiquée que sous le contrôle d'un praticien de l'art dentaire.

Nous avons soumis ces arguments à l'un de nos avocats, lequel ne voit aucune objection à ce que nous intervenions déjà auprès des prothésistes concernés.

Pour l'instant, cette intervention se limite à constater les infractions venant de laboratoires de prothèses dentaires, qui n'hésitent pas à faire des publicités sur la réparation de prothèse dentaire. Ce constat est établi sur base des documents litigieux. Le laboratoire est alors averti, par lettre recommandée, que toute récidive nous contraindrait à des poursuites.

Tout membre qui constate pareilles infractions peut les communiquer au secrétariat...

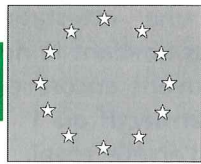
Comme il nous est impossible de surveiller toute la presse

"toutes boîtes" de Wallonie, nous attendons aussi des membres qui nous transmettent des cas d'infraction, qu'ils assurent un suivi au niveau de la surveillance des récidives...

D'autre part, nous interviendrons auprès de la firme Promédia, qui a ouvert dans ses pages jaunes, une rubrique "réparations de prothèse dentaire". Cette initiative semble mal perçue par une partie des prothésistes eux-mêmes, qui n'entendent pas se sentir exclus d'une activité qu'ils ont toujours pratiquée, tout en étant inscrits dans la rubrique "laboratoires dentaires".

Enfin, selon les termes de notre avocat, "la violation de la loi du 15/04/58 (publicité) par les prothésistes peut incontestablement donner lieu à des poursuites en justice, soit sur plainte et réquisitions du Parquet, soit - et c'est plus efficace - sur constitution de partie civile de la Chambre Syndicale Dentaire".

J.M. HUBERT



Les "denturistes" aux Pays-Bas

Rapport de l'Association dentaire Néerlandaise au Comité de liaison (Strasbourg Nov.92)

Jusqu'à récemment, le placement de prothèses complètes faisait partie d'un traitement médical et donc réservé aux médecins et dentistes, aux Pays-Bas et généralement partout dans le monde.

Mais depuis plusieurs années s'est tenue une discussion sur la position de ceux concernés par le placement de dentiers complets sans le contrôle du dentiste - et des tentatives ont été faites pour donner aux prothésistes un statut légal. Il peut être présumé que l'effort du Gouvernement et du Parlement pour légaliser les prothésistes n'était pas basé sur un intérêt de santé publique mais était la conséquence d'un lobby politique puissant qui a incité les politiciens à trouver une solution pour libérer les prothésistes de leur position inférieure.

Une décision politique a été prise dans laquelle ni les sciences dentaires, ni aucun aspect légal ou médical, ni les assurances de santé publique, n'ont joué un rôle reconnaissable.

Dans la loi publiée le 1er mars 1990, l'interdit courant, sur le placement de dentiers complets, sans qualifications en rapport, fut rescindé et un règlement a été élaboré pour protéger le titre de prothésiste. Mais il devrait être remarqué qu'en conséquence d'autres qui étaient auparavant non qualifiés sont maintenant autorisés à placer des dentiers complets. La loi définit le placement de dentiers complets comme suit:

Sans utiliser un équipement

émettant des rayons ionisants, prendre les empreintes, préparer et placer un dentier complet et, en rapport avec ceci, conseiller la personne traitée, à condition que ces actes soient menés en respectant chez ces personnes:

1. le caractère complet de l'édentation, celle-ci devant être à la fois coronaire et radiculaire;
2. les cavités buccales doivent être aptes à recevoir les prothèses;
3. les mâchoires doivent être cicatrises après les extractions effectuées.

En outre, la loi établit que le titre de prothésiste peut seulement être utilisé si la personne concernée est reprise sur les listes de prothésistes, administrées par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de la Culture. Pour être pris repris dans ce registre, on devrait être en possession d'un certificat d'aptitude en matière de prothèses complètes. Pour l'instant ce document est seulement délivré par l'institut organisant la formation des prothésistes Hollandais (T.I.O.D.D.).

POURQUOI CETTE LOI ?

Des tentatives diverses ont été faites dans les années quatre-vingt pour légaliser les prothésistes. A l'origine un statut paramédical fut considéré. En prévision d'objections de la part des chirurgiens-dentistes, ce projet fut abandonné. Postérieurement, en 1985, une limitation dans l'utilisation d'accessoires médicaux fut

envisagée. Après des explosions de critiques, particulièrement de l'Association Dentaire Hollandaise, cette idée fut aussi oubliée. Les politiciens, cependant, continuaient à chercher une solution, avec pour résultat qu'à la mi-1986, une note fut portée devant le Parlement, laquelle est maintenant devenue une loi.

L'association Dentaire Hollandaise et les professeurs de Dentisterie Prothétique des Facultés Hollandaises (ces derniers étaient particulièrement concernés par les aspects scientifiques de la loi proposée) eurent les objections suivantes, qui sont toujours d'application.

La fourniture de prothèses fait partie intégrante du programme global de soins dentaires.

Réaliser un ensemble de prothèses n'est pas simplement une chose technique. D'abord, il faut un diagnostic pertinent et un plan de traitement basé sur une connaissance médicale et biologique profonde. Le dentiste et non le prothésiste est entraîné à le faire.

Maintenir la qualité des soins chez les personnes édentées réclame un niveau de pratique au moins équivalent à la pratique courante de la dentisterie.

"Si le traitement prothétique devait être à nouveau dégradé à la pure délivrance d'un produit technique, alors la prothèse dentaire retournerait au niveau à partir duquel elle s'est si difficilement élevée dans les 10 à 20 dernières années", selon les professeurs.

Tant l'actuelle formation préliminaire que les cours de formation réservés aux prothésistes (week-end) sont inadéquats.

En conséquence de la reconnaissance des prothésistes l'identification des maladies buccales par les prothésistes entraînés est retardée et empêchée. Pour cette raison également le placement de prothèses par d'autres que les dentistes est dangereux. Le patient peut rester en permanence sans contact avec le dentiste.

C'est très déroutant et inefficace pour le patient s'il peut avoir ses prothèses faites par soit le dentiste, soit le prothésiste. Ca conduit à un arrêt des soins et peur mener à une compétition entre le dentiste et le prothésiste. Ceci n'augmente ni la qualité des soins dentaires ne ne promeut les intérêts du patient.

L'Association Dentaire Hollandaise considère la reconnaissance d'un nouveau groupe professionnel en dentisterie comme superflue, parce qu'il y a une disponibilité adéquate de dentistes expérimentés. Il n'est aucune question de manques dans aucune branche de la dentisterie, ni dans les fournitures prothétiques.

De surcroît la loi anticipe sans nécessité sur ce que la note au sujet de la pratique professionnelle individuelle en soins de santé a pour but de régler, c'est-à-dire une législation uniforme pour tous les praticiens privés. Le prothésiste n'a pas jusqu'à présent été considéré avec respect. La discussion au sujet du prothésiste devrait donc ne pas avoir lieu jusqu'au moment où la note du B.I.G. (Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidsorg) susmentionnée soit négociée à la Chambre Basse. La discussion et l'approbation finale de cette note réclamera un certain temps et de l'attention. La loi du B.I.G. veut trouver un règlement dans des domaines tels que les comparutions disciplinaires, les actions en

réserve, la protection des titres, les enregistrements courants et la qualité de la pratique professionnelle individuelle de santé au Pays-Bas.

Dans la dernière phase de l'examen parlementaire de la note concernant le denturiste, en Chambre Haute, (d'une façon marquée les parties prenantes de la coalition gouvernementale d'alors ont examiné avec soin les objections présentées par l'Association Dentaire Hollandaise) sur la note, pourtant les mêmes objections ne les impressionnèrent guère) l'Association Dentaire Hollandaise a indiqué une nouvelle fois les engagements minimum que le gouvernement devrait faire si la note n'était pas écartée. Ces engagements devraient s'appliquer aux points suivants:

1. Le placement de prothèses complètes par d'autres que des dentistes devrait être précédé d'une déclaration par un dentiste exerçant attestant que la bouche concernée est "propre" et appareillable.

Par ceci, un pas positif est fait en regard du paragraphe dans la note au sujet de la dénommée fonction préventive du prothésiste qui n'est, cependant, pas qualifié pour établir un diagnostic : il ne peut ni détecter une situation par l'utilisation d'un équipement RX ni déterminer une contre-indication résultant d'anomalies en bouche, de nature pathologique ou non;

2. Un second engagement devrait être que l'Inspection Médicale devrait effectivement surveiller pas seulement si les prothésistes pratiquent leur profession exclusivement en suivant la législation contrôlant l'enregistrement, la protection du titre et les demandes d'examen, mais on devrait voir en cela si le prothésiste et les autres se limitent strictement à ce qui est repris dans leurs qualifications par l'article 1 de la note.

EXPÉRIENCES AVEC LA NOUVELLE LOI

Entretemps l'euphorie des prothésistes résultant de la législation était retombée. Le fait est que l'assurance de Santé Publique ne payera pas pour le travail d'un prothésiste, tout comme une large part de la population Hollandaise n'est pas remboursée si des prothèses complètes sont placées par un prothésiste. La même chose s'applique aux dénommés pourcentages de base. Avec cette assurance, applicable à toute personne après 65 ans, le remboursement est seulement accordé si les prothèses sont placées par un dentiste. Ceci signifie que les prothésistes sont maintenant confrontés avec le fait que la majeure partie de leur groupe cible tombe dans un système assurantiel qui ne rembourse pas les prothèses élaborées par les prothésistes.

Récemment ceci était la raison des actions prises par les prothésistes pour trouver un dentiste prêt à signer des déclarations sur les prothèses faites par les prothésistes. L'Association Dentaire Hollandaise a pris la position suivante par rapport à cette situation.

L'engagement du dentiste est bien plus grand que la simple signature d'une déclaration pour l'Assurance de Santé. Si l'Assurance de Santé dentaire officielle agit de façon responsable, le dentiste-conseil devrait faire un diagnostic et suggérer un plan de traitement, alors peut-être référer le patient au prothésiste. Quand le prothésiste a terminé son travail, le dentiste devrait alors le vérifier. De cette manière le dentiste porte la responsabilité finale sur les complets fournis et se comporte parallèlement à son accord pris avec l'Assurance de Santé.

Il est difficile de prévoir ce qu'il adviendra dans le futur immédiat et à plus long terme.

Dans les années passées et également dans la période actuelle

s'est tenue une discussion élaborée sur les plans gouvernementaux concernant la structure et le financement de la santé. De plus, une discussion a eu lieu au Parlement depuis des années au sujet d'une loi sur la pratique professionnelle individuelle dans le domaine sanitaire.

Tout ceci aura des conséquences pour la position du dentiste et du prothésiste et la relation entre les partenaires professionnels. De surcroît, le système de remboursement pour les prothèses complètes devra être réorganisé. Pour l'instant aucune indication claire ne peut être donnée quand à savoir comment cela sera rendu opérationnel.

Parmi les états membres de la C.E.E., seuls les Pays-Bas et le Danemark ont une législation sur les prothésistes.

Il est à espérer que dans les autres états membres, résonne une argumentation pesant plus que des considérations politiques de sorte que dans ces pays le placement de prothèses complètes sera réservé à ceux vraiment qualifiés pour le faire : les dentistes.

Si la disparition des frontières en 1993 permet aux personnes et aux firmes de devenir actives dans un marché étranger alors les prothésistes seront également autorisés à travailler dans d'autres états membres de la C.E.E. . On s'attend

à ce que l'unification européenne amène peu de changement dans la position des prothésistes. Ils tendent à être des affaires unipersonnelles avec un faible intérêt à travailler dans d'autres pays, étant donné que la langue constituera une barrière majeure dans leur profession rentrant dans la catégorie des services.

R.P.C. Jennen,
Conseiller Légal,

Association Dentaire Hollandaise
(Traduction C. HUBERTY)
EDS Magazine, Vol.3, Nr.1 February
1992.

Les prothésistes légalisés aux Pays-Bas.
R.P.C. Jennen, Nieuwegein, Pays-Bas

Séminaires de Dentisterie Energétique et les Nuisances dentaires et externes sur la santé

Francis HELLA – Dentiste L.S.D.

PALAIS DES CONGRÈS À LIÈGE

ESPLANADE DE L'EUROPE, 2 – 4020 LIÈGE

SAMEDI :

Accueil

Concept énergétique général

Rapport Dent à dent, organes

Perception énergétique exercices, méthodes

Nuisances externes

Nuisances dentaires

Apports ostéopathique médecine chinoise

DIMANCHE :

Dentisterie énergétique, occlusion, dentisterie opératoire, prothèses

Perception énergétique matin, après-midi

Rôle dans les maladies, étude

Conclusions et questions

Participation : 13.900 FB, pauses café, 2 dîners compris

11.600 FB, pauses café

Membres SMD., ODENTH. : 11.900 FB et 9.600 FB

Possibilité de logement au Holiday Inn – Esplanade de l'Europe 2 à côté du Palais

téléphone : 041 / 42 60 20 – mentionner Séminaire Dentaire

RENSEIGNEMENTS & INSCRIPTIONS : Francis HELLA - Résidence Floride

place Joséphine Charlotte 1 - boîte 11 – B 5100 JAMBES – Tél. 081 / 30 30 47

Paiement par chèque ou versement au 250-0281830-33

HISTOIRE

Le XVIII^e siècle

(fin)



■ Peter Angillis (1685-1734).

Le Dentiste.

École flamande. Collection particulière.
Peter Angillis a su assimiler avec talent la double influence de Watteau et de Téniers avec une grande fraîcheur de coloris.

■ CROISSANT DE GARENGEOT (1688-1759), médecin de la Marine, puis chirurgien-examineur au Châtelet à Paris. Ce poste est plutôt administratif, puisqu'il consiste entre autres choses, à pratiquer des autopsies, et parmi celles-ci, celles des suppliciés; à ce sujet on rapporte que Garengéot assistait en personne aux supplices. Il publia quelques travaux scientifiques, et restera célèbre jusqu'à aujourd'hui par la clef portant son nom. Mais ce personnage eut de nombreux démêlés avec des confrères qu'il a plagiés: avec le sieur Vigneron, fabricant d'instruments, qui lui reprochait de lui avoir pris certaines de ses inventions; avec

Fauchard, au sujet de traitements dentaires, ce dernier le soupçonnant de s'être inspiré de ses idées dans son traité qu'il avait terminé en 1724 mais qui ne fut édité qu'en 1728 pour corrections et avis demandés à des chirurgiens éminents par Fauchard lui-même. En 1725, Garengot fit paraître un ouvrage intitulé: *Nouveau Traité des instruments de chirurgie* où sa clef ne figure pas. La première fois que le nom de Garengot est associé à sa clef se situe treize ans après sa mort, soit en 1772, dans un catalogue publié par Perret. Rappelons que cette clef est également connue sous le nom de clef anglaise, clef allemande ou encore clef du frère de St Côme. Heister utilise en 1719 un instrument qui rappelle la clef et qui est un combiné de pélican, d'élévateur et de forceps venant probablement de Virginie en Amérique. La première fois que cette fameuse clef apparaît dans la littérature semble être en 1742, chez l'Anglais Fothergill (Londres). Bourdet présente en 1757 une clef dans son livre *Recherches et observations sur toutes les parties de l'art dentaire*. Jourdain présente, lui aussi, une clef en 1760, et il ne faut pas oublier les clefs de Leber, Clarke, Benjamin Bell (1786) pour ne citer qu'eux. *The British Magazine* de 1762 montre des séries de clefs. Knauer, en 1796, fait fabriquer une clef améliorée.

On peut donc se poser la question sur la parenté entre Garengot et la clef portant son nom L.J. Cecconi (1964) pose cette question ainsi: est-ce le rapprochement entre les supplices auxquels Garengot assistait et la crainte de l'extraction (douloureuse à l'époque, puisque sans anesthésie) qui a fait qu'on ait appelé cette clef, la clef de Garengot?

Robert Bunon (1702-1748) publie en 1741 *Dissertation sur un préjugé très pernicieux concernant les maux de dents qui surviennent aux femmes grosses*, en 1743 *Essay sur les maladies des dents où l'on propose des moyens de procurer une bonne conformation dès la plus tendre enfance et d'en assurer la conservation pendant tout le cours de la vie* et en 1746 *Expériences et démonstrations faites à l'hôpital de la Salpêtrière et à Saint-Côme, en présence de l'Académie Royale de Chirurgie. Pour servir de suite et de preuve à l'essai sur les maladies des dents*.

Claude Mouton publie en 1746 *Essay d'odontologie ou dissertation sur les dents artificielles*, où il parle de prothèses fixes avec couronnes, dents à pivot et même couronnes à facettes, ligatures, obturations à l'or, transplantations et réimplantations. Il fut le dentiste du roi Louis XV.

Il écrit: «...recouvrir la dent usée d'une calotte d'or, incrustant toute la surface extérieure et ajustée de manière à ne pouvoir intercepter aucune portion d'aliments (...) émailler l'extérieure de l'enveloppe de même couleur que les dents voisines». Il utilisait également les dents perdues par déchaussement: «Il arrive que des personnes dont les dents sont tombées d'elles-mêmes viennent trouver le dentiste pour voir s'il serait possible de leur remettre ces mêmes dents (...) On les rattache comme des dents pastiches et elles remplissent le rôle qu'elles avaient avant.» Ou les dents des morts: «Les dents de ceux qui sont morts de quelque accident imprévu ou subitement sont très bonnes, puisque leur couleur ni leur substance n'ont eu le temps de s'altérer.» Ou les dents d'animaux: «le boeuf est l'animal qui nous fournit le plus communément des armes contre lui-même. La dent de boeuf est d'un excellent usage».

Louis Fleury dit Lécluze ou l'Ecluse de Tilloy (1711-1792) fut en même temps dentiste, auteur et acteur à l'Opéra-Comique, des foires St-Germain et St-

■ **Frans Anton Maulpertsch** (1724-1796).

Le Charlatan. Gravure signée et datée 1785. École autrichienne. Staatliche Graphische Sammlung. Munich.

Laurent; il faisait partie en 1737 de la troupe de Favart, puis en 1747 de la troupe du maréchal de Saxe durant la guerre en Autriche, pendant laquelle il soignait également. Puis, dentiste du roi de Pologne à Lunéville en 1748, il inventa des instruments pour les extractions (leviers, ou trivelin ou langue de carpe)), un élixir antiscorbutique, des éponges prêtes pour le nettoyage des dents. Il publia en 1750 à Nancy *Traité utile au public*, et en 1754 *Les nouveaux éléments d'odontologie et pratique abrégée*. Auteur-acteur, il joua également en 1760 à Ferney, sous les yeux de Voltaire (et y soigna la nièce de celui-ci, Madame Denis) dont il deviendra un ami. Voltaire éprouvait un grand plaisir à le voir jouer dans ses *Oeuvres poissardes*. Inspecteur d'orvietan, il deviendra vendeur d'orvietan lui-même. En 1778, revenu à Paris, il joua dans divers théâtres: Théâtre de Wauxhall de Torrè, puis dans le théâtre de Quatre Sous, devenu les Variétés Amusantes et transféré au Palais Royal. Il publia en 1782 *Art du dentiste et anatomie de la bouche* et mourut pauvre en 1792.



Cette scène est pleine de mouvement. Pendant que le dentiste opère, un de ses acolytes danse tandis que d'autres vendent des élixirs.

Le célèbre acteur Talma était également dentiste, profession qu'il exerça pendant dix-huit ans avant de se faire admettre en 1786 à l'École royale dramatique.

Etienne Bourdet (1722-1789) qui succéda à Claude Mouton comme dentiste du roi en 1760, et ce jusqu'à sa mort en 1789, préconisa dès 1750 le clou de Girofle comme calmant et antiseptique, ce que beaucoup de dentistes appliquaient en

publia en 1757 *Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste*. Dans son *Traité d'hygiène dentaire* paru en 1759, il exposait ses vues sur la prévention des malpositions dentaires, sur les obturations en or (ancêtres des prothèses mobiles métalliques squelettées d'aujourd'hui) avec les parties visibles émaillées (comme Fauchard), sur les dents à tenon, et enfin il y décrivait ses propres instruments (instruments de Bourdet). Enfin, en 1771, il rédigea un nouveau traité d'hygiène intitulé: *Soins faciles pour la propreté de la bouche...*

Jean-Joseph Dubois-Faucou (1747-1830), eut le rare privilège d'avoir soigné les bouches de Louis XVI, Napoléon 1er (de 1806 à 1814), Louis XVIII et Charles X. Maître en chirurgie de Paris il pratiqua des essais d'empreintes à la cire qu'il décrivit en 1789, fit des recherches sur la fabrication des dents artificielles en 1806 et essaya lui aussi la mise au point de la porcelaine. Il créa également des instruments dont deux font partie de la célèbre trousse de l'empereur, tous fabriqués par le célèbre coutelier Gougeret installé au 45 rue des Saints-Pères à Paris.

A. Duchateau (1714-1792), apothicaire à Saint-Germain-en-Laye, fit ses premiers essais de prothèses en porcelaine avec le porcelainier Guérard en 1770 et le dentiste parisien Nicolas Dubois de Chemant (1753-1824). Ce dernier présenta ce procédé à l'Académie Royale de Chirurgie en 1786, obtint les brevets d'invention en 1788 et 1790 et un brevet anglais en 1791, ce qui l'amena à s'associer en 1792 avec Claudius Ash pour la fabrication des dents artificielles faites à partir d'un mélange comprenant, entre autres, du sable de Fontainebleau. Jean Darcet (1725-1801), médecin et chimiste, fit construire un four spécial à Sèvres, mais l'Académie Royale ne jugea pas le procédé assez bon; c'est ainsi que, à cette époque, la porcelaine fut fabriquée par la firme Ash et Cie.

André Levet utilisa le premier miroir endobuccal en 1743 et Georges Arnaud de Ronsil le premier éclairage endoscopique en 1768. Ainsi, on peut constater que, durant ce siècle, se côtoyaient de véritables scientifiques, observateurs attentifs, qui publiaient des ouvrages, des arracheurs de dents ou charlatans, ainsi que des dentistes qui croyaient encore à des préjugés anciens forts éloignés de la réalité, comme les vers qui rongent la dent. A ce propos, il faut rappeler que le régent de la Faculté de médecine, Nicolas Audry de Boisregard, écrivit en 1742: *Traité de la génération des vers dans le corps de l'homme*.

Aux Etats-unis, c'est à la fin du XVIII^e siècle que les chirurgiens-dentistes commencèrent à s'installer et que les grandes universités se mirent à fonctionner pour acquérir rapidement une renommée mondiale qui, au XIX^e siècle, amena le niveau de la dentisterie américaine au premier rang pour s'y maintenir jusqu'à nos jours.

Aux Pays-Bas, la Gilde des Chirurgiens-dentistes comptait déjà des maîtres-dentistes et des chirurgiens-dentistes; mais c'est en Hongrie que fut institué en 1799 un diplôme obligatoire pour l'exercice de l'art dentaire, le *Magister Artis dentariae*, délivré par la Faculté de médecine de Budapest: tandis qu'en Pologne les cours de chirurgie dispensés dans les Ecoles de médecine de Cracovie couvraient la chirurgie dentaire. En revanche, en Suède, dès 1799, est institué un test officiel d'aptitude professionnelle pour les chirurgiens-dentistes. Déjà en Russie, Philippe Pfaff (1716-1780) dentiste de Frédéric le Grand, prend des empreintes en plâtre; cette technique restera en vigueur jusqu'à l'avènement des alginate, utilisés jusqu'à aujourd'hui et depuis 1945. ■

Profession

DÉLAI DE REMISE AU PATIENT DE L'ATTESTATION DE SOINS

La loi du 9 août 1963 donnait au patient un délai de 2 ans pour obtenir le remboursement des soins attestés, mais ne donnait aucune précision sur le délai donné au praticien pour délivrer l'attestation, une fois la prestation effectuée. Un règlement élaboré par le Comité de Gestion en date du 21 novembre 1988 modifie la loi en insérant dans l'art. 9 ter de l'A.R. du 24/12/1963.

"§ 13. Pour les prestations auxquelles le paiement direct par les organismes assureurs ou dispensateur de soins ou à l'établissement de soins n'est pas applicable, les remboursements de l'assurance soins de santé sont octroyés à la condition que l'attestation de soins donnés ou le document qui en tient lieu, à délivrer par les praticiens de l'art de guérir, les établissements hospitaliers et les auxiliaires paramédicaux soit remis au bénéficiaire dès que possible et au plus tard dans un délai de trois mois suivant la fin du mois au cours duquel les soins ont été donnés."

L'a.s.b.l. Fédération Belge des Chambres Syndicales des Médecins a le 17 février 1989 introduit une requête en annulation du règlement susdit, pour d'autres raisons que celle évoquée ci-dessus, celle-ci y comprise.

La 3^{ème} Chambre du Conseil d'Etat a prononcé, le 22 mars 1992, un arrêt déclarant illégal cette obligation du

délai de 3 mois.

"Considérant que la requérante prend un troisième moyen de la violation de l'art.106 paragraphe 1er 3° de la loi du 9 août 1963, en ce que que cet article vise la demande de paiement adressée par le bénéficiaire à son organisme assureur; que la disposition attaquée ajoute à la loi en ce qu'elle prévoit un délai de forclusion supplémentaire, que le Comité de Gestion ne tient pareil pouvoir ni des articles 112 4^e et 34 quater de la loi du 9 août 1963, ni d'aucune autre disposition légale ou réglementaire ; **que le moyen est fondé.**

Publication de l'arrêt par extrait au Moniteur Belge dans les mêmes formes que le règlement partiellement annulé.

... complément d'information :

Il faut préciser que l'annulation du délai de trois mois pour la délivrance de l'attestation de soins donnés a été obtenue suite à une requête de la Fédération des Chambres Syndicales des Médecins.

Cette requête en date du 17 février 1989, visait à l'annulation d'un règlement élaboré par le Comité de Gestion en date du 21 novembre 1988.

Le délai de 2 ans reste bien sûr d'application

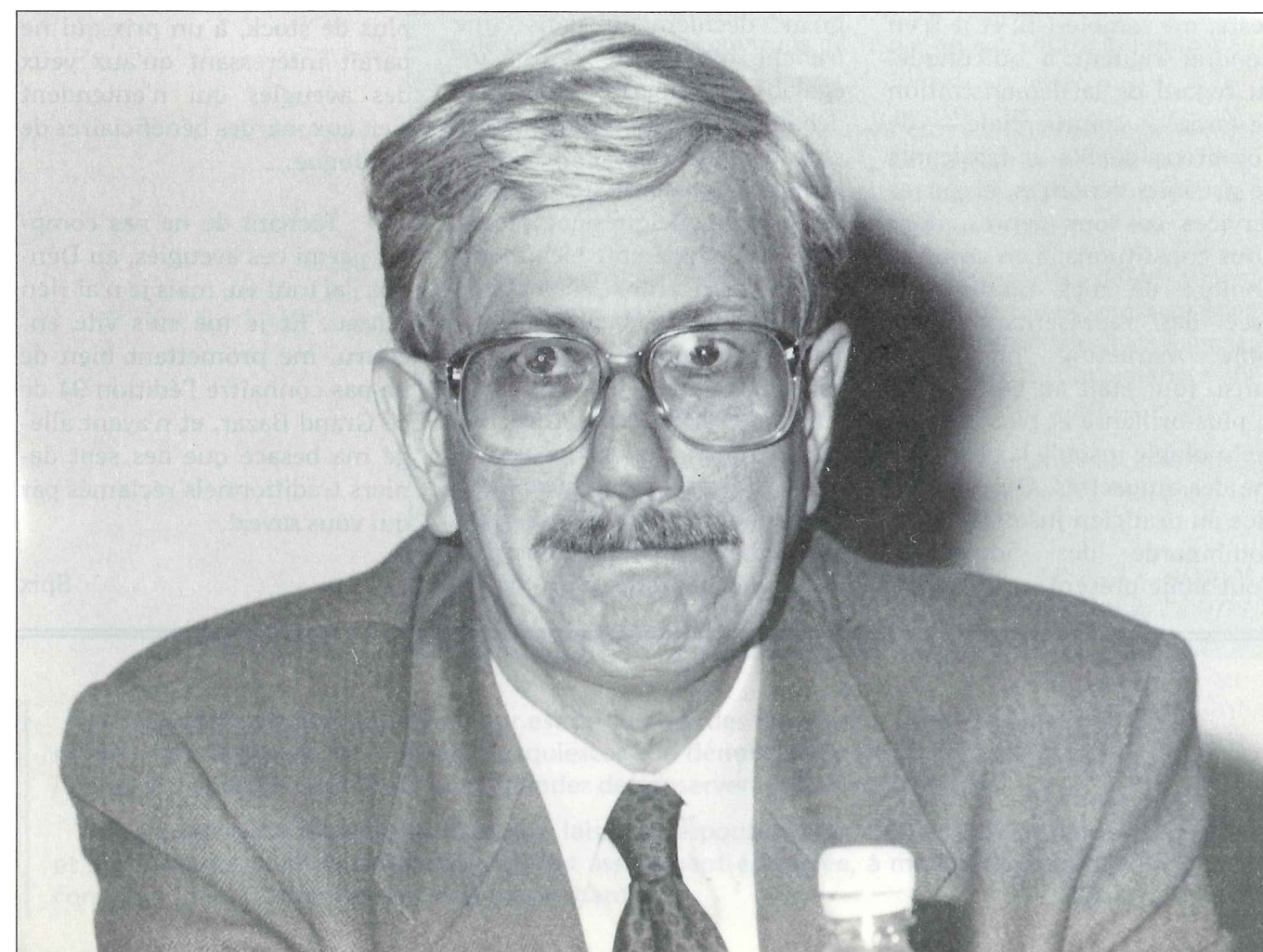


PHOTO © LOWIE STEVE / BRUXELLES

DENTEX

A la folie, pas du tout...

NOMBREUX, très nombreux sans doute, avons-nous été à parcourir en novembre les interminables allées du palais 12, au Heysel, à l'occasion de l'exposition Dentex. Notre Chambre Syndicale y partageait d'ailleurs un stand, avec les deux autres associations professionnelles francophones, unies qu'elles sont — ou semblent être — en cette période d'activité sociale bousculée.

Notre étal était bien modeste, me semble-t-il, et je n'en tiendrai rigueur à quiconque, au regard de la démonstration de force — commerciale — de nombreux dépôts et fabricants de produits dentaires, et autres services en tous genres, dont nous constituons, à en croire le nombre de mes rendez-vous avec des représentants, une cible marketing privilégiée. Ainsi, tout était au Dentex! De la plus brillante et plus récente technologie jusqu'à la plus infâme des amusettes. Du réel service au praticien jusqu'à la plus combinarde des fiduciaires. Tout était présent, qui me pa-

raît profiter de cette aubaine bisannuelle pour raccoler, mataquer, et gruger le pauvre praticien errant, qui ne doit sa présence à l'exposition qu'au hasard d'une invitation gracieuse parmi vingt.

Tout! Mais alors que je déambulais comme un zombie dans les artères surchauffées, une idée s'incrusta dans mon esprit : ce «tout» du dentaire, ce rendez-vous obligé des anciens copains de promotion... baignait décidément dans une franche monotonie et une inégalable médiocrité! Malgré la débauche d'ostentation offerte par les plus hardis des exposants, malgré la luxuriante apparence de quelques comptoirs, le Dentex s'apparente bien moins à une rencontre scientifique qu'aux souks de Marrakech! Une enfilade de boutiques qui se toisent autant qu'elles rivalisent sur un créneau sursaturé. Et, coincé entre les échoppes de deux de mes fournisseurs habituels, je vis une question apparaître dans l'air : qui donc paie ce grand marché d'un week-

end, si ce n'est le malheureux acheteur en bout de chaîne?

Car il est bien niais, ce pauvre dentiste égaré, s'il croit faire bon commerce de la récolte d'un plein panier d'échantillons sans valeur, ou pire encore, s'il s'imagine privilégié de s'être vu accorder une ristourne de quelques pour cent sur un bon de commande de deux millions! Restons sérieux. La soldeirie du Dentex répond aux lois du marché : on élimine les surplus de stock, à un prix qui ne paraît intéressant qu'aux yeux des aveugles qui n'entendent rien aux marges bénéficiaires de catalogue...

Tâchant de ne pas compter parmi ces aveugles, au Dentex, j'ai tout vu, mais je n'ai rien retenu. Et je me suis vite encouru, me promettant bien de ne pas connaître l'édition 94 de ce Grand Bazar, et n'ayant allégé ma besace que des sept derniers traditionnels réclamés par qui vous savez!

Spix

**Nous avons reçu
la lettre suivante
du Professeur
J.F. Simon,
président de l'École
de Médecine
dentaire
et stomatologie de
l'Université
Catholique de
Louvain**

Monsieur le Président, cher Confrère,

Ayant pris connaissance de l'article courageusement anonyme publié dans le n°87 de l'Incisif sous le titre "L'Épine de Spix: NUMERUS CLAUSUS", et désireux de ne pas entamer une polémique stérile, j'ai hésité à répondre à ce que j'ai tendance à considérer comme un règlement de comptes de type freudien.

Néanmoins la vérité a ses droits et en tant que Président de l'EMDS, je me dois de défendre l'honorabilité de mes Collègues quand elle est mise en cause, même d'une façon que je juge assez irresponsable: un seul chiffre situera la valeur de la documentation de "Monsieur SPIX":

462 dentistes ont été diplômés à l'UCL (troisième licence) de 1980 à 1985, soit 77 par an...on est loin de la quarantaine d'admis en la "divine clinique" selon "Monsieur Spix".

Restons sérieux: lorsque l'UCL a jugé devoir appliquer un Numerus clausus pour maintenir la qualité de son enseignement en licence en Science dentaire, elle l'a fait à visage découvert: un N.C. a été effectivement annoncé et appliqué à l'entrée de 2e candidature (80 admis), dans les 75 à 80.

Il est à noter d'ailleurs que depuis 1985, le nombre d'étudiants s'est réglé de lui-même aux environs de 35 par année, chiffre qui nous paraît raisonnable.

Je ne nierai pas que les exigences aient été et soient toujours élevées en préclinique de première licence, ni que certains étudiants qui éprouvent des difficultés à ce moment de leur formation puissent devenir brillants plus tard, à l'UCL ou dans d'autres universités.

Mais je dénie à quiconque le droit d'insinuer que les délibérations d'un jury, appartenant à quelque Université que ce soit, puissent être influencées par le souci de limiter le nombre d'étudiants dans l'année suivante, ou par toute considération étrangère aux connaissances ou aux acquis médico-techniques des candidats.

Espérant que votre souci d'informer impartialement nos CONfrères vous incitera à publier la présente, je vous prie de croire, Monsieur le Président, en mes sentiments très confraternels.

*Prof. J.F. SIMON
Président de l'EMDS*

Le propre d'une rubrique d'humeur est de susciter des humeurs contraires. Ainsi, on ne peut demander au Prof. Simon d'acquiescer à la dénonciation dont son école a fait l'objet. On pourrait cependant lui demander de conserver un brin de politesse.

Par ailleurs, pour faire bref procès, je le laisserai responsable des chiffres qu'il avance, et me contenterai de la satisfaction qu'ont assurément éprouvée, à me lire et à se reconnaître, des dizaines de confrères désenchantés.

Sp.

Economie de la santé: l'essentiel des chiffres

Notre pays est riche en statistiques sur la santé, mais elles sont souvent dispersées et d'accès difficile. Pour la première fois, ces chiffres ont été synthétisés et rassemblés dans un compendium édité par l'Institut belge d'économie de la santé. Un outil de choix pour tous ceux qui veulent connaître l'état de notre système de la santé.

Il vaut toujours mieux savoir de quoi on parle. Et quand on discute de niveaux de dépenses en soins de santé, comment se passer d'une vue précise des différents paramètres, dans une matière extrêmement complexe? Avoir une vue globale de notre système de santé à travers ses statistiques n'est cependant pas aisé. Les informations disponibles sont souvent partielles, limitées à l'objet particulier de l'organisme qui les produit. Et leur caractère public est tout relatif.

C'est ce qu'ont constaté très vite les responsables de l'Institut belge d'économie de la santé (IBES), créé l'an dernier par un groupe d'entreprises pharmaceutiques qui éprouvaient le besoin de mieux comprendre la société dans laquelle elles évoluaient et qui souvent les interpellait sur les coûts de la santé. L'ambition des fondateurs de l'IBES allait cependant au-delà de cette première préoccupation. Leur volonté était et est toujours de développer une coopération avec des chercheurs universitaires, mais aussi de fournir des instruments utiles à leur réflexion et à leur action à tous ceux qui ont un rôle moteur dans notre système de soins de santé.

LES DONNEES ESSENTIELLES

Un tel objectif supposait évidemment de disposer d'un tableau de bord qui rassemble les données essentielles du secteur et permette aussi des comparaisons internationales. La plupart de nos voisins disposent d'ailleurs d'un tel instrument: un vade-mecum de statistiques de santé aux Pays-Bas, un annuaire en France, des cahiers par sujet en Allemagne et, en Grande-Bretagne, à l'initiative de l'Office of Health Economics, le grand frère de l'IBES, un *Compendium of Health Statistics* qui en est déjà à sa neuvième édition bis-annuelle.

La Belgique est moins gâtée. Non pas que les statistiques y soient inexistantes. "Au contraire, notre pays dispose de beaucoup de statistiques, très riches et détaillées", souligne Hugo Schepens, directeur de l'IBES. Mais ces chiffres ne sont pas publiés avec l'intention de toucher le citoyen concerné par les problèmes de santé. Les statistiques élaborées par de nombreuses instances apparaissent plutôt dans les rapports annuels destinés avant tout aux experts et aux organes de gestion et de contrôle."

"A en juger par les efforts que j'ai dû déployer pour remonter aux sources, poursuit Hugo Schepens, celui qui a peu de temps disponible ne peut pas se mettre à ce travail. Je dois cependant souligner que nous avons bénéficié d'énormément de collaboration de la part des administrations. J'avais même l'impression que ceux qui y travaillaient étaient heureux de pouvoir collaborer à un projet qui sortirait le fruit de leur travail de la discrétion où il était enfoui depuis des années."

CINQ CHAPITRES

Le *Compendium de statistiques de la santé* que vient de publier l'IBES cherche avant tout à donner un éventail de données homogènes, sans prétendre être exhaustif. Le compendium se veut accessible à un public aussi large que possible. Ces données pourront cependant être approfondies en ayant recours aux sources, qui sont largement citées.

Hugo Schepens a opté pour un aperçu large et structuré de tous les aspects de la santé publique; ces données sont insérées dans une perspective chronologique avec de longues séries et dans une perspective internatio-

nale offrant des comparaisons avec d'autres pays européens.

Le compendium est divisé en cinq grands chapitres: population et santé, professions, établissements de soins, dépenses de santé, médicaments. Chaque cha-

pitre est précédé d'une note de synthèse introductive. Un ouvrage de référence qui sera réactualisé tous les deux ans.

J.P.V.

Le "Compendium de statistiques de la santé 1992" est vendu en librairie, au prix de 500 francs. On peut aussi le commander à l'IBES (102, rue Léon Théodor, 1090 Bruxelles) par virement au compte n° 425-6502501-08, avec la mention "Compendium".

L'EMPLOI DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
1. SALARIES	170 475	172 409	176 179	176 888	179 680	179 127	184 931	200 827	203 839	204 748
dont										
Industrie méd., paraméd. et pharmac.	15 166	15 200	14 635	15 162	15 207	15 062	15 197	15 516	16 004	16 258
Soc. pharm. non-industri. et grossistes	6 482	6 296	6 293	6 396	6 403	6 832	7 088	7 643	7 747	7 912
Grossistes prod. méd. et paraméd.	1 740	1 809	2 072	1 974	2 094	2 310	2 485	2 860	3 072	3 156
Officines ouvertes (pharmacies)	7 533	7 570	7 643	7 664	7 631	7 769	7 869	8 581	8 939	9 232
Comm. de détail, prod. méd. et paraméd.	230	245	249	233	240	240	280	312	346	321
Hôpitaux et autres établissements méd.	120 497	122 045	125 308	126 121	127 579	127 489	132 275	144 685	146 740	147 563
Cabinets de médecins	3 785	3 679	3 646	3 768	3 809	3 909	3 913	4 708	4 787	4 838
Cabinets de dentistes	1 088	1 107	1 072	1 049	1 032	1 026	1 079	1 302	1 346	1 311
Infirm., kinésistes et accouch. indép.	387	343	414	453	525	530	613	809	853	691
Mutuelles	13 567	14 115	14 847	14 068	14 160	13 960	14 132	14 411	14 005	13 466
2. INDEPENDANTS	30 296	31 351	33 526	35 023	37 057	41 907	43 559	45 087	46 047	47 050
dont										
Médecins	14 637	15 023	15 953	16 558	17 467	19 265	19 757	20 395	20 716	20 940
Dentistes	3 653	3 881	4 258	4 478	4 754	5 410	5 596	5 831	5 911	6 015
Pharmaciens	4 486	4 481	4 580	4 568	4 609	4 850	4 807	4 852	4 675	4 645
Infirm., kinésistes, accoucheuses	7 520	7 966	8 735	9 419	10 227	12 382	13 399	14 009	14 745	15 450
3. EMPLOI GLOBAL DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTE	200 771	203 760	209 705	211 911	215 737	221 034	228 490	245 914	249 886	251 798
En % de la population active	5.0	5.1	5.3	5.4	5.4	5.5	5.7	6.1	6.2	6.2

Source: Bureau du Plan, sur base de données de l'ONSS (Salariés) et de l'INASTI (Indépendants); regroupements et calculs IBES.

Nombre de dentistes

Année	Nombre	0/000	
		1980 = 100	0/000
1975	3 027	3,0	66
1976	3 235	3,3	71
1977	3 451	3,5	76
1978	3 739	3,8	82
1979	4 137	4,2	91
1980	4 549	4,6	100
1981	4 937	5,0	109
1982	5 292	5,3	116
1983	5 639	5,7	124
1984	5 967	6,0	131
1985	6 273	6,3	138
1986	6 666	6,7	147
1987	6 792	6,8	149
1988	7 032	7,1	155
1989	7 182	7,2	158
1990	7 285	7,3	159
1991	7 033	7,0	153

0/000 = par 10 000 habitants

Nombre de dentistes dans 5 pays

Chiffres absolus (au 31.12.89)

Belgique	7 182
France	37 931
Allemagne	40 805
Pays-Bas	7 803
Royaume-Uni*	18 240

Par 10 000 habitants

Belgique	7,2
France	6,7
Allemagne	6,5
Pays-Bas	5,2
Royaume-Uni*	3,2

* Dentistes en milieu hospitalier non compris.

DÉPENSES INAMI PAR PRESTATIONS

PRIX CONSTANTS 1980 (000 000 Frs)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	p 1990	p 1991
1. Honoraires médicaux	58 221	60 861	62 871	64 319	67 166	65 233	71 576	76 415	74 028	75 458	76 990	81 160
dont Biologie Clinique	15 419	16 073	17 678	18 297	20 137	19 400	21 096	22 052	19 978	18 006	17 822	18 585
2. Hon. pour soins infirmiers	3 238	3 420	3 820	4 319	4 690	5 301	6 039	6 665	7 207	7 702	8 830	10 956
dont Forfait soins MRS	-	-	-	-	-	-	-	2 146	2 275	2 307	2 381	4 205
3. Honoraires des dentistes	4 239	4 213	4 026	3 826	3 899	3 977	4 831	5 149	5 223	5 665	6 013	6 827
4. Prestat. pharmaceutiques	22 260	21 867	21 030	22 188	21 530	21 520	23 687	25 741	27 778	28 138	30 084	33 376
5. Soins par kinésithérapeutes	5 557	5 703	5 014	4 673	4 788	5 057	5 483	5 878	6 150	6 349	6 815	6 413
6. Soins bandag. et orthopéd.	1 589	1 471	1 532	1 717	1 961	2 057	2 381	2 794	3 003	3 240	3 625	3 892
7. Soins par opticiens	496	243	248	237	215	197	230	161	116	210	172	195
8. Soins par accousticiens	158	155	155	154	165	165	171	178	177	184	189	200
9. Accouch. par accoucheuses	118	115	114	114	115	100	121	128	116	118	121	127
10. Dialyse	168	185	213	271	266	283	435	443	442	506	510	525
11. Hospitalisation	38 230	40 242	42 985	45 388	46 034	41 029	45 174	47 523	43 009	44 024	46 792	50 763
12. MRS et habitat protégées	(1)	(1)	(1)	(1)	141	353	874	1 187	2 438	3 087	3 796	4 620
13. Cures thermales	-	-	-	-	-	-	-	66	42	106	111	122
14. Rééduc. fonction. et profess.	741	994	826	1 025	1 134	1 241	1 187	1 006	1 093	1 182	1 258	1 756
15. Placement et frais de déplac.	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	299	302	278	264	354
16. SNCB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 714
Sous-total	135 016	139 467	142 833	148 231	152 104	146 514	162 194	173 631	171 123	176 246	183 570	204 999
Régularisation	-212	-853	-208	11	-448	-634	-1 885	-1 108	-872	-897	-709	-669
Total	134 804	138 614	142 625	148 242	151 656	145 879	160 309	172 523	172 151	175 349	184 861	204 331

(1) Inclus dans le poste 11. (2) Inclus dans le poste 14. — Source : INAMI; calcul IBES

Nos agents ont une
telle idée de la vie
qu'ils y consacrent
toute la leur.

200 agents-conseils
en assurance-vie.

Swiss Life
(Belgium)



La vie et rien d'autre.

I
N
A
M
I

UNE VISITE PEU SOUHAITABLE...

Ayant eu un crépage de chignons avec une déléguée des mutualités professionnelles de Charleroi, à propos du code 306972 - vous lirez à ce propos avec intérêt l'article "La réparation ...en panne" - mon épouse se vit "menacée" par la dite déléguée d'un "je vais vous mettre l'INAMI sur le dos!". On notera au passage l'état d'esprit de certaines institutions...

Chose promise, chose due... Etant le signataire de l'attestation litigieuse, je me vis contacté quelques jours plus tard par un médecin du service de contrôle de l'INAMI, basé à Mons. Celui-ci souhaitait me rencontrer pour prendre divers renseignements: je n'en sus pas plus, ce jour-là, quoique je me doutais de l'objet du litige. Rendez-vous fut donc pris le mardi matin.

Mardi matin, 9h00... Mon inquisiteur est présent au rendez-vous. Courtoisie minimale, mais courtoisie quand même. L'entretien commence par... un échange de cartes d'identité... Prise de notes... "Est-ce bien vous qui avez signé l'attestation que je vous présente?". Il s'agissait bien sûr de l'attestation litigieuse, sur laquelle j'attestais une réparation 306972, avec une mention manuscrite signalant que le n° de code existait bel et bien mais n'était pas publié au Moniteur...

Il faut savoir que les fonctionnaires du service de contrôle sont extrêmement rigoureux dans leur procédure. Ils sont même équipés de photocopieuses, leur permettant de rapporter tout document pouvant les intéresser.

J'avais certes bien préparé ma défense, si bien que l'entretien se termina presque dans la bonne humeur. Mon épouse, présente, rapporta l'entretien téléphonique qu'elle avait subi, où j'étais déclaré "illégal" par la représentante de l'organisme assureur.

Lorsque l'on sait que les mutualités sont appelées par Moureaux à exercer un contrôle plus sévère sur les dispensateurs de soins, on ne peut que s'inquiéter de pareilles démarches qui sont motivées davantage par une sorte de haine de certains délégués de mutuelle vis-à-vis des professions libérales que par le souci de faire gagner de l'argent à l'INAMI: que coûte le déplacement d'un médecin fonctionnaire, sa prestation sur place? Aura-t-elle seulement permis d'économiser 586 frs à l'INAMI? Je n'en suis pas sûr, et malheureusement je ne le saurai jamais!

J.M. HUBERT



Le poids des économies

Il n'y a pas qu'en Belgique que la dentisterie est confrontée à des restrictions qui pèsent de plus en plus sur les revenus des prestataires, comme en témoignent les rapports de nos collègues allemands et britanniques aux dernières réunions du Comité de Liaison des Dentistes de la CEE.

En Allemagne Des réductions d'honoraires !

La situation actuelle en Allemagne est entièrement dominée par une loi sur la structure des soins de santé qui viendra en application dès le 1er janvier 1993. Les honoraires pour prestations prothétiques et orthodontiques seront réduits de 10% d'un point de vue de la sécurité sociale. Les autres soins, eux, seront l'objet d'une réduction de 5% "seulement". Les seules augmentations des dépenses dans le secteur des soins dentaires qui seront autorisées seront celles liées à l'indice à la consommation (index).

Les dépenses de '91 serviront de base de calcul et n'entreront pas en ligne de compte les dépenses '92, celles-ci ayant conduit à un déficit de 10 milliards de DM dans les caisses de la sécurité sociale, ce qui signifie que là encore, les dentistes de-

vront y mettre "de leur poche". De plus une licence est prévue et sera liée à un facteur proportionnel du volume de soins. Ainsi, tous les dentistes ne pourront plus traiter les patients couverts par une mutuelle. Les dentistes à haut niveau de prestations (350.000 points = 740.000 DM de turn over ou chiffre d'affaires annuel) recevront ainsi moins, ceci par un système d'évaluation dégressive.

Les dentistes réagiront fortement car en plus de la menace de leur retirer leur licence, cette loi risque de diminuer leurs revenus d'au moins 50% en rendant le dentiste concerné prohibitif puisque

1 - la totalité des honoraires seraient à charge des patients chez ces dentistes

2 - la licence serait retirée

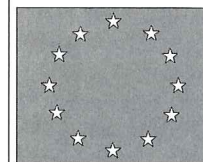
pour des périodes de 6 ans minimum !

3 - en donnant les pleins pouvoirs aux mutuelles pour établir des contrats individuels avec les dentistes ou en établissant leurs propres cliniques dentaires

4 - par la grande probabilité que des techniciens dentaires récolteront ainsi, peu scrupuleux, de nombreuses prothèses et réparations à effectuer "grâce" à des prix défiant toute concurrence avec lesdits dentistes.

Dans une revue dentaire néerlandaise, un dentiste néerlandais installé depuis de nombreuses années en Allemagne affirme qu'il retournera sans hésitation dans son pays si cette loi entre en vigueur.

Cologne 29/10/92



En Angleterre Remboursements en baisse !

1 - Honoraires

Après la suppression de la menace de cette année de réduire de 30% les interventions des mutuelles pour soins dentaires, le Gouvernement a finalement imposé 7% de réduction des dites interventions au mois de juillet. Le Gouvernement arguait du volume inattendu de traitements et examens qui ont causé un dépassement considérable du budget alloué et que les revenus des dentistes ont été plus importants que prévus. En tenant compte des coupes sombres de 91-92, les professionnels du monde dentaire n'ont pourtant pas atteint les 8,5% obtenus par la moyenne des autres professions libérales ou indépendantes.

Une refonte fondamentale des honoraires est mise pourtant en place à présent par le Gouvernement, après près d'une demi année de discussions et de réunions rassemblant toutes les organisations représentatives et même individuelle-

ment certaines personnes du monde dentaire.

Un représentant "civil" (du Gouvernement) a pour charge de présenter des options de changement pour la fin de cette année, tandis qu'au même moment, un Comité de la Chambre des Communes a aussi tenté d'approcher l'origine des problèmes actuels.

2 En pratique privée

En conséquence aux importantes restrictions, beaucoup de dentistes ont réduit le volume des soins "remboursés" qu'ils avaient l'intention de prodiguer, ceux-ci étant beaucoup moins bien remboursés. La British Dental Association a averti que tout-un-chacun parmi les dentistes devait prendre les dispositions qui s'imposaient et spécifiques à sa pratique. Mais que, autant que possible, par exemple, plus aucun nouveau patient, sous couvert de mutuelle, ne devait être pris en charge.

3

Liste des spécialistes

Le Conseil Dentaire Général a récemment adopté un rapport introduisant des titres et listes de spécialistes. Il est proposé en première instance de créer 3 listes de praticiens spécialistes

- a - pour la chirurgie orale
- b - pour l'orthodontie
- c - pour la dentisterie restauratrice.

Cette dernière étant subdivisée elle-même en

- dentisterie conservatrice
- "periodontics"
- prothèse.

Le changement ne prendra pas cours immédiatement, cependant il y a à présent une prise de conscience, autrement dit une sensibilisation du monde politique au sujet des spécialités médicales ce qui, espère-t-on aura des retombées positives sur les nouvelles propositions du banc dentaire.

Traduction D. GILBERT

Tiers-Payant

L'arrêté royal du 10 octobre 1986

Arrêté royal portant exécution de l'article 34 quater, alinéa 4, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (M.B. 28-10-1986)

Modifié par : A.R. 10-03-1987 - Mon. 17-03-1987

A.R. 29-12-1988 - Mon. 17-01-1989
A.R. 02-01-1991 - Mon. 29-01-1991

Article 1er. – On entend par régime du tiers-payant, le mode de paiement par lequel le prestataire de soins, le service ou l'institution reçoit directement, de l'organisme assureur auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire à qui les prestations de santé ont été dispensées, le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

Art. 2 – Dans le cadre du régime du tiers-payant, les documents de facturation sont transmis aux organismes assureurs, selon les modalités administratives établies par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, soit par le prestataire de soins, le service ou l'institution même, soit par un service de facturation agréé à cet effet par le Ministre qui a la Prévoyance sociale dans ses attributions, sur base de critères fixés par Nous.

Le paiement a lieu au plus tard dans les deux mois suivant celui au cours duquel les documents qui sont nécessaires à la facturation ont été reçus par l'organisme assureur. Les modalités de paiement sont élaborées par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

(A.R. 10-03-87 - Mon. 17-03) (d'ap-

plication au 01-01-1987). Mise à jour 147/1991.

Pour autant que les documents qui sont nécessaires à la facturation soient introduits conformément aux dispositions de l'alinéa premier, le non-paiement dans le délai fixé à l'alinéa 2 donne droit à des intérêts de retard dont le taux correspond à celui des crédits de caisse de la Caisse générale d'épargne et de retraite à la date à laquelle le délai de paiement expire. ces intérêts de retard ne sont cependant pas dus si le retard est imputable au transfert tardif des avances mensuelles visées à l'article 132 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Art. 3 – Le régime du tiers-payant est appliqué au niveau de l'organisme assureur, sauf si l'organisme assureur a expressément donné mandat à cet effet à ses fédérations ou offices régionaux.

Art. 4 – Les interventions de l'assurance pour d'autres prestations de santé que celles visées aux articles suivant peuvent faire l'objet d'un régime du tiers-payant selon les modalités telles qu'elles sont fixées dans les accords et conventions visés au titre III, chapitre 4 de la loi du 9 août 1963 précitée ou, à défaut de tels accords ou conventions, par contrat particulier entre l'organisme assureur et le prestataire de soins.

Art. 5 – Sous réserve de la disposi-

tion de l'article 6, l'application du régime du tiers-payant est obligatoire pour le paiement de

- l'intervention de l'assurance dans le prix de la journée d'entretien et les prestations y assimilés;
- l'intervention de l'assurance dans le coût de toutes les prestations de santé dispensées pendant une hospitalisation.

(A.R. 10-3-87 - Mon. 17-3) (d'application au 1-1-1987).

Art. 6. – L'application du régime du tiers-payant est interdite pour le paiement de l'intervention de l'assurance :

- 1° dans le coût de toutes les prestations de santé visées au chapitre II de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;
- 2° dans les frais de déplacement fixés conformément à l'article 34 de la loi du 9 août 1963 précitée;
- 3° dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les n° 0401-301011 et 0404-301033 à l'article 5 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 et dispensées aux bénéficiaires à partir de leur douzième anniversaire (d'application au 27-3-1987) (A.R. 29-

12-88 - Mon. 17-01-89 : A.R. 02-01-91 - Mon.29-01) (d'application au 1-1-1991)

- 4° dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les n° 301910, 302013, 302153, 302175, 302190, 302212 et 302234 à l'article 5 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984.

Les dispositions de l'alinéa 1er ne sont cependant pas d'application lorsque ces prestations de santé ont été dispensées:

- 1° dans le cadre d'un accord visé à l'article 34ter de la loi du 9 août 1963 précitée;
- 2° dans des centres de santé mentale, dans des centres de plan-

ning familial et d'information sexuelle et dans des centres d'accueil pour toxicomanes;

- 3° dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés;
- 4° à des bénéficiaires qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux;
- 5° à des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle de détresse;
- 6° à des bénéficiaires qui, soit ont droit à un revenu garanti en application de la loi du 1er avril 1969 instituant un revenu garanti aux personnes âgées

ou conservent par application de l'article 21, paragraphe 2, de la même loi le droit à la majoration de rente, soit ont droit à un minimum de moyens d'existence en application de la loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence.

Les modalités suivant lesquelles exception à l'interdiction de l'application du tiers-payant peut être accordée, sont promulguées par le Comité de gestion du service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Art. 7 – Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 1987.

En bref !

L'ASSURANCE HOSPITALISATION
SE REBIFFE

Plusieurs compagnies d'assurance pratiquent l'assurance hospitalisation de même que certaines mutuelles ou unions nationales de mutualités.

Le remboursement des frais d'hospitalisation se fait de façon assez généreuse; ce débours atteindrait les 10 milliards de francs selon le "Généraliste".

Devant une escalade continuelle des frais, le système risque de devenir très onéreux, aussi les dirigeants envisagent des formules de restrictions : remboursement limité à un multiple de celui octroyé par l'A.M.I., une franchise à montant unique ou proportionnelle aux dépenses.

Nos membres ont pu s'affilier à une assurance hospitalisation à un tarif de groupe auprès d'une société importante. Celle-ci, jusqu'à présent, ne prévoit qu'une indexation de 6% au 1er janvier 1993, après avoir l'an dernier appliqué une indexation de 10%.

Ces augmentations sont soumises à l'autorisation ministérielle.

Fiscalité

Les montants indexés en matière d'impôts sur les revenus pour l'exercice 1993, revenus de 1992

On sait que tous les chiffres fixés en valeur absolue dans le domaine des impôts sur les revenus sont indexés. Voici une comparaison des chiffres des années 1991 et 1992 – exercice 1992 et 1993.

	1991	1992
a) Revenu maximal (quotient matrimonial).....	288.000	297.000
b) Plafond revenus personnels de l'époux(se) travaillant également	373.000	385.000
c) Partie du revenu imposable exonéré d'impôts		
• isolé	176.000	181.000
• de chaque époux	139.000	143.000
• pour 1 enfant	37.000	38.000
• pour 2 enfants	96.000	99.000
• pour 3 enfants	216.000	223.000
• pour 4 enfants	349.000	360.000
• pour plus de 4 enfants	349.000	360.000
+ supplément par enfant	133.000	137.000
• pour chaque enfant de moins de 3 ans pour lequel on ne retire pas des frais d'accueil	11.000	11.000
d) Pourcentage d'imposition selon les différentes tranches de revenus :		
	1991	1992
jusque 245.000	jusque 253.000	25,0 %
jusque 325.000	jusque 335.000	30,0 %
jusque 464.000	jusque 478.000	40,0 %
jusque 1.067.000	jusque 1.100.000	45,0 %
jusque 1.600.000	jusque 1.650.000	50,0 %
jusque 2.347.000	jusque 2.420.000	52,5 %
plus de 2.347.000	plus de 2.420.000	55,0 %
e) Montant maximum déductible pour les primes d'assurance-vie et les remboursements de capital	64.000	66.000
f) Limitation de la déduction pour l'abattement du remboursement de capital par rapport au montant initial de l'emprunt	2.133.000	2.200.000
g) Limitation des déductions pour le personnel de maison	427.000	440.000
h) Plafond des revenus pour le calcul des charges professionnelles forfaitaires		
	20,0 %	160.000
	10,0 %	320.000
	5,0 %	533.000
	3,0 %	> 533.000
i) Montant maximum des charges professionnelles forfaitaires	107.000	110.000

Source : La Voix technique 3.671 – n° 32 – 12 sept. 1992

LE NOUVEAU REGIME DE DÉDUCTION DES FRAIS DE VOITURE DU DOMICILE AU LIEU DU TRAVAIL

Le contribuable qui utilise sa voiture personnelle pour effectuer des déplacements de son domicile au lieu du travail doit dorénavant déduire un forfait de 6 F par kilomètre. Cette nouvelle mesure a pour conséquence qu'en pratique, il faudra procéder de la manière suivante : Ventilation du kilométrage global parcouru en trois parties :

1. Les kilomètres du domicile au lieu de travail pour une période annuelle.
2. Les kilomètres utilisés à titre privé pour une période annuelle.
3. Le reste du kilométrage.

Pour la première partie, il y aura lieu de multiplier le nombre de kilomètres effectués par 6 F et l'on obtiendra la charge déductible.

Pour la seconde partie, rien n'est à déduire bien entendu.

Pour la troisième partie, on en restera au régime actuel. Il faudra donc déterminer, pour cette partie, l'ensemble des charges dont on extraira 25% sauf en ce qui concerne le carburant et les frais financiers.

Ensuite, on appliquera au résultat une fraction dont le numérateur sera le nombre de kilomètres prévu au 3. et le dénominateur l'ensemble des kilomètres parcourus.

Indépendants et titulaires de professions libérales, à vos calculettes!



MÉFIEZ-VOUS
DES GRISES ET DES BLEUES...

Lieu	Voiture	Couleur	Plaque
BRUGES	Mitsubishi Galant	Bleu foncé	BXD392
BRABANT	BX 16	Gris Foncé	ASE917
MONS	BX 16	Gris	ETB658
ARLON	Nissan Primera	Bleu Gris	JXJ539
HASSELT	Nissan Primera	Gris Clair	KPA787
GAND	VW Passat	Bleu	KST331
NAMUR	VW Passat	Gris	KSS647
LIEGE	Ford Sierra	Gris	BUZ920
ANVERS	Ford Sierra	Bleu	KDL196
—	Mitsubishi Galant	Gris Clair	BXD041

Nous sommes tous amenés à prendre notre véhicule, pour nous rendre au travail ou pour les loisirs... Ceci nous oblige à des exercices oculaires de gauche à droite, afin de détecter les détecteurs "Multanova". La gendarmerie a acquis récemment 10 nouvelles machines, à la pointe de la technologie. Afin de vous aider à les localiser, nous publions ci-dessous leur fiche d'identification, publiée dans "Le Rappel" et la "Dernière Heure". A noter qu'une rotation des véhicules est prévue, entre les différentes provinces...

J.M.HUBERT

RAPPEL

FONDS DE SOLIDARITE 52

Les confrères gestionnaires du Fonds de Solidarité 52 vous rappellent que si vous avez cotisé, il serait hautement souhaitable de renvoyer le talon ci-dessous, afin de pouvoir être remboursé.

Les personnes ayant renvoyé leur talon - la moitié d'entre vous - ont d'ores et déjà été remboursées.

Pourquoi la nécessité de ce talon ?

Vos cotisations ont été enregistrées en informatique. Mais attention : depuis 1989, vous avez peut-être changé d'adresse, de code postal, ou de numéro de compte en banque. Avant de rembourser les cotisants, vous comprendrez que nous aimons nous assurer que ce paiement vous parviendra bien !

Le numéro de compte utilisé en 89 ou 90 est-il toujours valable aujourd'hui ? Les homonymes, les personnes d'une même famille, des noms d'épouse, des dentistes ayant changé de mode d'exercice, des noms de société aussi générique que "Cabinet Dentaire sprl", des adresses privées, professionnelles, de cabinets secondaires,... sont autant de sources de confusion possible !

Pour rappel, le remboursement de la cotisation ne pouvait s'envisager qu'après un délai de 2 ans.

A tous, merci de votre Solidarité.

Michel DEVRIESE

Jean-Marie NICLAES

FONDS DE SOLIDARITE 52

TALON A RENVOYER AU FS.52
c/o Chambre Syndicale Dentaire asbl — Boulevard Tirou, 25, bte9, 6000 CHARLEROI
OU PAR FAX AU 071/32.04.13

A remplir complètement et lisiblement S.V.P. (ce talon doit servir à encoder votre virement)

NOM ET PRENOM DU PRATICIEN :

éventuellement Nom de Société - Nom d'épouse/de jeune fille

ANNEE(S) DE SOUSCRIPTION AU F.S.52 : 1989 - 1990

MONTANT TOTAL REGLE :FB

ADRESSE ACTUELLE :

N°COMPTE BANCAIRE:

CACHET

C'EST VOUS QUI LE DITES.

173 DENTISTES ONT TESTE COLGATE PERIOGARD SUR LEURS PATIENTS.

Colgate a organisé un test (*) au cours duquel 173 de vos collègues belges ont prescrit le dentifrice et le bain de bouche PerioGard à des patients qui présentaient des problèmes de saignements aux gencives. Pour les 397 patients concernés par le test, les saignements ont diminué de 62% après utilisation de PerioGard selon un programme professionnel d'hygiène dentaire pendant 6 semaines.



Les tests cliniques d'autre part démontrent que Colgate PerioGard diminue la plaque dentaire jusqu'à 68%. Grâce à la Sanguinaria. En outre, PerioGard contribue à préserver également les patients de la gingivite et d'une mauvaise haleine. Tout cela méritait d'être dit.

* Ce test n'a pas la même valeur qu'un test clinique.

Colgate®
PERIOGARD®

CONSOLIDE VOTRE TRAVAIL EFFICACE

Periogard est vendu exclusivement en pharmacie.

Si vous souhaitez de plus amples informations sur PerioGard ou sur le test, écrivez ou téléphonez à :
SPRL Dental Prospect, Kwijtijnpoort 84, 9200 Dendermonde, Tel. : 052/22.09.54 (Distributeur pour la Belgique et le Luxembourg)

Je voudrais recevoir de plus amples informations sur Colgate PerioGard.

Nom:

Adresse:

