

# SÉNAT DE BELGIQUE

---

SESSION DE 2010-2011

---

29 AVRIL 2011

---

**Proposition de résolution visant à promouvoir l'instauration d'associations multidisciplinaires pour les patients présentant des symptômes médicalement inexpliqués (SMI) ou des troubles fonctionnels somatiques comme le syndrome de fatigue chronique (SFC) et le syndrome fibromyalgique (SFM)**

(Déposée par M. Louis Ide et consorts)

---

## DÉVELOPPEMENTS

---

Les patients qui souffrent du syndrome de fatigue chronique (SFC) ou du syndrome fibromyalgique (SFM) ou qui présentent des symptômes médicalement inexpliqués (SMI) suscitent un sentiment d'incompréhension et ont d'ailleurs eux-mêmes l'impression d'être incompris. Ces patients sont confrontés à des troubles physiques inexpliqués. Si le SFC et le SFM sont les plus connus d'entre eux, il ne faudrait pas oublier le syndrome de l'intestin irritable (SII) et les céphalées inexpliquées.

Aux yeux des médecins comme des patients, il est important qu'un diagnostic précis soit établi. En effet, lorsqu'il peut être imputé à un agent déterminé, un syndrome devient pour ainsi dire plus facile à supporter (psychiquement). Il ne faut alors combattre qu'un seul ennemi, par l'ingestion d'un simple comprimé par exemple. Les médecins comme les patients ont du mal à accepter une maladie lorsque celle-ci est due à un ensemble de facteurs. Nous avons tendance à effectuer une distinction entre le corps et l'esprit alors qu'il s'avère de plus en plus que les deux sont liés. C'est pourquoi le modèle bio-psycho-social est particulièrement intéressant pour les patients qui présentent des troubles physiques inexpliqués.

# BELGISCHE SENAAT

---

ZITTING 2010-2011

---

29 APRIL 2011

---

**Voorstel van resolutie ter bevordering van een multidisciplinair samenwerkingsverband voor patiënten met medisch onverklaarde symptomen (MUS) en functioneel somatische aandoeningen zoals het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS) en fibromyalgie (FM)**

(Ingediend door de heer Louis Ide c.s.)

---

## TOELICHTING

---

Patiënten met chronischevermoeidheidssyndroom (CVS), fibromyalgie (FM) of medisch onverklaarde symptomen (MUS) worden slecht begrepen. Ze voelen zich ook slecht begrepen. Die patiënten kampen met onverklaarbare lichamelijke klachten (OLK). En alhoewel CVS en FM het bekendst in de oren klinkt, mag men patiënten met *irritable bowel disease* (IBD) en onverklaarbare hoofdpijn niet vergeten.

Zowel artsen als patiënten stellen graag een duidelijke diagnose. Als men een bepaald ziektebeeld kan toewijzen aan een bepaald agens, maakt dit als het ware de zaak dragelijker (in ons hoofd). Dan is er als het ware één vijand die bestreden moet worden met bijvoorbeeld een pilletje. Zowel artsen als patiënten hebben moeite met het aanvaarden van ziekte die zijn oorsprong kent in het multifactoriële. We denken of fysisch of psychisch terwijl we toch evolueren naar een en/en verhaal. In die zin is het bio-psycho-sociaal model voor patiënten met onverklaarbaar lichamelijke klachten bijzonder interessant.

En médecine, l'approche holistique n'est pas encore très répandue. La médecine continue à se concentrer prioritairement sur le bien-être physique. Le bien-être social et psychique est quelque peu relégué au second plan. Cela semble presque contradictoire, quand on voit le succès actuel que connaissent certaines philosophies de vie d'inspiration holistique. Une nouvelle fois, l'homme occidental fait montre de schizophrénie.

En ce qui concerne la prise en charge des patients souffrant du SFC, du SFM ou de SMI, la pratique clinique se heurte à de nombreux obstacles de natures diverses. Ainsi, l'étiologie, par exemple, soulève plusieurs difficultés. Les troubles précités sont-ils des entités cliniques distinctes/nouvelles? La méconnaissance de leurs causes provoque des tensions entre le patient et le médecin mais aussi entre les médecins eux-mêmes (ou avec d'autres professionnels de la santé). Il en résulte une incommensurabilité et des diagnostics « fourre-tout ».

Une autre caractéristique de ces troubles est qu'ils surviennent rarement de manière isolée et qu'ils touchent une population hétérogène présentant un risque de caractérisation des personnalités davantage atypique.

La pathogénèse aussi manque de spécificité. Les critères diagnostiques (critères des *centers for disease control* — CDC) sont vagues ou incomplets. Le diagnostic est donc sujet à controverse. D'ailleurs, dans ce domaine, les disparités culturelles sont évidentes, ainsi que le professeur de la KUL, Boudewijn Van Houdenhove, l'a souligné par le passé dans la revue *The Lancet*. C'est ainsi qu'en Flandre, la prise en charge des troubles comme le SFC a souvent été confiée à des médecins de troisième ligne et à des centres de référence spécialisés. Sur la scène publique, l'action irréfléchie de certains « maîtres ès SFC » contribue à l'émergence d'un discours académique, ce qui a pour effet de provoquer un éclatement des connaissances et d'exclure presque totalement le médecin généraliste de la politique mise en œuvre en la matière.

Pourtant, à l'heure actuelle, la tendance serait plutôt — du moins, dans la presse — de promouvoir la première ligne. Si cette promotion de la première ligne tend à revaloriser le rôle du médecin généraliste, elle ne récompense pas encore pour autant la collaboration multidisciplinaire. Il faudrait améliorer la formation du médecin généraliste en ce qui concerne les troubles physiques inexplicables, éveiller son intérêt pour la matière. Aucune véritable collaboration multidisciplinaire n'a encore été mise en place à ce jour. Ainsi, l'approche psychothérapeutique n'est pas reconnue (il n'y a pas de nomenclature ni de tarifs réglementés).

En outre, les pouvoirs publics considèrent que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est indu-

Het holisme in de geneeskunde staat nog in zijn kinderschoenen. Geneeskunde staat nog vaak voor fysisch welzijn. Het sociaal en psychisch welzijn staat, op zijn minst, in de schaduw. Het lijkt haast contradictoir te moeten vaststellen dat anderzijds bepaalde levensfilosofieën die men als een vorm van holisme zou kunnen typeren wel aan aanhang winnen. De westerse mens is voor de zoveelste keer schizofreen.

De ervaring in de kliniek met mensen die lijden aan CVS, FM of MUS leert dat er in de benadering van de patiënt heel wat valkuilen kunnen opduiken. Deze situeren zich op uiteenlopend vlak. Er bestaan problemen wat betreft de etiologie. Gaat het wel om aparte/nieuwe ziekte-entiteit(en)? Onduidelijkheid rond de causa creëert een spanning tussen patiënt en arts en tussen arts en arts (of andere gezondheidswerkers). Dit leidt tot verschillende kennisconstructen en incommensurabiliteit en een deksel- of containerdiagnose.

Deze aandoeningen komen bovendien zelden geïsoleerd voor: het gaat om een heterogene populatie met risico op een nog meer atypische persoonlijkheidstypering.

Ook de pathogenese is zeer specifiek. De diagnostische criteria (criteria van de *centers for disease control* — CDC) zijn vaag tot onvolledig. Dit veroorzaakt aanzienlijke « ruis » op de diagnose. Er bestaan trouwens culturele verschillen zoals de Leuvense professor Boudewijn Van Houdenhove het ooit in *The Lancet* omschreef. Aandoeningen zoals CVS werden een zaak van derdelijnsartsen met referentiecentra voor CVS en dat vooral in het Vlaamse landsgedeelte. Het onbesuisde openbare optreden van bepaalde « CVS — coryfeeën » leidt tot een meester-discours waarbij de kennis asymmetrisch is en de huisarts wordt weinig in het beleid betrokken.

Nochtans wordt de eerste lijn met regelmaat gepromoot, althans in de pers. Die promotie van de eerste lijn gaat gepaard met een herwaardering van de huisarts doch niet met het verlonen van multidisciplinaire samenwerking. De opleiding van de huisarts inzake OLK, de interesse an sich, ... dient aangewakkerd te worden. Maar ook de echte multidisciplinaire samenwerking staat nog nergens. Zo bestaat geen erkenning van de psychotherapie (geen nomenclatuur of andere gereguleerde vergoeding).

Voor de overheid blijkt het verder een uitgemaakte zaak dat binnen de psychotherapie de cognitieve

bitablement la thérapie la plus efficace en l'espèce. Il s'agit d'une évidence telle que les méthodes alternatives ne sont pas ou guère explorées. La politique de remboursement manque de clarté et de précision : ainsi, les coûts de kinésithérapie sont remboursés par le biais de la pathologie dite F, dans le cadre du trouble fonctionnel somatique qu'est la fibromyalgie. Or, les acteurs sur le terrain ne savent pas ce qu'est exactement la fibromyalgie. Pour certains kinésithérapeutes, il s'agit d'une douleur diffuse alors que pour d'autres, la fibromyalgie est une maladie musculaire grave. D'ailleurs, dans certains cas, il arrive que le remboursement d'une chaise roulante soit demandé au médecin conseil. Un autre problème encore est de savoir qui est compétent : le kinésithérapeute, le médecin généraliste ou le psychologue ? Comme on le voit, il y a du pain sur la planche.

À la lumière des résultats moyens, les stratégies de traitement ne sont pas univoques ni uniformes : dans 5 % des cas, on note un rétablissement complet, d'après Prince *et al.* (2006), et dans 37,5 % des cas (point médian), il y a des progrès dans les cinq années à condition qu'un traitement ait été suivi, du moins d'après le Rapport n° 88 du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) (2008). Une seule étude a analysé le rapport coût-efficacité (Pays-Bas, Severens *et al.*, 2004).

Au vu de tous ces éléments, mais aussi du coût que la prise en charge de ces troubles représente pour la société (aux États-Unis : 1,5 milliard de dollars par an pour la première ligne et trois fois plus pour la deuxième ligne (Jason *et al.* 2008), ce qui équivaut chez nous à 120 euros par habitant par an), il serait indiqué que les pouvoirs publics consacrent au plus vite davantage d'attention aux troubles somatiques fonctionnels et aux autres SMI.

En ce qui concerne l'approche psychothérapeutique, les choses ont considérablement évolué ces dernières années, ainsi que l'a constaté le professeur gantois, Paul Verhaeghe, en 2009. Un premier constat est qu'en consultation, les patients déclarent souffrir de problèmes directement liés au « corps ». Un deuxième constat est que ces problèmes sont assez invalidants et performatifs. Un troisième constat est que le travail thérapeutique avec ces patients est problématique dès le début, ce qui perturbe souvent la relation médecin-patient (contre-transfert de la part du médecin). Ces réactions doivent être considérées comme l'expression du problème interpersonnel pour lequel le patient consulte.

Le médecin (généraliste) est d'ailleurs perçu comme une personne incapable de comprendre comme il faut les problèmes de fatigue physique et les autres problèmes liés aux troubles physiques inexplicables. Il faut que le médecin généraliste reçoive suffisamment d'informations de la part des universités et, à cet égard, la médecine factuelle est la référence à suivre. La mise

gedragstherapie (CGT) de meest efficiënte behandelingsmethode is. Alternatieven zijn echter weinig of niet onderzocht. Het terugbetalingsbeleid is vaag en onduidelijk : zo worden fysiotherapeutische kosten via de zogenaamde F-pathologie terugbetaald in het kader van de functioneel somatische aandoening « fibromyalgie ». Echter weet niemand op het veld wat fibromyalgie nu feitelijk is. Voor sommige kinesiasten gaat het over « wide spread pain », voor anderen gaat het om een « ernstige spierziekte ». Er wordt in enkele gevallen aan de adviserend geneesheer zelfs terugbetaling gevraagd voor een rolstoel bij dit type van pathologie. En wie is nu competent als kinesiotherapeut, huisarts of psycholoog ? Er is heel wat werk aan de winkel.

In het licht van een matige outcome is de behandelingsstrategie niet eenduidig en niet uniform : 5 % full herstel volgens Prins *et al.* (2006) en 37,5 % (mediaan) beterschap binnen vijf jaar mits behandeling, althans volgens het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) Reports 88 (2008). De kosteffectiviteit is eveneens slechts in één onderzoek (Nederland) onderzocht (Severens *et al.*, 2004).

Dit alles, samen met de maatschappelijke kost (USA : 1.5 miljard dollar per jaar/eerste lijn en drie keer zoveel op de tweede lijn (Jason *et al.* 2008), wat in ons land neerkomt op 120 euro per burger per jaar) stemt ons in de overtuiging dat functioneel somatische aandoeningen en andere MUS dringend de aandacht van de overheid opeisen.

Zoals de Gentse professor Paul Verhaeghe (2009) recentelijk schreef is de voorbije tijd wat veranderd in de psychotherapeutische wereld. Ten eerste bieden de patiënten zich aan met problemen die zich direct rond « het lichaam » afspelen. Ten tweede zijn deze problemen nogal belastend en performatief van aard. Ten derde is het therapeutische werken met deze patiënten problematisch vanaf het begin en leidt dit dikwijls tot spanning binnen de arts-patiënt relatie (tegenoverdracht van de kant van de arts) en die reacties zijn te beschouwen als een uitdrukking van de interpersoonlijke problematiek waarmee de patiënt zich aanbiedt.

De (huis)arts wordt overigens gepercipieerd als iemand die niet in staat is om lichamelijke vermoeidheidsproblemen en andere OLK-problemen adequaat te begrijpen. Niet te snel in de valkuil van de strijd om het juiste kennisconstruct trappen, is dus de boodschap. Om die reden moet de huisarts voldoende geïnformeerd worden door de universiteiten. EBM is daarbij

en place d'une véritable collaboration multidisciplinaire entre le médecin généraliste, le psychologue clinicien, le psychiatre, le kinésithérapeute, qui repose sur une connaissance précise du problème, est la clé du succès en l'espèce.

Une étude récente (2009) montre que le patient qui présente un trouble somatique fonctionnel s'attend à ce que l'on en recherche la cause. La connaissance du contexte global apparaît seulement comme secondaire. Généralement, la demande d'aide est « instrumentaliste » en ce sens que le patient « achète » une aide et que les désagréments physiques doivent faire l'objet d'une approche médicale.

D'un point de vue thérapeutique, les résultats de l'étude impliquent que les médecins et les autres prestataires de soins doivent consacrer une attention suffisante à la façon dont les symptômes sont ressentis et maîtrisés et ne doivent de préférence pas agir trop vite sur les causes sous-jacentes (supposées). Cela signifie que le médecin généraliste doit écouter le patient attentivement et que la politique médicale ne peut pas avoir trop vite tendance à partir de ses propres hypothèses.

Tel est le cadre dans lequel il faut développer la prise en charge de ces troubles, compte tenu des possibilités existantes au niveau des soins de première ligne. Il sera alors possible d'organiser une politique transmurale du bas vers le haut, c'est-à-dire de la première ligne jusqu'à la deuxième ligne. L'instauration d'une relation thérapeutique durable revêt une importance cruciale à cet égard, et le médecin généraliste est la première personne de contact en l'espèce. C'est avec lui en effet qu'une relation thérapeutique solide peut commencer à se construire. Il faut également agir vite. Un patient atteint de troubles somatiques inexpliqués doit bénéficier dans les six mois d'une prise en charge appropriée en première ligne et être ensuite, si besoin est, adressé à une clinique spécialisée dans le traitement de ces troubles (deuxième ligne), voire à un centre de référence.

Contrairement à ce qui était préconisé jusqu'à présent, la prise en charge doit donc évoluer de la première ligne vers la troisième ligne.

Au niveau individuel, le médecin généraliste se doit de déterminer soigneusement quels sont les besoins en soins du patient. L'instauration d'une relation thérapeutique durable est essentielle à cet égard, ce qui nécessite une écoute attentive du patient. En effet, si celui-ci a le sentiment de ne pas être suffisamment écouté, il risque de ne pas se sentir respecté et de prendre ses distances, ce qui peut compromettre l'établissement d'une relation thérapeutique durable.

L'allongement de la durée de la consultation n'est pas une solution pour l'établissement d'une relation

de maatstaf. Echte multidisciplinaire samenwerking, met kennis van zaken, tussen huisarts, klinisch psycholoog, psychiater, kinesitherapeut, ... is hier bij de sleutel tot succes.

Recent onderzoek (2009) leert dat de patiënt met een functioneel somatische aandoening een aanpak verwacht die gericht is op het opsporen van de oorzaak. Het zoeken naar de achtergrond blijkt daar slechts secundair aan te zijn. De hulpvraag is doorgaans « instrumentalistisch » waarbij de hulp enerzijds « afgekocht » wordt en de lichamelijke ongemakken medisch moeten benaderd worden.

Vanuit therapeutisch perspectief impliceren deze bevindingen dat artsen en andere hulpverleners voldoende aandacht moeten besteden aan symptoombelieving en -beheersing en dus best niet te snel interveniëren op (veronderstelde) achterliggende oorzaken. Dit betekent dat de huisarts aandachtig luistert naar datgene dat de patiënt te vertellen heeft en het beleid niet te snel vanuit de eigen assumpties vertrekt.

En dus moet in de eerste plaats — in het licht van de mogelijkheden op de eerste lijnzorg — de aanpak vanaf daar starten. Een transmuraal beleid kan dan bottom up vanuit de eerste lijn naar de tweede lijn georganiseerd worden. Het cruciale is namelijk de installatie van een duurzame therapeutische verhouding en dit start de huisarts als eerste aanspreekpunt. Opbouw van een solide therapeutische verhouding start immers vanaf hier. Er moet ook snel gehandeld worden. Een patiënt met OLK moet binnen de zes maand adequaat in de eerste lijn worden opgevangen en zo nodig naar de klinieken OLK (KOLK, tweede lijn) doorverwezen worden, zo nodig naar een referentiecentrum.

In tegenstelling tot de vorige beleidsmaatregelen, moet de zorg dus van de eerste lijn in de richting van de derde lijn lopen.

Op het individuele niveau moet de huisarts met zorg nagaan wat de hulpbehoefte is van zijn patiënt. Installatie van een duurzame therapeutische verhouding is daarbij cruciaal. Zorgvuldig luisteren naar wat de patiënt precies te vertellen heeft, is hierbij onontbeerlijk. Wanneer de precieze vraag niet gehoord wordt, kan zich geen duurzame therapeutische werkverhouding ontwikkelen en loopt men het risico dat de patiënt zich niet gerespecteerd zal voelen en afstand neemt.

Wij menen dat het optrekken van de consultatieduur geen perspectief biedt voor een duurzame arts-patiënt

durable médecin-patient. En effet, le médecin généraliste n'est pas un psychothérapeute et la consultation ne convient pas pour ce type de démarche. De plus, cela pourrait donner l'impression que toute personne est à même — moyennant de longues sessions — de mener une psychothérapie, ce qui n'est évidemment pas le cas. La psychothérapie exige non seulement une formation spécifique et approfondie, mais aussi un certain bagage en termes d'expérience. D'ailleurs, les patients qui souffrent de troubles somatiques inexplicables méritent une approche globale (modèle bio-psycho-social).

Dans cette même étude (Vandenbergen, 2009), on plaide en faveur de l'instauration d'une approche thérapeutique multidisciplinaire. Cela implique la création d'associations entre des médecins généralistes et des prestataires de soins de première ligne d'une part, et entre des prestataires de première ligne et des cliniques spécialisées dans la prise en charge des troubles physiques inexplicables (deuxième ligne), d'autre part. L'objectif consiste plus spécifiquement à procéder à la réadaptation fonctionnelle du patient et à accroître sa résistance physique et immunitaire. Le traitement va de pair avec une psychothérapie (soit individuelle, soit de groupe) destinée à l'élaboration psychique du problème.

Pour cela, il faut que les psychologues cliniciens reçoivent un agrément AMI distinct s'ils ont suivi une formation psychothérapeutique officielle et que leurs actes soient rétribués. Il doit s'agir d'une formation de master. Des objectifs finaux spécifiques permettront au titulaire d'un master en psychologie de devenir psychologue clinicien. En Flandre, cette idée fait l'objet d'un consensus plus ou moins large alors qu'en Communauté française, les points de vue sont davantage partagés.

L'importance de la psychothérapie dans le cadre d'un rétablissement global ne doit en effet pas être sous-estimée, pas même chez les patients qui souffrent d'affections structurelles comme l'arthrite rhumatoïde (Evers, 2002). Au niveau individuel, la psychothérapie traite les problèmes personnels et la thérapie de groupe exploite la dynamique qui se crée entre le patient et autrui. Une étude récente montre d'ailleurs que les patients qui souffrent de troubles somatiques fonctionnels se montrent distants, ont peu d'estime d'eux-mêmes et présentent un risque d'isolement social (Vandenbergen, 2009).

En outre, d'un point de vue multidisciplinaire, on agit sur les facteurs qui entretiennent la maladie : les bénéfices induits par la maladie, la kinésiophobie, le cycle de type « *boom and bust* », les attributs de la maladie etc.,

Une prise en charge efficace requiert en outre une collaboration non seulement entre les centres spécialisés dans le traitement des troubles physiques inex-

pliqués. De arts is immers geen psychotherapeut en het consultatievertoog bij de huisarts is niet geschikt voor dit type van interventie. Bovendien zou de indruk gewekt worden dat iedereen in staat is om — in een lange sessie — psychotherapie te bedrijven, wat uiteraard niet zo is. Psychotherapie vergt een aparte en grondige opleiding en vereist de nodige ervaring. Patiënten met OLK verdienen trouwens een totaal benadering (bio-psycho-sociaal model).

De resultaten uit hetzelfde onderzoek (Vandenbergen, 2009) wijzen in de richting van de noodzaak van een multidisciplinaire therapeutische aanpak. Dit behelst samenvattingverbanden tussen huisartsen en eerstelijnsgezondheidswerkers en tussen eerstelijns- werkers en klinieken voor lichamelijk onverklaarde klachten (KOLK) (tweede lijn). Meer specifiek gaat het over revalidatie en opbouw van lichamelijke en immuniteitgebonden weerstand. Deze behandeling gaat samen met psychotherapie (hetzij individueel, hetzij in groepsverband) met bedoeling tot psychische elaboratie van de problematiek.

Voorwaarde is dat de klinisch psychologen een aparte ZIV-erkenning krijgen wanneer zij een officiële psychotherapeutische opleiding volgen en dat deze act vergoed wordt. Deze opleiding dient een masteropleiding te zijn. Specifieke eindtermen maken het mogelijk voor de master in de psychologie om klinisch psycholoog te worden. In Vlaanderen bestaat daar min of meer een consensus rond, in Franstalig België is dit versnipperd.

Het belang van psychotherapie in kader van globaal het herstel mag immers niet onderschat worden, zelfs niet bij patiënten lijdend aan structurele aandoeningen zoals reumatoïde artritis (Evers, 2002). Op het individuele niveau behandelt psychotherapie de persoonsgebonden problemen en in de groepstherapie wordt de (problematische) dynamiek tussen de patiënt en ander bewerkt. Recent onderzoek toont trouwens aan dat patiënten lijdend aan functioneel somatische aandoeningen zich afstandelijk opstellen, onder een gedaalde zelfwaardering lijden en kwetsbaar zijn voor sociale isolatie (Vandenbergen, 2009).

In multidisciplinair verband wordt bovendien ingewerkt op de ziekte-onderhoudende factoren: ziekte-winst, kinesiofobie, « *boom and bust activity pattern* », en de attributies van het ziek-zijn, enz.

Doelmatige zorg vraagt bovendien samenwerking tussen centra voor lichamelijk onverklaarde klachten en de universiteiten en een intense samenwerking

pliqués et les universités, mais aussi entre les intervenants de la première et de la deuxième ligne ainsi qu'entre les intervenants de la deuxième et de la troisième ligne. Les mesures mises en pratiques doivent être assorties d'une politique rigoureuse visant à lutter contre la consommation excessive de médicaments. Une politique de santé novatrice permettra de faire baisser cette consommation.

Dans ce cadre, il convient d'instaurer d'urgence une concertation en vue d'adapter la législation.

\*  
\* \*

## PROPOSITION DE RÉOLUTION

---

Le Sénat,

Constatant :

A. que le nombre de patients présentant des troubles physiques inexplicables est en augmentation, que ces patients ont souvent le sentiment d'être incompris et que certaines personnes exploitent les problèmes auxquels ils sont confrontés;

B. que certains médecins éprouvent parfois des difficultés à assurer la prise en charge de ce type de troubles;

C. que ces difficultés peuvent nuire gravement à la relation entre le patient et le médecin;

D. que le rapport rédigé par le KCE — les conclusions exceptées (contradictoires avec le rapport lui-même) — comportait des informations significatives; conscient que les centres SFC ont été privés de la possibilité de se développer et d'acquérir une expérience suffisante, dans la mesure où ils ont fait, dès le début, l'objet d'une évaluation;

E. que, dans le cadre de nos soins de santé, les intervenants de première ligne sont en nombre insuffisant pour ce type de troubles;

F. qu'il n'existe à ce jour aucune approche multidisciplinaire, entre autres parce que certains prestataires de soins ne sont même pas agréés;

tussen de eerste en tweede én tweede en derde lijn. Deze maatregelen dienen gekoppeld te worden aan een ernstig beleid inzake de overconsumptie van geneesmiddelen. Wij zijn ervan overtuigd dat innovierend gezondheidsbeleid die consumptie zal doen afnemen.

Binnen dit kader is overleg tot aanpassing van de wetgeving dringen noodzakelijk.

Louis IDE.  
Piet DE BRUYN.  
Elke SLEURS.  
Patrick DE GROOTE.

\*  
\* \*

## VOORSTEL VAN RESOLUTIE

---

De Senaat,

Vaststellende dat :

A. het aantal patiënten met OLK toeneemt, dat zij zich vaak onbegrepen voelen en bepaalde mensen misbruik maken van de problemen waar deze patiënten mee kampen;

B. artsen soms moeite hebben om te gaan met dergelijke ziekte-entiteiten;

C. dergelijke situatie de arts-patiëntrelatie danig kan ondermijnen;

D. het KCE een rapport schreef dat behalve de conclusies (die discordant waren met het rapport zelf) toch relevante informatie opleverde, goed beseffende dat men de CVS-centra niet de kans gaf zich te vervolmaken, door te beoordelen vanaf de start van de centra;

E. de eerste lijn toch ontbreekt in onze gezondheidszorg voor dergelijke ziektes;

F. de multidisciplinaire aanpak er niet is, ook omdat bepaalde zorgverstrekkers nog niet eens erkend zijn;

G. que, d'après les principes de la médecine factuelle, il convient de privilégier le modèle bio-psycho-social et, plus particulièrement, la thérapie comportementale cognitive et la thérapie par exercices graduels;

H. que les patients souffrant de troubles physiques inexpliqués ont besoin d'une prise en charge rapide, ce qui n'est pas le cas actuellement,

Demande au gouvernement :

1. de faire en sorte que le psychologue clinicien bénéficie au plus vite d'un agrément plutôt que de chercher à allonger la durée de consultation chez le médecin généraliste;

2. de veiller à ce que le psychologue clinicien bénéficie d'un régime d'honoraires adapté dans le cadre de l'agrément de l'Assurance maladie-invalidité (AMI) de manière que les médecins généralistes puissent lui adresser des patients et qu'une collaboration multidisciplinaire puisse voir le jour;

3. de continuer à investir dans les centres de référence de troisième ligne et de développer les soins de première et de deuxième ligne;

4. de promouvoir la réalisation d'autres études et d'être attentif à la littérature médicale afin d'adapter, si nécessaire, certaines stratégies sur la base des principes de la médecine factuelle;

5. de prévoir une rétribution pour les médecins généralistes qui jouent un rôle crucial dans le traitement de patients souffrant de troubles physiques inexpliqués;

6. de soutenir (financièrement) les initiatives et/ou les projets qui sont en phase de lancement.

4 mars 2011.

G. volgens de principes van de EBM het bio-psycho-sociaal model voorop staat met onder andere een cognitieve gedragstherapie en graded activity therapy;

H. patiënten met OLK snel een behandeling verdienen, iets wat nu niet het geval is,

Vraagt de regering :

1. dringend werk te maken van de erkenning van de klinisch psycholoog in plaats van de verlenging van de consultatietijd bij de huisarts te beogen;

2. die in te schakelen in de erkenning van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) met een passende honorering, zodat huisartsen kunnen doorverwijzen naar de klinisch psycholoog om op die manier tot een multidisciplinaire samenwerking te komen;

3. verder te investeren in de derdelijnsreferentiecentra, alsook werk te maken van de ontwikkeling van een tweede lijn én eerste lijn;

4. verder onderzoek te doen en verder de medische literatuur te volgen en in die zin zonodig bepaalde strategieën aanpassen volgens de principes van de EBM;

5. huisartsen te honoreren voor het opnemen van een centrale rol bij patiënten met OLK;

6. initiatieven en/of projecten waarvan nu de kiem gelegd wordt (financieel) te ondersteunen.

4 maart 2011.

Louis IDE.  
Piet DE BRUYN.  
Elke SLEURS.  
Patrick DE GROOTE.