
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° 2 / MARS 2006

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

**NOTRE BIEN LE PLUS PRÉCIEUX? RÉFLEXIONS PHILOSOPHIQUES
AUTOUR DE LA RARETÉ, LA FINITUDE ET LA VALEUR NORMATIVE
DE LA SANTÉ – YVONNE DENIER**

**ALLOCUTION PRONONCÉE DANS LE CADRE DU SYMPOSIUM DU GBS
" FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ "
BIBLIOTHÈQUE ROYALE DE BELGIQUE – 04.02.2006**

(traduction)

Introduction

“La santé est notre bien le plus précieux”, pour reprendre la formule bien connue. Cette formule traduit une idée qui est tenue en haute estime depuis des siècles à l'échelle universelle. Ainsi, des manifestations de cette préoccupation peuvent être retrouvées dès l'Antiquité. Vers 2000 avant Jésus-Christ, toutes sortes de remèdes pour guérir et de règles de santé étaient déjà consignées sur des tablettes d'argile en Mésopotamie et sur des papyrus en Egypte. Par ailleurs, les civilisations grecque et romaine sont réputées pour avoir cultivé l'idéal de l'esprit sain dans un corps sain. A la même époque – vers 500 avant Jésus-Christ – les écrits de Hippocrate de Cos sont annonciateurs d'une période où la raison et la rationalité dans la compréhension du fonctionnement du corps humain sont complétées par l'excellence éthique dans l'exercice de la profession médicale. Le serment d'Hippocrate est, aujourd'hui encore, un des fondements de l'éthique médicale.

Jusqu'aux 16^e et 17^e siècles, les soins pour la santé relevaient en grande partie du domaine des soins *individuels* pour soi-même, avec ou sans l'intervention du médecin. A l'époque prémoderne et avec la progression de l'expansion industrielle et urbaine et la croissance vertigineuse de la population – qui a été à l'origine d'une vague d'épidémies – une prise de conscience collective de la nécessité d'une organisation institutionnelle *publique* des soins de santé s'impose progressivement. Une attention systématique a été portée à des facteurs environnementaux ayant un impact indirect significatif sur la santé – comme la qualité de l'alimentation, l'hygiène et les conditions sanitaires, le logement, la politique en matière de pauvreté, la présence d'hôpitaux, etc.

Le résultat de cette préoccupation ancienne et universelle pour notre santé se traduit, au jour d'aujourd'hui, dans la plupart des sociétés industrialisées, par l'organisation, par les instances publiques, d'un système complexe et étendu de soins de santé. Les soins de santé font partie intégrante de l'appareil social, politique et économique de la société. C'est un cadre complexe d'institutions, de services, de biens et de mesures politiques qui sont organisés en gros autour de trois objectifs. Premièrement, l'objectif de la *prévention* de la maladie, de la dépendance et du handicap. Deuxièmement, l'objectif de la *guérison et du rétablissement* (c'est-à-dire "cure") et, troisièmement, la dispensation de *soins de qualité et d'une assistance intégrés* (c'est-à-dire "care") lorsque la guérison et le rétablissement ne sont plus possibles. Les soins de santé ont ainsi un grand impact sur notre bien-être personnel. En effet, ils contribuent à définir le risque que nous courrons d'être malades, la probabilité de guérison et la mesure dans laquelle nous serons pris en charge et soignés si nous devenons totalement dépendants. Dans ce sens, les soins de santé représentent un aspect important de l'équité sociale.

Cela étant, les soins de santé à l'époque actuelle sont devenus extrêmement complexes et se heurtent de plus en plus durement à des limites quantitatives et qualitatives. Depuis les années 1990, des questions traitant de la rareté, de la rationalisation ou du rationnement, de la fixation de limites et de l'appel en faveur de l'établissement de priorités claires se retrouvent régulièrement au cœur du débat social, politique, éthique

et économique. Il s'agit là de questions très difficiles. D'une façon ou d'une autre, nous devons fixer des limites aux soins de santé. Reste encore à savoir comment il faut opérer. C'est l'objet d'un vaste débat.

La thèse de l'incompatibilité

Le point de départ de mon analyse est l'assertion que le problème de la rareté des soins de santé apparaît de façon renforcée du fait de l'incompatibilité interne de trois paramètres, à savoir l'efficacité, l'équité et les soins. La situation est comparable à un écriteau placé sur la porte d'un garage qui annoncerait : "Nous proposons trois sortes de service : un prix modéré, la rapidité et la fiabilité. Vous pouvez toujours en avoir deux des trois mais pas les trois. Si vous voulez un prix modéré et la rapidité, le service ne sera pas fiable. Si vous optez pour un prix modéré et pour la fiabilité, vous n'aurez pas la rapidité et si le service doit être rapide et fiable, il ne sera pas bon marché."

Dans le cas des soins de santé, les valeurs rivales sont : l'efficacité sociale, l'équité distributive et les soins de qualité intégrés. Ici aussi, il semble que nous ne puissions à chaque fois réunir que deux des trois paramètres. Si nous optons pour des soins de qualité intégrés socialement efficaces, nous risquons de déboucher sur un système uniquement accessible à ceux qui disposent de moyens financiers. Ceci va à l'encontre d'exigences fondamentales de l'équité. Une certaine catégories d'individus sont laissés pour compte. Et il s'agit précisément de ceux ayant les plus grands besoins : les malades chroniques, les handicapés et les pauvres. En revanche, on a généralement tendance à penser que les soins de santé équitables permettent un accès en fonction du *besoin* médical et non pas du pouvoir d'achat. Par contre, si on veut offrir un accès égal à des soins de qualité intégrés sur base du besoin médical, le système risque de devenir inefficace car infinançable par la société. En effet, pour ce qui est de satisfaire les besoins médicaux, la science médicale peut beaucoup plus que ce que la société peut se permettre. Les possibilités médicales sont nettement supérieures aux fonds publics. Et enfin, si nous voulons offrir un accès égal aux soins sur base du besoin tout en remplissant le critère de l'efficacité sociale, il faudra faire attention à toute baisse de la qualité des soins.

Cette incompatibilité triadique nous amène à examiner la question suivante : comment pouvons-nous fixer des limites aux soins de santé tout en réalisant un compromis acceptable entre l'efficacité, l'équité et les soins?

Il existe plusieurs théories élaborées qui s'efforcent, chacune à leur tour, d'apporter une réponse à cette question. Je me concentrerai ici sur une théorie qui est simple à première vue mais qui est également provocatrice et donne beaucoup de matière à réflexion. C'est la proposition que le philosophe Ronald Dworkin a formulée en 1994 en réaction aux projets de réforme du président américain d'alors, à savoir Clinton. Les projets du président ne se sont pas concrétisés à l'époque mais la proposition de Dworkin reste un guide intéressant quand il s'agit de se livrer à l'exercice d'équilibre évoqué plus haut.

Crise au niveau de la conception et des attentes

Pour commencer, Dworkin soutient que la crise touchant aujourd'hui les soins de santé est une crise au niveau de notre conception générale et de nos attentes en matière de soins de santé. Ce qui veut dire que c'est une crise de la découverte d'une réponse aux deux questions principales que nous devons nous poser, d'un point de vue sociétal, lorsque nous parlons de soins de santé équitables.

Premièrement, *combien* d'argent notre société est-elle disposée à consacrer aux soins de santé? C'est la question agrégative. La notion de coût d'opportunité joue ici un rôle important. En effet, l'argent consacré aux soins de santé pourrait également être consacré à l'enseignement, à l'emploi, à la politique en matière de pauvreté, au logement, à l'environnement, etc. Compte tenu du fait que ces autres dispositifs ont également une influence importante sur l'état de santé d'une population, il est essentiel de trouver un certain équilibre entre les dépenses engagées pour les soins de santé et celles consacrées aux autres postes de dépenses. Ce qui veut dire que nous devons nous demander concrètement quel montant maximum notre société est disposée à payer pour notre santé, pourvu que personne ne soit laissé pour compte.

Deuxièmement, à *quoi* devons-nous consacrer le budget des soins de santé? C'est la question distributive. Combien consacrons-nous à la prévention, combien à l'aspect "cure" et combien à l'aspect "care"? La notion de coût d'opportunité joue à nouveau un rôle déterminant : ce que nous dépensons à une chose ne peut plus être dépensé à autre chose. Dans la mesure où la science médicale peut bien plus que ce que la société peut se permettre avec les deniers publics, nous devons oser nous demander en toute honnêteté - dans le cadre d'une garantie universelle de soins de base de qualité - quelles possibilités médicales sont si importantes qu'elles doivent être incorporées dans le paquet public et lesquelles ne doivent pas l'être. Une question philosophique fondamentale est à la base de ces deux questions. Quelle est la bonne norme pour répondre à ces questions? En d'autres termes, quel est l'*idéal* de soins de santé équitables que nous devons poursuivre?

L'idéal de séparation

Cet idéal de séparation est un idéal séculaire bien connu. Il a trois caractéristiques essentielles. La première caractéristique consiste à affirmer que la vie et la santé sont notre bien le plus précieux, le *Summum Bonum*.

Ou comme le déclarait le philosophe français du 16^e siècle René Descartes : c'est notre bien le plus important qui doit être protégé et qu'il faut promouvoir par tous les moyens. Tout le reste est d'une importance moindre. La deuxième caractéristique est l'équité. Elle suppose que les soins médicaux doivent être répartis sur une base égalitaire qui ne prive personne des soins nécessaires sous le prétexte qu'il ou elle ne peut pas les payer. La troisième caractéristique est le vieux principe du sauvetage qui dit qu'il est inacceptable que des gens meurent, alors qu'ils auraient pu être sauvés, car on leur a refusé les biens nécessaires pour des motifs économiques.

Cet idéal de séparation est un idéal séculaire qui a longtemps servi de guide pour la pratique médicale. La force de cet idéal est tellement grande que nous avons spontanément tendance à penser que c'est la bonne norme pour répondre à nos deux questions fondamentales. Dworkin nous montre cependant que cela n'est pas le cas. Même s'il a fonctionné correctement pendant des siècles, aujourd'hui, il est devenu inutilisable. Pire encore, si nous continuons à utiliser cet idéal, celui-ci fera probablement plus de mal que de bien.

Prenons par exemple la première question – la question agrégative. *Combien* d'argent notre société est-elle disposée à consacrer aux soins de santé? Selon l'idéal de séparation, nous devrions donner tout ce que nous pouvons pour parvenir au niveau où plus aucun gain ne peut être obtenu en termes de santé ou d'espérance de vie. Dans la réalité, cependant, aucune société n'organise sa politique de santé de cette façon, tout comme les personnes individuelles n'organisent pas leur vie de telle façon que littéralement tout est étudié pour avoir la vie la plus longue et la plus saine possible. L'essence du problème est que, auparavant, il n'y avait pas un tel fossé entre la rhétorique de l'idéal de séparation et toutes les possibilités médicales. Cependant, au cours de ces dernières décennies, les possibilités médico-technologiques en termes de diagnostic et de thérapie ont connu un tel développement que nous pouvons aujourd'hui nettement plus que par le passé. De là qu'il n'est pas raisonnable de supposer que la société place la santé sur la plus haute marche du podium, avant toutes les autres valeurs, et qu'elle doit protéger et promouvoir la santé et l'espérance de vie par tous les moyens et à tout prix.

Si nous confrontons l'idéal de séparation à ce problème, l'argument devient caduc. Il disparaît. Et la meilleure réponse possible que nous pouvons apporter est que l'importance du budget de la santé doit être décidée dans la "sphère politique". Nous nous en remettons alors aux responsables politiques qui doivent à leur tour veiller à trouver une réponse. C'est une réponse quelque peu décevante. En effet, de cette façon, l'idéal éthique de séparation n'offre pas de contribution positive au débat. Bien au contraire. Le problème réside dans le fait que si l'éthique philosophique a une mission quelque part, c'est bien qu'elle devrait pouvoir, sur base d'un raisonnement solide et consistant, offrir des indicateurs à ceux qui ont pour tâche de définir la politique.

Si nous nous concentrons maintenant sur la deuxième question – la question distributive – l'idéal de séparation veut que le budget soit réparti de façon équitable. Mais que cela signifie-t-il? L'idéal nous dit quelque chose qui est certainement très important, à savoir que l'accès aux soins médicaux ne peut pas dépendre du pouvoir d'achat! Mais c'est un avis purement négatif. Nous avons besoin d'un avis positif. En effet, si la rationalisation des soins de santé *ne peut pas* être définie par l'épaisseur du porte-monnaie de tout un chacun, quel principe devons-nous *par contre* suivre? Le critère du besoin médical? Dans ce cas, il est nécessaire que nous réalisons une analyse pour définir quels besoins sont à ce point importants qu'ils doivent être satisfaits et lesquels ne doivent pas l'être. Une nouvelle fois, le vieil idéal ne peut nous être d'aucun secours à ce niveau.

Le principe hypothétique de l'assurance raisonnable

L'approche alternative de Dworkin est basée non pas sur l'idée de *la séparation* des soins de santé mais sur l'idée de *l'intégration* des soins de santé en compétition avec d'autres biens importants. L'idée centrale est :

"We should aim to make collective, social decisions about the quantity and distribution of health care so as to match, as closely as possible, the decisions that people in the community *would* make for themselves, one by one, in the appropriate circumstances, if they were looking from youth down the course of their lives and trying to decide what risks were worth running in return for not running other kinds of risks." (R. Dworkin, *Sovereign Virtue*, Cambridge, 2002, 208-209).

Ce mécanisme est basé sur la réflexion suivante : supposons que nous disposions tous de la même somme d'argent. Supposons également qu'il y ait un marché d'assurances équitable idéal avec les corrections nécessaires et supposons en outre que nous encourrions tous un risque égal devant la maladie et le handicap. Pour quelles formes de soins de santé nous assurerions-nous avec raison et pour lesquelles ne le ferions-nous pas?

A cet égard, il affirme qu'il ne serait pas raisonnable de *ne pas* prendre d'assurance. En même temps, il ne serait également pas raisonnable de consacrer *tout* son argent aux soins de santé car, dans ce cas, il ne nous reste plus rien à consacrer aux autres choses, comme les loisirs, l'enseignement et le logement. Ceci signifie que le mécanisme d'assurance hypothétique fixe aussi bien une limite plafond qu'une limite plancher à ce que nous voulons consacrer aux soins de santé.

Si nous poursuivons l'exercice, plusieurs indicateurs intéressants en terme de contenu émergent. En effet, le fait est que si, dans la situation hypothétique, la *plupart* des gens venaient à opter pour une assurance

contre certains risques, le degré d'équité de notre société réelle peut être mesuré en fonction de la quantité de gens qui ont *effectivement* cette couverture et le degré d'iniquité en fonction de la quantité de personnes qui n'ont pas cette couverture. Et l'inverse est également vrai : si les gens optant pour certaines formes de soins de santé sont *peu nombreux*, il ne serait pas équitable d'obliger tout un chacun à être solidaire en la matière.

Par conséquent, nous pouvons utiliser le mécanisme hypothétique de l'assurance raisonnable comme une sorte de *guide* pour nous aider à déterminer pour quelles formes de soins de santé chacun accepte d'être solidaire et pour quelles formes pas du tout. A cet égard, argumente-t-il, il est raisonnable d'admettre que la plupart des gens voudraient s'assurer pour des soins de base de qualité ayant une probabilité de succès raisonnable ainsi que pour des soins de longue durée de soutien et de soulagement de la douleur en cas de vieillesse ou de handicap.

Par ailleurs, il est également raisonnable de penser que nous serions beaucoup moins disposés à nous assurer pour des interventions prolongeant la vie très onéreuses mais spéculatives dans le cas d'un coma irréversible, durant les dernières phases d'une démence ou à un âge très avancé. Il est raisonnable de supposer que la plupart des gens penseraient que le coût de la prime de cette assurance devrait plutôt être consacrée à des choses qui profiteraient à la vie *avant* la démence. Mieux encore, à une assurance couvrant des soins corrects aux personnes dépendantes dispensés dans le respect de la dignité et garantissant une assistance suffisante et un soulagement nécessaire de la douleur. Mais pas pour certaines formes de soins expérimentaux à haute valeur technologique présentant une très faible probabilité de succès. Le fait est que, même si la plupart des gens souhaitent effectivement vivre le plus longtemps possible, cela n'est vrai qu'à condition que la qualité de vie soit suffisamment bonne, c'est-à-dire si on reste conscient et alerte et si on dispose de suffisamment de soins d'assistance pour rendre la vie de la personne malade ou dépendante aussi confortable que possible. On ne veut pas cela à tout prix.

Ce faisant, nous prenons nos distances par rapport à l'idéal cartésien moderne. S'il y a élargissement du fossé entre tout ce qui est possible d'un point de vue médico-technologique et ce à quoi nous pouvons tous avoir accès sur un pied d'égalité, la responsabilité morale de la société n'a pas tellement à voir avec tout ce qui est possible au nom de la santé comme bien le plus précieux mais plutôt avec la mise en place d'un accès égal à des soins de base de qualité et corrects pour tout un chacun. De la même façon, nous pourrions examiner – dans une phase ultérieure – *quelles* formes de soins de base de qualité et *quelles* formes de technologie de pointe sont à classer dans ces deux catégories respectives.

Conclusion

En guise de conclusion, il est important de ne pas perdre de vue quatre éléments. Ils servent de points d'ancrage critiques du débat.

Nous devons opérer des choix

Si nous avons la volonté de conserver un système de soins de santé équitable garantissant simultanément des soins de qualité suffisants et une organisation socialement efficace, nous *devons* trancher et répondre à des questions difficiles. Avant toute chose, nous devons nous demander quel pourcentage de notre revenu national brut nous souhaitons consacrer aux soins de santé. Le coût d'opportunité joue ici un grand rôle. L'argent que nous consacrons aux soins de santé ne peut en effet pas être investi par exemple dans la politique en matière de pauvreté, pour l'enseignement ou l'emploi. Ensuite, nous devons décider à quoi nous souhaitons consacrer le budget des soins de santé. Ici aussi joue le fait que ce que nous consacrons à une chose ne peut pas être consacré à autre chose.

Une limitation importante est ici valable : les soins de santé équitables ne fixent des limites qu'au niveau des biens et dispositifs de l'offre publique *et non pas* au niveau des gens. Il s'agit du dispositif public d'accès égal à une gamme étendue et intégrée de soins de base de qualité et finançable *pour tous*, basé sur un système de solidarité universelle et obligatoire.

Technologie de pointe onéreuse

La science médicale peut beaucoup plus que ce que la société est en mesure de financer. Cela signifie que nous ne pouvons pas être solidaires dans tous les domaines. Du reste, certains biens et services sont déjà absents du paquet public sans que cela ne nous pose de problème. Nous devons surtout oser nous interroger sur l'opportunité de la technologie médicale onéreuse. Une grosse partie de l'augmentation des coûts dans les soins de santé s'explique par l'application de technologies médicales complexes et onéreuses. Il convient dès lors que nous nous demandions en toute honnêteté quelles formes de technologie de pointe sont nécessaires *au point de* devoir figurer dans le paquet public. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que certaines formes de technologie médicale sophistiquées et onéreuses n'apportent généralement une amélioration très limitée de la durée ou de la qualité de vie qu'à un petit groupe de personnes.

Privatisation partielle

Au final, un scénario de privatisation partielle est inévitable. Notre système de soins de santé ne peut être équitable et organisé efficacement et dispenser des soins de qualité que si nous n'assurons plus un financement public de certaines interventions médicales. Toutefois, cela ne signifie pas nécessairement que nous devons glisser vers un scénario catastrophe où les riches peuvent s'offrir des soins de santé de qualité tandis que les moins nantis doivent se contenter d'un paquet limité de soins de qualité moindre. En effet, l'exigence d'équité arrive toujours en premier! Les mesures d'efficacité doivent servir l'équité!

Cela signifie que si le paquet public comprend des soins de qualité suffisants, la polémique autour des soins de santé à deux vitesses a moins de raison d'être. En outre, il faut être réaliste. Le fossé entre les riches et les pauvres ne va pas disparaître. Les riches seront toujours capables de bien plus. Ils peuvent par exemple envoyer leurs enfants dans des écoles sélectes et des universités chères à l'étranger, contrairement aux Belges moins fortunés qui n'en ont pas les moyens. Et, à vrai dire, cela ne nous pose pas vraiment de problèmes en Belgique car l'enseignement public est de qualité et bénéficie d'une organisation équitable de sorte que même les enfants d'ouvriers ont la possibilité d'aller à l'université. Il en va de même pour les soins de santé : pourvu que le paquet public de base en matière de soins de santé accessible à tous sur base de besoins analogues, offre une qualité suffisante et est suffisamment complet, cela ne pose pas de problème. Nous trouverions en effet injuste que des personnes dans le besoin n'aient pas accès à une opération de l'appendicite faute de pouvoir se la payer mais nous avons beaucoup moins de problèmes avec le fait qu'ils ne puissent pas s'offrir une opération d'augmentation mammaire alors que les riches en ont la possibilité.

Débat constructif

Sur le plan fondamental, la réflexion de la société sur le financement des soins de santé demande une modification de la perspective morale générale des attentes démesurées en matière de soins de santé équitables, en d'autres termes une modification de l'attitude sociale et de la mentalité. Elle demande une distanciation critique de la perspective cartésienne typiquement moderne qui considère la vie et la santé comme le bien le plus précieux qu'il convient de conserver et promouvoir par tous les moyens.

Mais le débat sur les questions de *combien* notre société est disposée à payer pour *quels* biens et dispositifs *doit* être mené de manière critique et socio-constructive. Cela signifie que tous les acteurs concernés (acteurs de la santé, décideurs politiques, patients, sociologues, économistes, éthiciens, etc.) doivent participer à la discussion *sans* s'enliser dans un débat d'oppositions idéologiques, de scénarios catastrophe et de condamnations réciproques.

Ce n'est que par la voie d'un débat raisonnable, critique constructif et sincère que l'on s'engagera sur le chemin du développement de soins de santé équitables garantissant à la fois l'efficacité sociale et un accès égal à des soins de qualité corrects et intégrés.

Dr. Y. Denier, Centrum voor Economie en Ethiek - K.U.Leuven Naamsestraat 69, B-3000 Leuven,
Tél. : +32 16 32 57 77; Fax : +32 16 32 69 10; Yvonne.Denier@econ.kuleuven.be

MODIFICATION DE LA NOMENCLATURE : MÉDECINE NUCLÉAIRE ET BIOLOGIE CLINIQUE (Articles 18 & 24)

10 FEVRIER 2006. - Arrêté royal modifiant en ce qui concerne les dispositions des articles 18, § 2, B, e) et 24, § 1er, de l'annexe de 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 3.3.2006)

Article 1er. A l'article 18, § 2, B, e), 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 9 décembre 1994 et modifié par les arrêtés royaux des 14 novembre 1995, 29 novembre 1996, 31 août 1998, 29 avril 1999 et 16 juillet 2001, sont apportées les modifications suivantes :

1° dans la rubrique 1/Chimie, 1/Sang, sont apportées les modifications suivantes :

a) la prestation suivante est insérée après la prestation 433171-433182 :

« 433296-433300

Détermination du facteur de risque du syndrome de Down au cours du 1er trimestre de la grossesse, comprenant les dosages spécifiques de la sous-unité bêta libre de la choriogonadotrophine humaine (bêta HCG libre) et de la protéine placentaire A de la grossesse (PAPP-A), en tenant compte de la mesure de paramètres cliniques (évaluation de l'épaisseur du pli de la nuque par la mesure échographique de la transparence nucale foetale) et statistiques adéquats B 2500

(Maximum 1) (Règle de cumul 124, 125) Classe 29 »

b) dans le libellé de la prestation 433193-433204, les mots « (Règle de cumul 64) » sont remplacés par les mots « (Règle de cumul 64, 124, 125) »

2° dans la rubrique 4/Chimie : Monitoring Thérapeutique, 1/Sang, dans le libellé de la prestation 436111 - 436122, les mots « (Règle de cumul 37, 201) » sont remplacés par les mots « (Règle de cumul 37, 201, 124, 125) ».

Art. 2. A l'article 24, § 1er, de la même annexe, remplacé par l'arrêté royal du 9 décembre 1994 et modifié par les arrêtés royaux des 14 novembre 1995, 29 novembre 1996, 31 août 1998, 29 avril 1999 et 16 juillet 2001, sont apportées les modifications suivantes :

1° dans la rubrique 1/Chimie, 1/Sang, sont apportées les modifications suivantes :

a) la prestation suivante est insérée après la prestation 542533-542544 :

« 542776-542780

Détermination du facteur de risque du syndrome de Down au cours du 1er trimestre de la grossesse, comprenant le dosage spécifique de la sous-unité bêta libre de la choriogonadotrophine humaine (bêta HCG libre) et de la protéine placentaire A de la grossesse (PAPP-A), en tenant compte de la mesure de paramètres cliniques (évaluation de l'épaisseur du pli de la nuque par la mesure échographique de la transparence nucale foetale) et statistiques adéquats B 2500

(Maximum 1) (Règle de cumul 124, 125) Classe 29 »

b) dans le libellé de la prestation 542555-542566, les mots « (Règle de cumul 64) » sont remplacés par les mots « (Règle de cumul 64, 124, 125) »

2° dans la rubrique 4/Chimie : Monitoring Thérapeutique, 1/Sang, dans le libellé de la prestation 548472-548483, les mots « (Règle de cumul 37, 201) » sont remplacés par les mots « (Règle de cumul 37, 201, 124, 125) ».

3° dans la rubrique « Règles de cumul », sont insérées les règles de cumul suivantes :

« 124

Les prestations 433296 - 433300 et 542776 - 542780 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 436111 - 436122 et 548472 - 548483. »

125

Une seule des prestations 433296 - 433300, 433193 - 433204, 542776 - 542780 et 542555 - 542566 peut être portée en compte à l'assurance obligatoire soins de santé au cours du suivi d'une même grossesse. »

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.

MODIFICATION DE LA NOMENCLATURE : APPAREILLAGE APRÈS MAMMECTOMIE (Article 27)

13 FEVRIER 2006. - 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 10.3.2006)

Article 1er. A l'article 27, 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 30 décembre 1985 et modifié par les arrêtés royaux des 13 septembre 1989, 3 juin 1992, 31 décembre 1992, 28 avril 1993, 9 septembre 1993, 28 mars 1995, 29 novembre 1996, 9 juillet 1997, 10 juin 1998, 18 janvier 1999, 28 février 1999, 18 février 2000, 16 juillet 2001, 15 octobre 2001, 16 mai 2003, 7 juin 2004, 20 juillet 2004 et 4 mai 2005, le § 1er, rubrique Appareillage après mammectomie totale ou partielle', est modifié comme suit :

1° Au libellé français des prestations 642235, 642515, 642530, 642552 et 642574 les mots "Première prothèse mammaire" sont remplacés par le mots 'Première prothèse mammaire complète".

2° Au libellé français de la prestation 642596 les mots "auto-adhésive" sont insérés après les mots "Première prothèse mammaire partielle".

3° Le libellé de la prestation 642272 est remplacé par le libellé suivant:

Prothèse mammaire complète non adhésiveY 130

4° Le libellé de la prestation 642294 est remplacé par le libellé suivant:

Prothèse mammaire complète non adhésive à plusieurs couchesY 130

5° Le libellé de la prestation 642316 est remplacé par le libellé suivant:

Prothèse mammaire complète auto-adhésiveY 130

6° Le libellé de la prestation 642331 est remplacé par le libellé suivant:

Prothèse mammaire complète avec bandes adhésivesY 130

7° Le libellé de la prestation 642611 est remplacé par le libellé suivant:

Prothèse mammaire complète sur mesureY 130

8° Sous l'intitulé "C. Accessoires pour prothèses mammaires", au libellé de la prestation 642390, les mots "(prestation 642316)" et "(prestation 642375)" sont respectivement remplacés par les mots "(prestations 642530 et 642316)" et "(prestations 642596 et 642375)".

9° Sous l'intitulé "C. Accessoires pour prothèses mammaires", au libellé de la prestation 642412, les mots "(prestation 642331)" sont remplacés par les mots "(prestations 642552 et 642331)".

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1er octobre 2004.

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Articles 5 & 6 (Soins dentaires) : Arrêté royal du 13 février 2006 (M.B. du 22.2.2006)

Article 28 (Voitures) : Arrêté royal du 13 février 2006 (M.B. du 10.3.2006)

Articles 28 & 35 (Implants) : Arrêté royal du 13 janvier 2006 (M.B. du 25.1.2006)

Articles 28, 35 & 35bis (Neurochirurgie) : Arrêté royal du 10 février 2006 (M.B. du 27.2.2006)

Article 29 (Orthopédistes) : Arrêté royal du 13 février 2006 (M.B. du 17.3.2006)

Article 35 (Urologie et néphrologie) : Arrêté royal du 10 février 2006 (M.B. du 27.2.2006)

Le texte complet est disponible sur le website et peut également être obtenu sur simple demande au Secrétariat.

NOUVELLES RÈGLES INTERPRÉTATIVES

Article 22

REGLE INTERPRETATIVE 17 (en vigueur depuis le 08.02.2006) (M.B. du 08.02.2006)

QUESTION

Par qui les prestations 558795-558806 (K 20), 558390 (K15) et 558423 (K 15) peuvent-elles être portées en compte ?

REPONSE

Outre le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, ces prestations peuvent être portées en compte dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités uniquement par le médecin spécialiste en rhumatologie et par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, pour leurs propres patients qu'ils ont en traitement personnellement.

N.B. : Jusqu'au 07.02.2006, ces prestations pouvaient par conséquent également être attestées par les médecins spécialistes d'autres spécialités comme la cardiologie et la pneumologie.

Article 24 (Biologie clinique)

REGLE INTERPRETATIVE 6 (en vigueur depuis le 01.02.2000) (M.B. du 01.02.2006)

QUESTION

Les prestations suivantes peuvent-elles être portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

En microbiologie : « 550911-550922 : Recherche de Neisseria gonorrhoea par une technique d'amplification moléculaire »;

« 550933-550944 : Recherche d'acide nucléique de Mycobacterium tuberculosis dans un échantillon respiratoire positif aux bactéries acidorésistantes après examen microscopique ou culture en milieu liquide »;

En immuno-hématologie et sérologie non-infectieuse :

« 556452-556463 : Détermination supplémentaire des groupes HLA DR et DQ (haute résolution) avec une technique de biologie moléculaire chez un candidat à une transplantation de moelle osseuse allogénique non familiale en cas de donneur compatible pour les groupes HLA DR et DQ (basse résolution)

REPONSE

Les prestations 550911-550922, 550933-550944 et 556452-556463 donnent lieu à un remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités depuis le **1er février 2000**.

Article 36 (Logopédie)

- **Article 36, § 2, b), 2°**

REGLE INTERPRETATIVE (en vigueur depuis le 03.03.2006) (M.B. du 03.03.2006)

QUESTION

Le libellé du § 2, b), 2°, est comme suit : « Troubles du développement du langage, versant réceptif et/ou expressif, démontrés par un test du langage donnant un résultat inférieur ou égal au 3e percentile, en l'absence d'un trouble de l'intelligence (QI total de 86 ou plus, mesuré par test individuel) et en l'absence d'un trouble important de l'audition (perte auditive moyenne ne dépassant pas, à la meilleure oreille, 40 db HL). Ces tests doivent figurer dans une liste limitative établie par la Commission de conventions. »

Quelles informations relatives au QI doivent être transmises aux médecins-conseils ?

RÉPONSE

Le chiffre exact du QI total, ainsi que le nom du (des) test(s) psychologique(s) et sa (ses) date(s) de passation ayant permis de l'établir doivent être communiquées aux médecins-conseils.

-
- **Article 36, § 2, b), 3°**

REGLE INTERPRETATIVE (en vigueur depuis le 03.03.2006) (M.B. du 03.03.2006)

QUESTION

Comment les tests en matière de lecture et/ou d'expression écrite et/ou d'arithmétique, dont les résultats sont exprimés en percentiles, peuvent-ils démontrer un retard de plus d'un an chez des enfants âgés de 7 à 9 ans révolus ou un retard de plus de deux ans chez des enfants âgés de 10 à 14 ans révolus ?

RÉPONSE

Chez des enfants âgés de 7 à 9 ans révolus, le résultat obtenu, exprimé en percentiles, est comparé avec le percentile 50 de l'année scolaire, juste en dessous de l'année fréquentée par l'enfant. Si le résultat obtenu, exprimé en percentiles, est inférieur au percentile 50 de l'année scolaire, juste en dessous de l'année fréquentée par l'enfant, ce résultat démontre un retard de plus d'un an. Si le résultat obtenu, exprimé en percentiles, est égal ou supérieur au percentile 50 de l'année scolaire, juste en-dessous de l'année fréquentée par l'enfant, ce résultat ne démontre pas un retard de plus d'un an.

Chez des enfants âgés de 10 à 14 ans révolus, le résultat obtenu, exprimé en percentiles, est comparé avec le percentile 50 de deux années scolaires en dessous de l'année fréquentée par l'enfant. Si le résultat obtenu, exprimé en percentiles, est inférieur au percentile 50 de deux années scolaires en dessous de l'année fréquentée par l'enfant, ce résultat démontre un retard de plus de deux ans. Si le résultat obtenu, exprimé en percentiles, est égal ou supérieur au percentile 50 de deux années scolaires en dessous de l'année fréquentée par l'enfant, ce résultat ne démontre pas un retard de plus de deux ans.

Cette règle reste d'application pour les enfants ayant doublé une année durant leur scolarité.

ARS SANANDI LE GRAND RENDEZ-VOUS A NE PAS MANQUER (4, 5 ET 6 MAI A TOUR&TAXIS)

L'Association Belge des Professions de Santé (ABPS) -dont le GBS est membre- a décidé d'organiser le salon des professionnels de la Santé.

C'est une grande première en Belgique.

Ainsi, après le Medec à Paris, le Forum International à Dusseldorf, voici à Bruxelles ARS SANANDI « Salon Art du Soin » qui se tiendra les 4, 5 et 6 mai 2006 sur le site de Tour&Taxis.

Destiné aux professionnels de la Santé, ARS SANANDI est ouvert au monde politique, à la Presse, aux étudiants, aux associations de patients. Y sont également invitées les entreprises actives dans le secteur de la Santé.

Le programme des débats et conférences prévus durant ces trois jours est disponible sur www.arssanandi.be.

En point d'orgue, une soirée de gala qui se terminera par un formidable concert de jazz.

Excepté nos patients qui nous connaissent bien, l'opinion publique ne retient de notre profession ce qu'en disent à travers la Presse les mutuelles et les responsables politiques.

ARS SANANDI nous offre -pour une fois- l'occasion d'instaurer une meilleure communication entre nous, avec la Presse, le monde politique, les associations de patients et les futurs professionnels de la Santé que sont les étudiants ayant choisi notre métier.

Dans ce dessein, deux thèmes seront développés durant le salon :

-La Belgique est un pôle d'excellence et doit le rester.

Notre pays est réputé pour la qualité des soins de santé. C'est en grande partie parce qu'ils sont dispensés par des professionnels compétents et dévoués à leurs patients. Nous devons travailler à maintenir cette qualité menacée par des mesures de restriction et une inflation administrative néfaste à la relation avec le patient.

-La santé est un investissement...

et non un coût, facteur d'inflation. Le secteur de la Santé, créateur d'emplois, source d'innovations dans les domaines de la technologie et des médicaments, rapporte plus qu'il ne coûte à la collectivité.

Retenez bien ces dates : 4, 5 et 6 mai. ARS SANANDI, le grand rendez-vous à ne pas manquer.

COURS D'INFORMATIQUE CFA - GBS CYCLE DE PERFECTIONNEMENT

Vu le succès rencontré par les cours d'informatique que nous organisons en collaboration avec notre partenaire CFA – M. Gabriel PRY, et à la demande expresse de certains d'entre vous, nous vous proposons maintenant un cycle de perfectionnement :

22 avril 2006 : WORD

29 avril 2006 : EXCEL

Ces cours se donneront au GBS, Avenue de la Couronne 20, 1050 Bruxelles, aux dates indiquées ci-dessus de 9h30 à 12h30.

Chaque formation de trois heures est essentiellement pratique. Pas de longs discours mais beaucoup d'exercices. Chaque participant travaille sur un de nos PC. Remise d'un syllabus spécialement conçu pour ces formations.

Prix : 100,00 € + tva (121,00 € tvac) par formation de 3 heures.

POUR VOUS INSCRIRE

Renvoyez-nous dès maintenant [ce bon de réservation](#) au n° de fax : 010/24.10.20 ou téléphonez au n° gratuit 0800/40 160 et demandez votre contact M. Gabriel PRY.

Inscriptions avant le 18 avril 2006.

Vous recevrez une confirmation de celle(s) ci. S'il y a moins de 5 inscriptions par cours, ceux-ci ne seront pas donnés. Vous seriez alors prévenu en temps utile de cette annulation.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

11e colloque sur les urgences extra-hospitalières 5 mai 2006 – Libramont (Halle aux Foires)

Programme : La désincarcération – Le transport hélicopté – Prévention des transmissions de maladies infectieuses – Le patient agité – Expérience pratique de techniques en SMUR – Risques chimiques – Médico-légal

Il est possible de télécharger le programme détaillé avec son bulletin d'inscription en consultant le site : www.colloqueurgenceslibramont.be

Pour toutes autres informations : Secrétariat du Colloque (Mme Nicole Bellevaux) : 0496/07.58.18 les mercredi, vendredi et samedi de 9 h à 17 h.

2nd Biennial Regional Group Conference of the International Society for Bipolar Disorders Edinburgh, Scotland, August 2-4, 2006

For more information visit www.kenes.com/isbd.

ANNONCES

- 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
- 05010* **CHERCHE** : tout matériel ophtalmo et optique anciens ainsi que vieilles lunettes et vieux verres pour le Rwanda. Tél. : 02/770.21.35.
- 05083 **LIEGE** : Le service d'ORTHOPEDIE du CHC souhaite engager au 01/09/2006 un chirurgien orthopédiste avec une orientation "membre supérieur". Merci d'adresser votre candidature au Dr S. Willems, 75 rue de Hesbaye à 4000 Liège.
- 05150* **MARCHE**: L'IFAC (hôpitaux de Marche et Bastogne) recherche pour son site de Marche des médecins pour **ASSISTANCES OPERATOIRES ET PERMANENCES AU BLOC OPERATOIRE** (chirurgie viscérale, vasculaire et thoracique). Envoyer candidature au Dr Olivier DOCKX tél. 084/219052, au Dr Vlad ALEXANDRESCU tél. 084/219076 ou au Dr Christian NGONGANG tél. 084/219090 - IFAC, Rue du Vivier, 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05161 **A VENDRE** : Chirurgien vend instruments de chirurgie générale et vasculaire. Tél. : 04/252.67.13. Fax : 04/252.10.14.
- 05162 **FRANCE : CÈDE CABINET DE CARDIOLOGIE LIBÉRALE** à Nice dans cabinet de groupe de 7 cardiologues, plein centre de Nice. Pas de partage d'honoraires, ambiance excellente, dans des locaux magnifiques de 350m², informatisation complète du cabinet. Plateau technique non invasif, récent, complet (echodoppler VIVID3, MAPA novacor, HOLTER ELA). Possibilité d'ergométrie, d'ETO, d'écho de stress, activité hospitalière possible - Pas d'astreinte de garde. Horaires du lundi (stop 18 heures) au vendredi 11 heures. Charges réduites : 3300 euros par mois pour le fonctionnement en SCM. C.A. > 260.000 euros avec deux mois de vacances par an. Dont 40% de cardiologie d'assurances privées, activité en pleine expansion +15% par an (hors sécurité sociale française). PRIX INTERESSANT. NICE, c'est par exemple : ville de fac : lettres, droit, commerce, médecine, dentaire...; ski alpin le matin! (Isola 2000 et Auron : 1 h de route) - voile l'après-midi!; proche de Monaco et de l'Italie; aéroport international 2e de France; pluie 30 jours par an (non contractuel), soit environ 330 jours de soleil!!! Contacter Dr SCHWAL au 00.33.6.03.51.08.16 ou par e-mail : g.schwal@wanadoo.fr
- 06010 **FRANCE** : Le Centre hospitalier régional de Metz-Thionville recherche un **UROLOGUE** titulaire d'un diplôme CEE pour pourvoir un poste de praticien hospitalier temps plein vacant. Coordonnées et CV à adresser par mail : v.girot@chr-metz-thionville.rss.fr.
- 06020 **NAMUR** : Hôpital neuropsychiatrique engage au 01/04/06 **PSYCHIATRE** à TP. Service admission et moyen séjour. Adresser candidature + CV au Dr A. DAVAUX. Tél. : 081/30.28.86/Fax : 081.30.64.79.
- 06021 **A VENDRE** : ORL vend matériel (cabinet, fauteuil, assistant, microscope Zeiss, etc.). Tél. : 0478/99.83.24.
- 06022 **BRUXELLES** : CMS St-Gilles cherche **OPHTALMOLOGUE** pour consultations. Patientèle importante. Tél. le soir : 02/230.07.26.
- 06023 **BRUXELLES/WOLUWE ST-LAMBERT** : **A VENDRE** appartement 2 chambres - 110 m² - grand living avec FO et parquet bois massif - 1sdb - 1 dressing - terrasse avant 9m² face aux jardins + terrasse arrière - porte blindée - 2 caves - parking. PROXIMITE : Ring, Cliniques Universitaires St-Luc, métro, Woluwe shopping center, bus. 195.000 EUR TEL.: 04/367.31.60
- 06024 **GILLY** : Les Hôpitaux St Joseph, Ste Thérèse, Imtr (604 lits), 2 SUS et une première urgence, cherchent un spécialiste en **MÉDECINE DES URGENCES** à temps plein avec participation aux gardes. Pour obtenir des

- renseignements supplémentaires, s'adresser au Dr JP Blampain, Directeur Médical, Hôpital St Joseph, rue de la Duchère 6060 Gilly (jp.blampain@hopitiaux-gilly.be) ou prendre un rendez-vous au 071/28.71.33
- 06025 **FRANCE** : Importante polyclinique du Nord de la France (ville frontalière). Plateau technique neuf et ultra moderne, 250 lits. Centre de radiologie et d'oncologie performant disposant des outils de diagnostic et de soins les plus adaptés (PETScan, IRM, 2 accélérateurs). Nous recherchons : Un(e) **CHIRURGIEN(NE) SÉNOLOGUE** expérimenté(e). Ce poste offre une réelle opportunité professionnelle dans une région à forte population (zone de recrutement supérieure à 500.000 personnes). Nous vous remercions d'adresser votre dossier de candidature à : erasmus.consult@yahoo.com.
- 06026 **BRUXELLES** : La Clinique Saint-Etienne ouvre un poste de **MÉDECIN SPÉCIALISTE URGENTISTE** pour la fonction de chef de service du service des urgences. Les candidatures sont à envoyer avant le 31 mars 2006 au Dr Y. Bertrand, Directeur médical, Clinique Saint-Etienne, rue du Méridien 100 à 1210 Bruxelles.
- 06027 **A VENDRE** : pachymètre de Tomey SP-3000, janvier 2004, état neuf, pour cause double emploi, prix à convenir. Contacter Sprl Lamalle Didier, avenue de Spa 71 à 4802 Heusy. Tél. : 087/22.56.54 – Fax : 087/23.23.48 – E-mail : didier.lamalle@skynet.be
- 06028 **HAINE-SAINT-PAUL** : Le service d'Oncologie Médicale du Centre hospitalier Jolimont - Lobbes, site de Jolimont, recherche : Un(e) **ONCOLOGUE MÉDICAL(E)**. → Service ouvert à projets. → Activité à temps partiel ou temps plein possible. • Oncologie médicale • Hôpital de jour • Unité d'hospitalisation avec chambres stériles • Participation à études cliniques. Adresser l'acte de candidature accompagné d'un curriculum vitae au : Centre Hospitalier Jolimont-Lobbes, à l'attention de M. P. GRAUX, Direction Générale, rue Ferrer, n° 159 – 7100 Haine-Saint-Paul ou par e-mail : chjlijolimont@skynet.be – Tél. 064/23 40 08.
- 06029 **HAINE-SAINT-PAUL** : Le service de Pédiatrie du Centre hospitalier Jolimont - Lobbes, site de Jolimont, recherche : **TROIS PÉDIATRES**. • Service de pédiatrie hospitalière et ambulante avec une activité médico-chirurgicale complète à l'exception des greffes d'organes et de la chirurgie cardiaque. • Pédiatrie générale, néonatalogie, soins intensifs, endoscopie digestive – pulmonaire, médecine ambulatoire, chirurgie, médecine préventive. • Spécialités : neuropédiatrie, onco-hématologie. • Projet de service attractif. → Service ouvert à projets → Activités à temps partiel ou temps plein possibles. Adresser l'acte de candidature accompagné d'un curriculum vitae au : Centre Hospitalier Jolimont-Lobbes, à l'attention de M. P. GRAUX, Directeur Général, Rue Ferrer, n° 159 – 7100 Haine-Saint-Paul ou par e-mail : chjlijolimont@skynet.be – Tél. 064/23 40 08.
- 06030 **HAINE-SAINT-PAUL** : Le Centre hospitalier Jolimont – Lobbes, site de Jolimont, recherche : Un(e) **PHYSIOTHÉRAPEUTE** • Médecine Physique et Réadaptation • Electromyographies • Consultations • Mise en place et surveillance des traitements en rééducation multidisciplinaire, en majeure partie pour patients ambulatoires mais souhait de développer la réadaptation en hospitalisation - lits Sp - sur le site (lits Sp actuellement hors site, avec possibilité d'y travailler également). → Service ouvert à projets → Activité à temps partiel ou temps plein possible. Adresser l'acte de candidature accompagné d'un curriculum vitae au : Centre Hospitalier Jolimont-Lobbes, à l'attention de M. P. GRAUX, Directeur Général, rue Ferrer, 159 – 7100 Haine-Saint-Paul ou par e-mail : chjlijolimont@skynet.be – Tél. 064/23 40 08 – Fax 064/23 36 94.
- 06032 **MONTIGNIES-SUR-SAMBRE** : Ecole-Clinique provinciale, rue de Lodelinsart 157 à 6061 Montignies-sur-Sambre > Service : personnel médical : en collaboration avec le médecin neuropsychiatre et le médecin orthopédiste en place, procéder aux examens, diagnostics et suivi des traitements médicaux pour la population accueillie : handicapés physiques de type 4 (enfants, adolescents et adultes) > Fonction : **MÉDECIN SPÉCIALISTE (PÉDIATRE)** > Volume : 10/24e temps > Désignation sous statut d'agent provincial, rémunération mensuelle fixe > Emploi vacant à attribuer immédiatement > Conditions d'accès : diplôme de médecin spécialiste (pédiatre) > Direction de l'établissement : Monsieur Alain SZUCS. > Contact : Service administratif de l'Ecole-Clinique : Madame ZORZETTO Bernadette (tél. 071/286.125, fax : 071/42.04.10) - email : bernadette.zorzetto@hainaut.be
- 06033 **FRANCE** : Mutuelle de Revin, nord des Ardennes Françaises recherche spécialiste belge pour succession de son **OPHTALMOLOGUE** prochainement en retraite. Activité à temps plein ou partiel. Fort potentiel de développement. Contact Alain Lemaire, directeur général, au 00.33.3 24 33 89 96.
- 06034 **BRUXELLES** : La Clinique Saint-Jean ouvre un poste à temps plein de médecin **SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE**. Les candidatures sont à envoyer avant le 01/06/2006 au Docteur Y. Bertrand, Directeur médical, Clinique St-Jean, Boulevard du Jardin botanique 32, 1000 Bruxelles.
- 06035 **BRUXELLES** : La Clinique Ste-Anne St-Remi (bd Graindor 66 à 1070 Anderlecht), clinique dynamique de 258 lits en voie d'agrandissement (deux étages supplémentaires) recherche **ORTHOPÉDISTE CHEF DE SERVICE**. Envoi candidature, lettre de motivation et C.V. détaillé au Dr J.P. VAN WETTERE, Directeur Médical, e-mail: jeanpaul.vanwettere@tristare.be.
- 06036 **FRANCE** : Cabinet de recrutement français spécialiste du recrutement médical recherche actuellement des **MÉDECINS ET CHIRURGIENS DANS TOUTES LES SPÉCIALITÉS**. Nos clients sont des cliniques privées françaises toutes régions + DOM TOM, structures modernes et renommées. Fort potentiel de rémunération. *Vous souhaitez changer d'environnement professionnel et géographique ? Vous cherchez une installation en France ? Merci de nous contacter et de nous faire parvenir votre CV ainsi qu'une lettre de motivation : Kaduce Conseil - 7 avenue de l'Europe - 92310 Sèvres - France – Tél./Fax : 00.33.(0)1.46.89.08.05 - Mail : recrutement@kaduce.fr - Consultez nos offres en ligne sur www.kaduce.fr*
- 06037 **FRANCE** : **CARDIOLOGUE** français cède son activité libérale en Clinique privée Médico-Chirurgicale-Maternité à Rouen (ville universitaire) : changement de région pour raison familiale. Cabinet de consultations privées secteur 1 au sein de la clinique, secrétariat commun avec un confrère pneumologue. (Local en location avec bail professionnel.) Activité de clinique: pré-opératoires et explorations non invasives en binôme avec un confrère cardiologue: association possible à court terme si souhaitée; organisation à l'amiable pour week-end et vacances. (Reversement de 3,0% pour les actes en clinique avec contrat d'activité.) Prix calculé sur les trois dernières années. Contact: 00.33.6.33.77.86.72 – e-mail: y.folgoas@wanadoo.fr
- 06038 **A CEDER** société médicale. Pour tout renseignement, tél. au 0475/53.69.43.

- 06039 **BRUXELLES** : Centre médical bien situé à Woluwe-Saint-Pierre cherche **RADIOLOGUE** pour collaboration et/ou remise d'un service RX équipé (RX, mammo, écho). A contacter 0496.54.41.42.
- 06040 **BASTOGNE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche un **PEDIATRE** pour son site de Bastogne. Rémunération intéressante. Envoyer candidature au Dr Robert SIMONS, Directeur médical I.F.A.C. – rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 06041 **JAMBES (NAMUR)** bord de Meuse, Cabinet de médecine spécialisée (prise en charge obésité et tabacologie) : cabinet (para)médical disponible, horaires et prix à convenir. Contact : cabinet_de_nutrition@skynet.be ou tél. 0495/50 75 94.
- 06042 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe parten. ULB recherche **URGENTISTES BMA** chevronnés. Tél. Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou b.dewachter@hfcdp.be
- 06043 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe parten. ULB recherche **GASTRO-ENTERO** 6 à 8/10^e prest. pr HF-CDP. CV + tél. Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou b.dewachter@hfcdp.be
- 06044 **BRUXELLES** : Asbl Hôpital Français – César De Paepe parten. ULB recherche **RADIOLOGUE** ½ temps pour site HF. Contact et CV Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou b.dewachter@hfcdp.be
- 06045 **BRUXELLES** : Hôpital Français – César De Paepe recherche un **OPHTALMOLOGUE** pour ses deux sites. Tél. Dr Dewachter au 02/506.71.37 ou b.dewachter@hfcdp.be
- 06046 **A LOUER**, dans centre médical entièrement rénové (250 m²) aéré et agréable, cabinet de consultation avec accueil, salle d'attente, secrétariat téléphonique disponible, service à la carte (internet, téléphonie, photocopieuse,...), accès aisé (transport en commun, arrêt devant cabinet), axe routier très fréquenté, parking aisé, situation centrale exceptionnelle proche plusieurs cliniques. Adresse : 345 avenue Brugmann à 1180 Bruxelles. Pour tout renseignement, formez le 0475/466 716.
- 06047 **NAMUROIS** : CHR 350 lits aigus région namuroise recrute un **GÉRIATRE** 8/10^e temps pour son service de gériatrie (40 lits) à partir du 01/03/2006. Pour renseignements et conditions : Dr P. Janssens, Directeur Médical, CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie 75, 5060 Sambreville. Tél. : 071/26.53.80 ou par e-mail: paul.janssens@mail.chrvs.be

Table des matières

• Notre bien le plus précieux? Réflexions philosophiques autour de la rareté, la finitude et la valeur normative de la santé – Yvonne DENIER : Allocution prononcée dans le cadre du symposium du GBS " Financement des Soins de Santé" (Bibliothèque Royale de Belgique – 04.02.2006)	1
• Modification de la nomenclature : Médecine nucléaire et Biologie clinique (Articles 18 & 24)	5
• Modification de la nomenclature : Appareillage après mammectomie (Article 27)	6
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	7
• Nouvelles règles interprétatives	7
• Ars Sanandi : Le grand rendez-vous à ne pas manquer (4, 5 et 6 mai à Tour&Taxis).....	9
• Cours d'informatique CFA – GBS : cycle de perfectionnement	9
• Réunions scientifiques	10
• Annonces	10