
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 5 / JUIN 2004

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

En votre qualité de membre du GBS, il vous est également possible de recevoir l' "e-spécialiste" : vous obtenez ainsi plus rapidement (toutes les semaines) des informations plus étendues et plus ciblées (également monodisciplinaires). Si vous n'avez pas encore reçu l' "e-spécialiste", envoyez dès à présent votre adresse e-mail à info@vbs-gbs.org. L' "e-spécialiste" : un instrument indispensable pour la pratique médicale spécialisée.

LE GOUVERNEMENT LIVRE LES SOINS DE SANTÉ BELGES AUX PRÉDATEURS FINANCIERS

Communiqué de presse GBS-ABSyM du 3.5.2004

Le Gouvernement belge propose cette semaine à la Chambre un projet de Loi qui, une fois voté, permettra à des entrepreneurs mercantiles de posséder et d'exploiter des laboratoires d'analyses médicales (projet modifiant l'A.R. 143).

Ce secteur est une spécialité médicale à part entière comme la chirurgie, la pédiatrie et les autres branches de la médecine spécialisée. Jusqu'aujourd'hui il ne pouvait être géré que par des professionnels médicaux, spécialistes en biologie clinique ou par des hôpitaux.

Mais un entrepreneur, jadis impliqué dans un scandale fiscal et d'escroquerie à l'INAMI et condamné en appel à 5 ans de prison, dont 4 effectifs, a déposé une plainte contre la Belgique auprès de la Commission des Communautés Européennes accusant notre pays de faire obstacle à la libre concurrence en empêchant, grâce à l'Arrêté Royal 143 du 30.12.1982, l'exploitation des laboratoires d'analyses médicales par des non-biologistes cliniques et par des entreprises.

Cette plainte avait été adressée au Commissaire Européen Frits Bolkestein, responsable des directions générales « Marché intérieur » et « Fiscalité et Union Douanière ». Il a amené la Commission à rédiger un avis contraignant la Belgique à modifier son AR 143 pour permettre à des entrepreneurs d'exploiter des laboratoires de biologie clinique sans qu'ils soient eux-mêmes biologistes cliniques. Les motivations sont loin d'être le bien-être des citoyens et leur souci d'accéder à une médecine de qualité non commerciale mais bien d'utiliser la médecine comme un moyen pour alimenter des machines à euros, système que la Belgique a connu dans le secteur de la biologie clinique avant la publication de l'arrêté royal 143 attaqué aujourd'hui.

Le Gouvernement belge ne souhaitant pas être condamné par l'Europe s'est dépêché à concocter un projet de loi pour satisfaire ces appétits purement économiques passant outre tous les avis des professionnels de la santé de notre pays.

Alors que la Biologie Clinique après une longue lutte s'est enfin débarrassée de la mauvaise image qu'elle s'était forgée à cause de quelques exploitants peu scrupuleux, le retour aux commandes de ce secteur d'exploitants purement commerciaux que favoriserait le vote de cette loi amputera notre médecine d'un secteur qui est devenu un modèle pour d'autres pays européens grâce à son système de qualité mis en route depuis quelques années.

Et si le Gouvernement accepte de livrer à des financiers purs un des secteurs de nos Soins de Santé il ouvrira la porte de tous les autres secteurs à ces mêmes financiers : il y aura dès lors des magasins qui vendront de la médecine générale, d'autres des électro-cardio-grammes, d'autres encore vous proposeront des soins pour vos enfants. Nous médecins, nous restons convaincus que l'erreur faite par l'Union

Européenne en acceptant la plainte initiale par un commissaire européen non habilité peut être corrigée. Cela nécessitera désormais du courage politique aussi bien sur le plan belge qu'europpéen.

Au nom de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en biopathologie médicale (UPBMSBM), du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS) et de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM), mais aussi et surtout en tant que citoyens soucieux de sauvegarder notre médecine de qualité nous demandons au Gouvernement de suspendre le vote de ce projet de Loi.

Dr Salim JARJOURA
Secrétaire de l'UPBMSBM

Dr Marc MOENS
Président de l'ABSyM
Secrétaire général du GBS

**TITRE OLYMPIQUE EN SOUFLAGE DE BULLES DE SAVON POUR ADELHEID BYTTEBIER
ET TITRE OLYMPIQUE EN TOURNAGE EN ROND
POUR LE PREMIER MINISTRE FLAMAND BART SOMERS!**

Communiqué de presse du GBS du 22.4.2004

D'un trait de plume, ils assujettissent quelque 7000 médecins spécialistes extra-hospitaliers aux kolkhozes de soins du nouveau Décret flamand relatif "aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins" (3 mars 2004; M.B. du 20.04.2004), **contre le gré de leurs patients!** Un "remake" flamand de l'ancien projet relatif aux services intégrés de soins à domicile de l'ex-ministre fédérale de la Santé publique Magda AELVOET.

Une enquête réalisée très récemment par les MC laisse apparaître que **83,9 % de la population souhaite avoir un accès direct à un médecin spécialiste**, c'est-à-dire sans intervention du médecin généraliste. Dans le Décret flamand qui, certes, entendraient se limiter aux soins à domicile mais prévoit malgré tout "si nécessaire et possible" (autrement dit, que se passe-t-il si ce n'est pas nécessaire et/ou possible au domicile? Et qui en jugera ?), c'est purement et simplement exclu.

Le Gouvernement flamand foule aux pieds ces souhaits de la population de la manière la plus hypocrite. En effet, par son Décret du 3 mars dernier, il fait mine de garantir le libre choix du "dispensateur de soins" mais cette dernière notion est définie de façon très exclusive. Conformément à l'article 2, 19°, est "dispensateur de soins" : un a) pharmacien, b) médecin, c) diététicien, d) kinésithérapeute, e) logopédiste, f) dentiste, g) infirmier, h) sage-femme ou i) praticien d'une autre discipline fixée (?) par le Gouvernement flamand, j) y compris les entités juridiques ou de fait qui les regroupent dans une structure mono- ou multidisciplinaire mais **hormis le médecin-spécialiste**.

Ceci signifie que le patient qui est pris dans les mailles du filet de l'organisation des soins de santé primaires se retrouve bloqué dans un plan des soins mis en place par le(s) "dispensateur(s) de soins" où il ne peut y avoir de la place que pour des "services et personnes offrant des soins plus spécialisés" dans la mesure où le(s) "dispensateur(s) de soins" a(ont) passé une convention de tâche dans ce cadre. **Le droit à l'autonomie du patient, sa liberté de mouvement et sa liberté de choix en ce qui concerne les médecins spécialistes sont réduits à néant.**

Pire encore : le gouvernement flamand peut (à l'instar du dispensateur de soins, mais pas du patient) déterminer (art. 5 §2) dans quelles conditions particulières, des médecins-spécialistes peuvent concourir aux soins de santé primaires dans le cadre de la "continuité des soins".

Dans le décret, l'acteur principal est le "prestataire de soins", c'est-à-dire le dispensateur de soins (cf. supra) ainsi qu'une "organisation, service ou personne dispensant des soins ou services professionnels aux usagers et qui facilite, permet ou soutient ainsi les soins de santé primaires, **à l'exception de l'organisation, service ou personne offrant des soins plus spécialisés**".

Il est véritablement scandaleux que ces libertés fondamentales du citoyen soient sacrifiées pour bénéficier d'une "subvention" que le gouvernement flamand accordera aux "initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires" (lisez : kolkhozes de soins verts) agréées par lui et selon ses règles.

Ce décret doit-il être compris comme un mot d'ordre du gouvernement flamand à l'attention du citoyen : adressez-vous à un pharmacien, médecin généraliste, diététicien, kinésithérapeute, logopédiste, dentiste, infirmier, sage-femme ... mais évitez le spécialiste?

Si tel est le cas, le Groupement des Unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS) a l'obligation morale d'inviter les Flamands à ne pas suivre ce mot d'ordre. Le GBS n'est en aucun cas disposé à subir cet affront public sans réagir et examine la possibilité d'engager une action en justice.

Dr Marc MOENS
Secrétaire général

Prof. Dr Jacques GRUWEZ
Vice-Président

Dr Jean-Luc DEMEERE
Président

L'OBSTETRIQUE NE VEUT PLUS RAMASSER LES MIETTES QUI TOMBENT DE LA TABLE

Depuis un certain temps déjà – cela doit faire près de 40 ans – j'ai bien dit quarante ans, les comités directeurs successifs de l'Association professionnelle des obstétriciens et gynécologues belges tentent de faire valoir une revendication légitime et équitable pour obtenir, à l'instar de toutes les autres spécialités, un tarif d'urgence pour les prestations d'obstétrique. De nombreux dossiers ont été introduits avec le soutien entier des sociétés scientifiques et des syndicats médicaux et les gynécologues se voient toujours opposer un refus catégorique de la part des instances compétentes, même si cela peut sembler incompréhensible.

Dans notre société industrialisée, il n'y a personne – à l'exception des artistes, des philosophes et des mères de famille – qui ne reçoive pas une rémunération supplémentaire pour le travail de nuit ou presté le week-end, ni en dehors de la profession médicale ni à l'intérieur du large éventail des spécialités médicales. Un tarif d'urgence entre 21 h et 7 h et durant le week-end est la chose la plus normale du monde et la facturation de ce tarif est devenue un automatisme bien ancré pour tous nos confrères généralistes et spécialistes. Et ce à juste titre. Il existe une exception, une tâche aveugle, l'accompagnement médical lors d'un accouchement vaginal. La nature ne tient pas compte des heures de bureau. Les salles d'accouchement et les maternités ne ferment jamais, il y a toujours de la lumière. Dans la mesure où l'hypophyse déclenche sa production d'ocytocine à un moment quelconque et imprévisible, le gynécologue-obstétricien doit en supporter les conséquences et doit, dans sa fonction d'obstétricien liée à la personne, se tenir prêt jour et nuit pour accompagner le miracle de la naissance. Les instances compétentes le répètent : it's part of the game, cela fait partie du métier. Les gynécologues qui ne l'acceptent pas auraient mieux fait de ne pas se lancer dans une pratique d'obstétricien. Une autre contre-vérité que l'on entend fréquemment dans les couloirs de la médico-mut est que l'introduction du tarif de nuit pourrait favoriser les utilisations frauduleuses et/ou les abus.

Et, pendant des années, il en a été de même, il a fallu se battre sans espoir de victoire. Le dossier était dans une impasse totale. A never ending story.

Mais un revirement est quand même intervenu avec l'introduction de la double affiliation pour les membres de la société scientifique et de l'association professionnelle. Les deux associations ont décidé de se donner la main pour résoudre les nombreux "mixed problems", c'est-à-dire en partie scientifiques et en partie professionnels. La plupart des gynécologues étaient gagnés à la cause. Outre le tarif d'urgence, de nombreux autres dossiers figuraient en bonne place des préoccupations, par exemple la problématique médico-légale, la formation, la pléthore, le morcellement de la profession en plusieurs sous-spécialités distinctes, l'application de la loi relative aux droits du patient, les problèmes de remboursement des médicaments pour les patientes traitées pour des troubles de fertilité, le dépistage du cancer du sein, les avis dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, etc. Le travail ne manque pas mais, grâce à l'alliance, tout sera beaucoup plus facile et une plus grande pression pourra être exercée sur les pouvoirs publics. Plusieurs articles d'opinion sont parus dans la plupart des journaux, d'éminents professeurs ont saisi leur plume pour dénoncer les moyens financiers misérables et insuffisants que les autorités et la société allouent aux soins de la mère et de l'enfant. Des voix s'élèvent pour dire qu'il est scandaleux qu'il n'y ait pas d'argent disponible pour investir dans des soins obstétriques et une prise en charge néonatale de qualité supérieure.

Malgré tout, l'obstétrique telle qu'elle est pratiquée dans notre pays arrive en tête dans un classement mondial basé sur la qualité des soins. L'approche obstétricale très personnalisée est énormément appréciée de tous et amène des patientes étrangères à venir accoucher dans notre pays. Il existe une médecine périnatale avec une équipe de gynécologues, de généticiens, de biologistes, de néonatalogistes et d'autres experts qui fonctionnent à un niveau élevé tant au niveau scientifique que professionnel. Nous proposons, sur base volontaire et sans aucun financement fédéral, un appareil d'enregistrement performant avec le "Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie" qui consigne et évalue la quasi-totalité des accouchements en Flandre. Tout ceci nous permet d'obtenir un des chiffres les plus bas en matière de morbidité et de mortalité périnatale dans l'Union européenne. En dépit de ce palmarès impressionnant, tels des parias, nous continuons à frapper à la porte des autorités pour obtenir des honoraires équitables pour nos efforts supplémentaires.

Malgré les promesses ministérielles répétées, le règlement du système no-fault pour les sinistres médicaux se fait également attendre. Pourtant, le ministre est un jour venu en personne nous assurer qu'il y aurait certainement un couplage de la loi relative aux droits du patient et de ce règlement. L'année suivante, le ministre qui lui a succédé pouvait tout au plus nous dire qu'il n'en avait en fait jamais été question, et ce malgré l'intervention du premier ministre en personne. Il n'empêche que la pression médico-légale s'accroît de manière incontrôlée, en particulier en obstétrique mais également au niveau des soins prénatals dispensés concernant la détection correcte d'anomalies fœtales par échographie. Ceci donne encore toujours lieu à des honoraires insuffisants avec une limitation stricte (1 écho de grossesse par trimestre) – également unique dans toute la nomenclature d' "imagerie médicale". Les primes pour l'assurance groupe ne cessent d'augmenter, et ce tandis qu'un nombre croissant de gynécologues ne

trouvent plus de compagnies d'assurances pour se faire assurer. A grand coup de bluff, un règlement est élaboré, par voie d'arrêté royal, concernant les soins intensifs prénatals et maternels (le fameux projet PIC MIC NIC) afin d'améliorer plus encore la qualité des soins périnatals. Les gynécologues et les pédiatres-néonatalogistes s'organisent et suivent le décret de près mais, une fois de plus, il n'y a pas la moindre compensation financière. Aucuns honoraires ne sont prévus et, une fois encore, l'obstétrique reste seule sur le carreau. Le monde politique continue-t-il à refuser d'investir dans les générations futures pourtant si utiles? Le vieillissement de la population a été officiellement proclamé LE problème social de société des années à venir mais on refuse toujours de débloquent des moyens pour le seul remède possible, à savoir les soins à la mère et à l'enfant.

Quand le besoin se fait le plus sentir, la délivrance est proche. Grâce à notre persévérance devant une porte qui était toujours restée close et grâce à un lobbying intensif, une fumée blanche s'est finalement élevée de la cheminée de la médico-mut et un tarif d'urgence a été convenu dans le cadre de l'accord 2004 pour l'accompagnement des accouchements. Formidable, tous les gynécologues ont laissé échapper un soupir et ont crié ouvertement : "Enfin, la justice s'est imposée".

A l'écart de cette liesse, d'aucuns parmi les calculateurs ont froncé les sourcils lorsque le montant qui allait être débloquent, à savoir 1,3 million d'euros, a été connu. En effet, ils ont estimé que c'était beaucoup trop peu pour introduire un tarif d'urgence correct pour l'obstétrique. Mais bon, c'était maintenant inscrit dans l'accord et nous les médecins ne devons pas jouer la Cour des comptes pour les autorités.

Les espérances étaient très élevées. Tout allait entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2004. Mais c'est alors qu'est intervenue l'action des pédiatres auxquels nous avons toujours, des années durant, apporté un soutien total dans leur lutte, qui était également la nôtre, pour une revalorisation des soins à la mère et à l'enfant.

Dans la mesure où les pédiatres ont mené une action relativement dure avec une grève des soins et une "marche sur Bruxelles", le ministre s'est vu contraint de faire des concessions financières et quel argent était plus facile à débloquent que les 1,3 million d'euros promis aux gynécologues? Le Conseil technique médical a été invité à régler l'affaire le plus rapidement possible, ce qui s'est pratiquement passé.

Le Conseil technique médical a entre-temps été chargé par la commission de contrôle du budget de l'INAMI de vérifier ce que les 1,3 million d'euros promis représenteraient concrètement en termes de tarif d'urgence pour les pédiatres et les obstétriciens. Sur la base des chiffres disponibles concernant les accouchements de nuit et durant le week-end, on avait calculé que cela correspondrait à une augmentation de 10 euros, j'ai bien dit dix euros. Ceci prouve bien que l'on s'était totalement trompé dans les calculs lors de la conclusion de l'accord médico-mutualiste même si on applique simplement le tarif légal pour les prestations urgentes, à savoir un K 100 (599561 K100 = 145,24 €). Mais dans la mesure où il s'agit d'une prestation K 155, c'est environ 10 millions d'euros qu'il faudrait débloquent. Le Conseil technique médical a estimé qu'accorder 10 euros pour un accouchement de nuit ou durant le week-end constituait un affront, un camouflet et un blâme pour les gynécologues.

C'est pourquoi ils estiment logique d'allouer une bonne partie du montant prévu aux pédiatres. Un nouveau (énième !) dossier devrait être introduit pour obtenir un règlement correct pour notre tarif d'urgence, c'est-à-dire le déblocage du budget nécessaire.

En d'autres termes, pour la énième fois, les gynécologues doivent se contenter des miettes qui tombent de la table.

Que pouvons-nous faire maintenant?

Nous sommes devant un fait accompli. Nous avons le choix entre des actions dures, des grèves du zèle, des actions de boycott, des campagnes médiatiques ou monter sur les barricades. Est-ce bien raisonnable d'agir ainsi à une époque où les soins aux personnes handicapées, les centres de soins de santé mentale, les maisons de repos et de soins, les projets de construction d'habitations sociales, pour ne donner que quelques exemples, réclament à cor à cri des subsides et des moyens financiers supplémentaires? Ou allons-nous nous laisser exciter par l'administration des mutuelles qui engloutit des milliards et par les budgets qui débordent pour les autres spécialités. Quid du contrôle budgétaire en septembre prochain en ce qui concerne les soins de santé globaux? En Belgique, les dépenses pour les soins de santé atteignent 9 % du PNB. Notre pays occupe ainsi la neuvième place parmi les pays de l'OCDE. Cependant, pas moins de huit pays européens dépensent davantage que notre pays par habitant. Parmi eux figurent les Pays-Bas. Les statistiques de l'OCDE relativisent l'opinion communément admise qu'avec l'augmentation des frais médicaux, nous nous dirigeons tout droit vers un scénario catastrophe à la belge. S'il est question d'un scénario catastrophe, cela vaut alors pour tous les pays occidentaux.

Il est vrai qu'un nombre croissant de gens sages dans nos propres rangs et des partisans au sein des organisations syndicales et autres qui nous aident à choisir le bon cap veulent une action dure et en ont vraiment assez d'être renvoyés systématiquement sur les roses. Il est impératif de taper fermement du poing sur la table des négociations. Nous planifions prochainement une rencontre avec nos confrères francophones et avec les hauts responsables des syndicats et du Conseil technique médical pour définir la

future stratégie. Une grève des soins et des grèves du zèle ne sont pas exclues. Une chose est en effet sûre : l'accord médico-mutualiste de décembre 2003 mentionne expressément l'introduction d'un tarif d'urgence en obstétrique.

Johan Van Wiemeersch
24.05.2004

NOMENCLATURE ORTHOPEDIE

4 MAI 2004. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 14.05.2004)

Article 1er. L'article 29, § 7quater, alinéa 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, remplacé par l'arrêté royal du 10 novembre 2001, est remplacé par l'alinéa suivant :

« Le renouvellement des chaussures orthopédiques et des applications orthopédiques ne peut se faire qu'après un délai, suivant la date de la fourniture antérieure, de :

- 9 mois pour le bénéficiaire auquel les dernières chaussures orthopédiques ou applications orthopédiques, appartenant aux catégories A, B, C ou D, ont été livrées avant son 18e anniversaire;

- 1 an pour le bénéficiaire auquel les dernières chaussures orthopédiques ou applications orthopédiques, appartenant aux catégories A, B, C ou D, ont été livrées à partir de son 18e anniversaire;

- 2 ans pour le bénéficiaire auquel les dernières chaussures orthopédiques ou applications orthopédiques, appartenant aux catégories B ou C, ont été livrées à partir de son 65e anniversaire;"

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

NOMENCLATURE CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOLOGIE

4 MAI 2004. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 27.05.2004 – p. 41380)

Article 1er. A l'article 28, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités modifié par les arrêtés royaux du 7 décembre 1984, 7 mai 1986, 4 août 1987, 9 mai 1989, 2 janvier 1991, 16 septembre 1991, 20 décembre 1991, 19 août 1992, 20 octobre 1992, 7 octobre 1993, 28 mars 1995, 18 juillet 1996, 25 juin 1997, 11 juillet 2001, 22 janvier 2002 et 18 juillet 2002 est apportée la modification suivante :

Au § 1er, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, la prestation 612334-612345 est supprimée.

Art. 2. A l'article 35bis de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inséré par l'arrêté royal du 8 novembre 1999 et modifié par les arrêtés royaux des 9 juillet 2000, 20 mars 2001, 10 août 2001, 15 octobre 2001, 15 janvier 2002, 22 janvier 2002, 18 octobre 2002, 4 février 2003, 18 mars 2003, 7 septembre 2003 et 20 février 2004, sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1er, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 2a, le libellé de la prestation 687514-687525 est remplacé par le libellé suivant :

« 687514-687525

Cathéter(s)-électrode(s), intracavitaire(s) ou intra-oesophagien(s), pour entraînement électro-systolique temporaire du coeur U 61 »

2° Au § 1er, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 2a, la prestation suivante est introduite après la prestation 687514-687525 :

« 687256-687260

Cathéter(s)-électrode(s), épicaudique(s) pour entraînement électro-systolique temporaire et post-opératoire du coeur U 22 »

3° Au § 5, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 2a, l'intitulé et les prestations suivantes sont introduits avant l'intitulé « Cathéter à biopsie : » :

« Cathéter-électrode :

687514-687525 et 687256-687260 »

4° Au § 7, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 2a, l'intitulé et les prestations suivantes sont introduits avant l'intitulé « Cathéter à biopsie : » :

« Cathéter-électrode :

687514-687525 et 687256-687260 »

5° Le § 10septies suivant est introduit après le § 10sexies :

« § 10 septies Les prestations 687514-687525 et 687256-687260 ne peuvent être remboursées qu'une fois par intervention. Ces prestations doivent être considérées comme un forfait qui vaut pour une même période continue d'entraînement électro-systolique du coeur. »

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

4 MAI 2004. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 27.05.2004 – p. 41381)

Article 1er. A l'article 35bis de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inséré par l'arrêté royal du 8 novembre 1999 et modifié par les arrêtés royaux des 9 juillet 2000, 20 mars 2001, 10 août 2001, 15 octobre 2001, 15 janvier 2002, 22 janvier 2002, 18 octobre 2002, 4 février 2003, 18 mars 2003, 7 septembre 2003 et 20 février 2004 sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1er, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 1a, la prestation suivante et sa règle d'application sont introduites avant l'intitulé « - Catégorie 1b : » :

« - Catégorie 1a :

687271-687282

Ensemble du matériel de consommation et des implants utilisés lors de la fixation de la grande veine saphène à l'aorte lors des prestations 229014-229025, 229515-229526, 229574-229585 et 229611-229622 U 300

Cette prestation ne peut pas être cumulée avec les prestations 612813-612824, 612835-612846, 612894-612905 et 687293-687304 . »;

2° Au § 1er, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 2a, la prestation suivante et sa règle d'application sont introduites après la prestation 689776-689780 :

« 687293-687304

Système de fermeture proximale temporaire pour la réalisation d'une anastomose sur l'aorte sans clampage lors d'un CABG, utilisé lors des prestations 229014-229025, 229515-229526, 229574-229585 et 229611-229622 U 200

Cette prestation ne peut pas être cumulée avec les prestations 612813-612824, 612835-612846, 612894-612905 et 687271-687282. »;

3° Au § 5, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 1a, les intitulés et la prestation suivants sont introduits avant l'intitulé « - Catégorie 1b : » :

« - Catégorie 1a :

Matériel utilisé lors de la fixation de la grande veine saphène à l'aorte :

687271-687282 »

4° Au § 5, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 2a, l'intitulé et la prestation suivants sont introduits avant l'intitulé « - Catégorie 2b : » :

« Système de fermeture proximale temporaire pour la réalisation d'une anastomose sur l'aorte sans clampage lors d'un CABG :

687293-687304 »

5° Au § 7, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 1a, les intitulés et la prestation suivants sont introduits avant l'intitulé « - Catégorie 1b : » :

« - Catégorie 1a :

Matériel utilisé lors de la fixation de la grande veine saphène à l'aorte :

687271-687282 »

6° Au § 7, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 2a, l'intitulé et la prestation suivants sont introduits avant l'intitulé « - Catégorie 2b : » :

« Système de fermeture proximale temporaire pour la réalisation d'une anastomose sur l'aorte sans clampage lors d'un CABG :

687293-687304 »

7° Les §§ 10quinquies et 10sexies suivants sont introduits après le § 10quater :

« § 10quinquies. La prestation 687271-687282 ne peut être portée en compte qu'une fois par intervention.

§ 10sexies. La prestation 687293-687304 ne peut être portée en compte qu'une fois par intervention. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

4 MAI 2004. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 27.05.2004 – p. 41383)

Article 1er. A l'article 28, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités modifié par les arrêtés royaux du 7 décembre 1984, 7 mai 1986, 4 août 1987, 9 mai 1989, 2 janvier 1991, 16 septembre 1991, 20 décembre 1991, 19 août 1992, 20 octobre 1992, 7 octobre 1993, 28 mars 1995, 18 juillet 1996, 25 juin 1997, 11 juillet 2001, 22 janvier 2002 et 18 juillet 2002, la prestation 612850-612861 est supprimée au "G. Chirurgie thoracique et cardiologie".

Art. 2. A l'article 35bis de l'annexe du même arrêté royal, inséré par l'arrêté royal du 8 novembre 1999 et modifié par les arrêtés royaux des 9 juillet 2000, 20 mars 2001, 10 août 2001, 15 octobre 2001, 15 janvier 2002, 22 janvier 2002, 18 octobre 2002, 4 février 2003, 18 mars 2003, 7 septembre 2003 et 20 février 2004, sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1er, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 2a, la prestation 687595-687606 est supprimée.

2° Au § 1er, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 2a, le libellé de la prestation 687610-687621 est remplacé par le libellé suivant :

« 687610-687621

Ensemble du matériel pour auto-transfusion à l'aide d'un système cell-saving utilisé à l'occasion d'une intervention thoracique, vasculaire, orthopédique ou abdominale majeure avec perte de sang importante . . .
. . . U 175 »

3° Au § 5, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 2a, l'intitulé et la prestation suivants sont introduits avant l'intitulé « Cathéter à biopsie : » :

« Matériel pour auto-transfusion :

687610-687621 »

4° Au § 7, G. Chirurgie thoracique et cardiologie, catégorie 2a, l'intitulé et la prestation suivants sont introduits avant l'intitulé « Cathéter à biopsie : » :

« Matériel pour auto-transfusion :

687610-687621 »

5° Le § 10quater suivant est introduit après le § 10ter :

« § 10quater Le terme "cell-saving" de la prestation 687610-687621 représente la procédure par laquelle le sang perdu est, lors de l'aspiration, immédiatement mélangé à un anticoagulant et est ensuite filtré dans un réservoir. De ce réservoir, le sang est amené par une pompe dans une centrifugeuse où les cellules sont séparées du plasma. Le plasma résiduel entre les cellules est alors éliminé par rinçage et la masse cellulaire peut ensuite être rendue au patient en utilisant ou non un filtre. »

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

NOMENCLATURE REEDUCATION

25 AVRIL 2004. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix (M.B. du 01.06.2004)

Article 1er. Au chapitre II de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, modifié par les arrêtés royaux des 10 mai 1996 et 15 avril 2002, sont apportées les modifications suivantes :

1° à la suite de la prestation 771536-771540 est insérée la prestation suivante :

« 771551-771562

Séance individuelle de rééducation fonctionnelle par un orthoptiste, d'une durée de 60 minutes au minimum R 35"

2° les dispositions sous A, B, C et D sont remplacées par les dispositions suivantes :

« A. Les séances 771536-771540 et 771551-771562 sont consacrées à des traitements orthoptiques, avec rapport technique intermédiaire écrit adressé au médecin prescripteur prévu en B 1° ou 2° ci-dessous et décrivant l'évolution du bénéficiaire sous le traitement prescrit. Ces séances peuvent consister en :

- des exercices d'orthoptie;
- un traitement de l'amblyopie;
- une stimulation visuelle de bénéficiaires malvoyants;
- une stimulation visuelle de bénéficiaires présentant des troubles neurophysiologiques;
- une adaptation de verres prismatiques;
- une adaptation et un apprentissage de la manipulation des aides "low-vision"

B. 1. La séance 771536-771540 doit être prescrite par un médecin spécialiste en ophtalmologie.

2. La séance 771551-771562 doit être prescrite par un médecin spécialiste en ophtalmologie titulaire d'une agrégation complémentaire au titre de médecin spécialiste en réadaptation fonctionnelle. Elle est réservée aux bénéficiaires qui présentent une déficience visuelle caractérisée soit par une acuité visuelle corrigée inférieure ou égale à 3/10 au meilleur oeil, soit par une ou plusieurs atteintes du champ visuel qui couvrent plus de 50 % de la zone centrale de 30°, ou qui réduisent de manière concentrique le champ visuel à moins de 20°, soit par une hémianopsie altitudinale complète, une ophtalmoplégie, une apraxie oculomotrice, ou une oscillopsie (c'est-à-dire une instabilité subjective du champ visuel), soit par un dysfonctionnement visuel grave (tel que l'agnosie visuelle, l'héminégligence, l'absence de discrimination figure-fond...) résultant d'une pathologie cérébrale objectivée.

3. Dans tous les cas, le médecin prescripteur doit préciser

- la nature des troubles et de la déficience visuelle justifiant la prescription de séances d'orthoptie,
- les objectifs que ce médecin poursuit en prescrivant ces séances,
- le type de séances demandées ainsi que leur nombre et leur fréquence.

C. 1. La demande d'intervention doit être introduite sans délai à la requête du bénéficiaire, auprès du médecin-conseil de sa mutualité, de son office régional ou de la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de Fer. L'intervention est refusée pour les séances réalisées plus de 30 jours avant la date de réception par le médecin-conseil.

2. La demande doit permettre l'identification de l'orthoptiste qui réalisera les séances.

D. 1. Tout accord d'intervention de l'assurance peut porter au maximum sur une période d'une durée de trois mois.

2. Si la période d'intervention doit être prolongée, un rapport médical d'évolution établi par un médecin spécialiste en ophtalmologie ayant obtenu une agrégation complémentaire au titre de médecin spécialiste en réadaptation fonctionnelle doit être joint à la demande.

3. Pour une même situation pathologique, la période d'intervention de l'assurance ne peut excéder une durée totale de 6 mois à compter de la première séance réalisée, indépendamment du type de séance; elle ne peut en aucun cas être prolongée ni renouvelée au-delà de cette durée.

4. Un même bénéficiaire peut obtenir une seule intervention de l'assurance par jour dans une séance 771536-771540 ou dans une séance 771551-771562.

5. Un bénéficiaire ne peut pas obtenir d'intervention de l'assurance dans une séance 771536-771540 ou dans une séance 771551-771562, durant une période d'intervention de l'assurance fixée par le Collège des

médecins-directeurs dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle conclue avec l'une quelconque des unités pour la rééducation fonctionnelle de bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle. »

3° à l'alinéa 1er sous E, les mots "séances de traitement par orthoptiste" sont remplacés par les mots "séances réalisées par un orthoptiste".

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il a été publié au Moniteur belge.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

RÈGLES INTERPRÉTATIVES RELATIVES AUX ARTICLES 5 ET 6 DE LA NOMENCLATURE

Règles interprétatives relatives aux prestations des articles 5 et 6 de la nomenclature des prestations de santé (M.B. du 6.5.2004):

REGLES INTERPRETATIVES

PROTHESES DENTAIRES

QUESTION 7 (en vigueur depuis le 6.5.2004)

Peut-on durant une même séance attester une réparation de prothèse et l'adjonction de dent(s) ?

REPONSE

Oui, à condition qu'il s'agisse de deux prestations effectuées séparément.

QUESTION 8 (en vigueur depuis le 6.5.2004)

Peut-on durant une même séance attester une réparation de prothèse et un remplacement de la base ?

REPONSE

Oui, à condition qu'il s'agisse de deux prestations effectuées séparément.

QUESTION 9 (en vigueur depuis le 6.5.2004)

Une prothèse amovible de moins de 14 dents peut-elle être considérée comme une prothèse amovible totale ?

REPONSE

Une prothèse amovible de moins de 14 dents remplit les conditions pour être une prothèse amovible totale quand elle répond à la définition de la prothèse amovible totale suivante :

Une prothèse amovible totale (PAT) est un appareil (dentaire) qui remplace toutes les dents qui se trouvent normalement sur l'arcade dentaire, sauf si l'involution des tissus portants, l'anatomie spéciale de la mâchoire, des troubles d'occlusion ou d'autres facteurs soit une justification pour ne pas remplacer toutes les dents manquantes. La base de la PAT doit couvrir la totalité des tissus portants, y compris certains organes dentaires éventuellement restants ou remplacés.

Cela signifie d'une part, qu'une PAT peut comporter moins de 14 dents sur une mâchoire édentée et d'autre part, une PAT peut être placée sur une mâchoire où, soit des racines subsistent, soit des implants ont été placés, à condition que ces éléments soient couverts par la PAT.

Dans toutes ces conditions, l'attestation d'une prothèse amovible partielle est interdite.

TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

QUESTION 5 (en vigueur depuis le 6.5.2004)

Une prestation 305594-305605 peut-elle être attestée après le quatorzième anniversaire ?

REPONSE

La prestation 305594-305605 peut être attestée après le quatorzième anniversaire en vertu de la dérogation à la limite d'âge. Toutefois, l'intervention de l'assurance pour cette prestation n'est due que pour autant que le Conseil technique dentaire ait donné son accord pour le remboursement du traitement orthodontique.

QUESTION 6 (en vigueur depuis le 6.5.2004)

L'intervention de l'assurance cesse-t-elle si le placement de l'appareil n'est pas directement suivi par un traitement orthodontique ?

REPONSE

L'intervention de l'assurance pour le traitement orthodontique cesse si aucun forfait mensuel orthodontique n'est attesté dans un délai de six mois suivant la date de placement de l'appareillage.

QUESTION 7 (en vigueur depuis le 6.5.2004)

Quelles conditions doivent être respectées pour qu'un appareil orthodontique soit considéré comme répondant aux prestations 305631-305642 et 305675-305686 ?

REPONSE

Pour être considéré comme répondant aux prestations 305631-305642 et 305675-305686, un appareil orthodontique doit contribuer activement à la correction de la dysmorphose.

GENERALITES

QUESTION 1 (en vigueur depuis le 6.5.2004)

Qu'entend-on par « cumul » ?

REPONSE

Par « cumul » on entend la réalisation de plusieurs prestations pendant une même séance.

NOUVELLE RÈGLE INTERPRÉTATIVE RELATIVE AUX DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 10, § 4

Règles interprétatives relatives aux dispositions de l'article 10, § 4, (Prestations techniques médicales spéciales - Dispositions générales : prestations connexes) de la nomenclature des prestations de santé (M.B. du 23.4.2004)

REGLE INTERPRETATIVE 12 (en vigueur depuis le 23.4.2004)

QUESTION

Les prestations 229132-229143 Implantation d'électrodes intracavitaires par voie intraveineuse et placement sous-cutané du pace-maker N 300 et 229176-229180 Remplacement d'un pace-maker sous-cutané ou d'une électrode intracavitaire permanente N 200 peuvent-elles être attestées par un médecin spécialiste en cardiologie ?

REPONSE

Les deux prestations suscitées peuvent être attestées, à titre de prestations connexes, par un médecin agréé en cardiologie pour ses propres patients qu'il a en traitement dans le cadre de sa spécialité.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE RELATIVE À L'ARTICLE 36, § 1ER, DE LA NOMENCLATURE

Règle interprétative relative à l'article 36, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé (M.B. du 17.5.2004)

Question (en vigueur depuis le 17.5.2004)

Un bilan multidisciplinaire comportant de la logopédie est établi dans un établissement ayant conclu avec l'INAMI une convention de rééducation fonctionnelle. Ce bilan multidisciplinaire montre que pour la personne concernée une rééducation monodisciplinaire est indiquée. Un/une logopède qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire peut-il/elle effectuer les séances de traitement monodisciplinaire ? La partie « logopédie » d'un bilan multidisciplinaire peut-elle être facturée aussi comme un bilan monodisciplinaire à l'assurance maladie ? Un nouveau bilan monodisciplinaire éventuellement fait consécutivement peut-il être facturé à l'assurance maladie ?

Réponse

Un/une logopède qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire de l'établissement conventionné peut effectuer les séances de traitement monodisciplinaire à condition qu'il/elle le fasse en dehors des heures de travail prévues pour lui par convention dans l'enveloppe de frais de l'établissement. Puisque le bilan multidisciplinaire comporte de la logopédie et qu'une même prestation ne peut pas être facturée deux fois, la partie « logopédie » du bilan multidisciplinaire ne peut plus être facturée comme un bilan monodisciplinaire à l'assurance maladie.

Un nouveau bilan éventuellement fait consécutivement par un/une logopède qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire de l'établissement conventionné ou par un autre logopède n'est pas indispensable et ne peut pas être facturé à l'assurance maladie parce que le bilan multidisciplinaire comporte de la logopédie et parce qu'un même testing chez le même bénéficiaire ne peut pas être facturé deux fois.

PRIX – REGLEMENTS (règlements complets sur simple demande à notre secrétariat)

1. **Fondation Roi Baudouin – Fonds Gert Noël**

Le Fonds Gert Noël, géré par la Fondation Roi Baudouin, attribuera en 2004, pour la quatrième fois, un prix pour récompenser un projet concret mis en œuvre dans un hôpital belge qui s'est efforcé ces dernières années d'améliorer la qualité de l'écoute et de l'information en milieu hospitalier et d'humaniser les soins médicaux. Le prix 2004 est d'un montant de **25.000 euros**. [...] Les candidatures doivent parvenir **au plus**

tard le **15 septembre 2004** au secrétariat du Fonds Gert Noël à la Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21, B-1000 Bruxelles. [...]

2. FNRS – PRIX INTERBREW-BAILLET LATOUR DE LA SANTE - 2005

Art. 1. [...] le PRIX INTERBREW-BAILLET LATOUR DE LA SANTE - 2005 aura pour thème : « **Génétique et maladies cardio-vasculaires** ». Le montant du Prix s'élève à **cent cinquante mille euros (150.000 EUR)**. Art. 2. En outre, **cinquante mille euros (50.000 EUR)** sont destinés au laboratoire ou à l'équipe du lauréat [...]. Art. 4. [...] Les candidatures doivent être adressées avant le **15 septembre 2004**, sous pli confidentiel, au Secrétariat du FNRS [...]

3. FNRS – Prix Oswald VANDER VEKEN – TUMEURS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR – 2005

Art. 1. Le Fonds National de la Recherche Scientifique (F.N.R.S.) décerne un Prix triennal pour une contribution originale ou approfondie, à la connaissance des tumeurs de l'appareil locomoteur, leurs causes, leur prévention, le diagnostic et/ou leur traitement. Art. 2. [...] Le montant du Prix est de 25.000 EUR.[...] Art. 4. Les candidatures, rédigées en anglais au moyen du formulaire adéquat, doivent être adressées pour la prochaine période pour le **1er octobre 2004** à la Secrétaire générale du F.N.R.S. [...]

4. FNRS – Prix BIENNAL SPA FOUNDATION – "The Original Spa Water" 2005

Art. 1. Le Prix international Spa Foundation "The Original Spa Water", d'un montant de 40.000 EUR, couronne tous les deux ans une contribution originale ayant pour thème "L'eau à travers le cycle de la vie". Art. 2. Le Prix 2005 est réservé au domaine "Bénéfices pour la Santé de la consommation d'Eau". Ce Prix international est destiné à récompenser un chercheur ou une équipe de chercheurs qui s'est illustré(e) dans des travaux cliniques et/ou expérimentaux démontrant que la consommation d'eau contribue à la prévention de diverses maladies. [...] Art. 5. Les candidatures, rédigées en langue anglaise, doivent être adressées, sous pli confidentiel, à la Secrétaire générale du FNRS, rue d'Egmont 5 à BE - 1000 Bruxelles (Belgique), au moyen du formulaire adéquat, **pour le 1er octobre 2004**.

5. FNRS – PRIX SCIENTIFIQUES QUINQUENNAUX – PERIODE 2001 - 2005

LES PRIX SCIENTIFIQUES QUINQUENNAUX DU F.N.R.S. seront décernés pour la période quinquennale 2001-2005 à des chercheurs de la Communauté française de Belgique. Ces Prix seront attribués par le FNRS: le "Prix Dr A. De Leeuw-Damry-Bourlart" (Sciences exactes fondamentales – Sciences exactes appliquées), le "Prix scientifique Ernest-John Solvay" (Sciences humaines et sociales) et le "Prix scientifique Joseph Maisin" (Sciences biomédicales fondamentales – Sciences biomédicales cliniques). Le montant attribué à chacun des cinq lauréats est de **75.000 EUR**. [...] Les candidatures aux Prix qui seront décernés en l'an 2005 doivent être adressées [...] au plus tard **le 3.11.2004**.

6. FNRS – Prix scientifique CEN-SCK – Prof. Roger VAN GEEN

Art. 1. A l'initiative du **Centre d'Etudes pour l'Energie nucléaire (CEN-SCK)**, le Fonds National de la Recherche Scientifique (F.N.R.S.) accorde un **Prix biennal** d'un montant de **12.500 EUR**. [...] Art. 3. Le travail présenté portera sur une contribution originale ou une réalisation d'un progrès important dans le domaine de la **recherche nucléaire fondamentale ou appliquée, en ce compris les applications médicales et les aspects sociétaux**. Le travail présenté doit s'inscrire dans ou avoir une relation potentielle avec les objectifs du CEN-SCK. [...] Art. 8. Les candidatures doivent être introduites au moyen du formulaire ad hoc **pour le 15 novembre 2004** auprès du Secrétariat général du Fonds National de la Recherche Scientifique, rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles.

7. Prix Santkin

Ligue Nationale Alzheimer : Prix Santkin : candidatures à adresser sous pli confidentiel à la Présidente de la Ligue avant le 31.08.04. Pour info : 0800/15.225 - e-mail : henry.sabine@skynet.be.

ANNONCES

- 04016 **RIXENSART** (Brabant wallon) : **A LOUER** dans Centre de consultations idéalement situé, rdc, 2 cabinets spacieux, pour médecins spécialistes en rhumatologie, médecine physique (Emg), médecine du sport, dermatologie, pneumologie... Pour renseignements et conditions : 010/61.61.38 le soir après 20 h.
- 04017* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 04025 **WAVRE : A VENDRE** : bel appartement servant actuellement de cabinet médical pluridisciplinaire. Tél. : 010/24.47.63
- 04026* **JODOIGNE** : Le cabinet médical du Marché aux Chevaux cherche **SPÉCIALISTES** collaborateurs. Tél. soir 02/779.28.15 ou 0479.45.80.44.
- 04035 **BRUXELLES** : Centre médical privé situé à Schaerbeek, importante patientèle, cherche **PÉDIATRE, PÉDOPSYCHIATRE, DERMATOLOGUE, CARDIOLOGUE**. Tél. Dr Dejardin 02/215.05.12.

- 04039 **A LOUER** (par mois ou par quinzaine) : Côte d'Azur, Vallauris, villa avec piscine privée, 8 personnes, 4 chambres à coucher, 2 salles de bains. Pour plus d'informations visitez le site www.tucala.com.
- 04041 **ARLON** : Clinique du Sud-Luxembourg – service d'onco-hématologie recherche **MÉDECIN ONCOLOGUE** et/ou **HÉMATOLOGUE** à temps plein pour un service de 15 lits disposant de 3 chambres stériles et d'un hôpital de jour de 12 places. Poste ouvert immédiatement. Participation au pool de médecine interne qui compte déjà un oncologue et un hématologue à temps plein. Renseignements: Dr Pascal PIERRE (063/23 13 86 ou 23 13 83).
- 04042 **BRUXELLES** : Cabinet médical privé à partager à Auderghem. Excellente situation près du métro. Tél. : 02/673.69.74
- 04044 **WAVRE** : Cabinet pluridisciplinaire recherche **ORL** ou **autre spécialité**. Pour tout rens. : 010/24.18.67.
- 04045 **FRANCE** : A louer en Alsace, à Drulingen, gros bourg dynamique dans région touristique proche A4/E25 et Saverne : appartement spacieux rénové dans maison de caractère idéale pour profession libérale, conviendrait à médecin spécialiste. Tél. : 00.33.3.83.35.39.46 ou 00.33.6.87.09.15.61.
- 04046 **A VENDRE** : appareil échographique Toshiba Eccocee de 1999 muni de 4 sondes (abdominale, tissus mous, vasculaire, endo-cavitaire). Renseignements: 02/395.40.77 en journée.
- 04047 **DAVE** : Ouverture de poste. Spécialité : **PSYCHIATRIE**. Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin – 84 , rue Saint Hubert, 5100 Dave – Tél : 081/30.28.86 – Fax : 081/30.64.79. Poste : un **adjoint de Service** à plein temps. Date d'ouverture du poste : 15/02/2004. Date de clôture du dépôt des candidatures : 31/08/2004. Date de la prise de fonction : 01/10/2004. Les CV sont à envoyer à l'attention de Mr Pitz, Coordinateur des OFC, et du Dr Davaux, Médecin Chef, 84 rue St Hubert, 5100 DAVE.
- 04049 **BRUXELLES** : Centre de médecine spécialisée situé à 1080 Bruxelles (square Machtens) recherche la collaboration d'un(e) **INTERNISTE** pour reprise du service. Envoyer CV à **CARDIOASSISTANCE**, rue du Saphir 33, à 1030 Bruxelles.
- 04050 **CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT** : Le Centre spécialisé d'Herlaimont recherche, en vue d'une location de cabinet, **RHUMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, OPHTALMOLOGUE, GYNÉCOLOGUE FEMME, DERMATOLOGUE, PÉDIATRE, LOGOPÈDE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 064/43.22.00.
- 04051 **FRANCE** : Cession de clientèle en **GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE** à Perpignan, ville de 100.000 habitants du Sud de la France, proche de la mer. Activité de consultation en cabinet, d'accouchement et de chirurgie gynécologique dans une clinique de la ville (2000 accouchements par an dans cette structure où exercent 6 accoucheurs). Pour tout renseignement complémentaire : tél. : 00.33.6.09.67.27.68.
- 04052 **BRUXELLES** : La Clinique Sainte-Anne Saint-Rémi Saint-Etienne ASBL recherche un **MÉDECIN GÉRIATRE** pour le site Saint-Etienne, rue du Méridien 100 à 1210 Bruxelles. Candidature, lettre de motivation et CV détaillé sont à adresser au Dr J.-P. VAN WETTERE, directeur médical (tél. : 02/556.55.85 – 02/225.98.08 – e-mail : jeanpaul.vanwettere@tristare.be).
- 04053 **FRANCE** : Cabinet de **RADIOLOGIE** (4 radiologues) situé à Maubeuge (Nord) cherche associé et/ou remplaçant. Accès scanner et I.R.M. Activité polyvalente. Tél. : 00.33.3.27.53.15.01 ou 03. Fax Cabinet : 00.33.3.27.65.74.19.
- 04055 **RADIOLOGUE** expérimenté et polyvalent (spécificité écho, Doppler et vasculaire) cherche à compléter quelques vacances, de préférence en milieu hospitalier. Tél. 0495/652465.
- 04056 **RHUMATOLOGUE/PHYSIOTHÉRAPEUTE** recherché pour centre méd. privé à **WATERMAEL**. Patientèle existante. Tél. centre méd. : 02 6603872 et 02 6600719. GSM 0475 728254 (Dr Detemmerman ou Dr Borremans)
- 04057 **A VENDRE** 4 dictaphones de bureau 150 euros pièce, avec minicassettes. A v. 2 dictaph. de poche profess. pocket memo 398 Philips, 40 euros pièce, avec adapt. secteur et minicassettes. Tél. Dr Borremans 02 6723160, 6600719 GSM 0475728254. Soir: 023547374.

Table des matières

• Le gouvernement livre les soins de santé belges aux prédateurs financiers – Communiqué de presse GBS-ABSYM du 3.5.2004	1
• Titre olympique en soufflage de bulles de savon pour Adelheid BYTTEBIER et titre olympique en tournage en rond pour le premier ministre flamand Bart SOMERS! – Communiqué de presse du GBS du 22.4.2004	2
• L'obstétrique ne veut plus ramasser les miettes qui tombent de la table.....	3
• Nomenclature orthopédie	5
• Nomenclature Chirurgie thoracique et cardiologie.....	5
• Nomenclature rééducation	8
• Règles interprétatives relatives aux prestations des articles 5 et 6 de la nomenclature	9
• Nouvelle règle interprétative relative aux dispositions de l'article 10, § 4	10
• Règle interprétative relative à l'article 36, § 1er, de la nomenclature	10
• Prix – règlements.....	10
• Annonces	11