
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° 9 / DECEMBRE 2003

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

LA COMMUNAUTE MEDICALE BELGE PERD SA PLUS ANCIENNE FIGURE DE PROUE EN LA PERSONNE DU PROF. DR BARON ALBERT LACQUET

Père de la chirurgie flamande et fondateur du système d'organisation de la médecine spécialisée belge et du système de formation et d'agrément des médecins spécialistes, le Prof. A. Lacquet est décédé ce samedi 6 décembre à l'âge de 99 ans.

Albert Lacquet a obtenu son diplôme de médecin à Louvain en 1928, s'est spécialisé en chirurgie auprès du Prof. Debaisieux, a été C.R.B.-fellow auprès du Prof. Mann à la Mayo-clinic (Etats-Unis) et a complété sa formation notamment auprès de Leriche à Strasbourg et de Zaaijer (1931) – pour la chirurgie pulmonaire – à Leyde. Il est devenu Chef de clinique en Chirurgie au St-Pietersziekenhuis de Louvain en 1931, Professeur en 1936 et il a été Chef de service-Directeur en Chirurgie à St-Rafaël à Louvain de 1953 à 1975.

Simultanément à cette carrière clinique, le Prof. Lacquet a réalisé une carrière brillante comme figure de proue de la Chirurgie et de la Médecine flamande

En 1938, il est ainsi présent à la fondation de la Koninklijke Vlaamse Academie voor Geneeskunde van België et il en devient "temporairement" le secrétaire. Il sera ensuite nommé Secrétaire perpétuel et le restera pendant plus d'un demi-siècle (56 ans jusqu'en 1994, et ensuite Secrétaire perpétuel honoraire)

Il s'est vu confier maintes autres responsabilités : Vice-Président national de la Croix Rouge, membre et Président du Raad van de Orde van Brabant (1976-'79-'82), Vice-Président de l'Association belge des hôpitaux (de 1947 à '73) , Secrétaire (1975) et Président (de 1982 à 1986) de la Section Chirurgie de l'UEMS. Là aussi, il a laissé son empreinte puisqu'il a conçu et formulé les conditions de reconnaissance d'une nouvelle spécialité qui sont toujours en usage : (1) la discipline visée doit être exercée comme pratique spécialisée exclusive; (2) le nombre de spécialistes qui la pratiquent doit être suffisamment important pour former les instances d'agrément et (3) il faut un nombre suffisant de services de stage pour la formation. Il convient également de noter qu'il a été Président de la Société Belge de Chirurgie (1971), du Congrès belge de chirurgie (1977), du Congrès français de chirurgie et qu'il avait reçu, parmi de nombreux autres, le titre de Honorary Fellow de l'American College of Surgeons.

En 1977, il a été anobli du titre de Baron et il a choisi pour devise : Scientia et Arte !

Après que le Groupement des Unions professionnelles belges de médecins spécialistes a eu mis en place des jurys d'acceptation pour chaque spécialité à partir de 1949, le Prof. Lacquet est devenu, dès 1958, Vice-Président de la Commission d'appel, dont le Président était le Dr J. Goossens, Secrétaire général du département de la Santé publique. Les critères d'agrément ont été formulés et promulgués pour la première fois par A.M. du 24 mai 1958.

En 1971, principalement sous l'impulsion du Prof. Lacquet et en collaboration avec le Prof. Halter, Secrétaire général du département de la Santé publique depuis 1969, une refonte majeure du système de formation et d'agrément belge a été réalisée en vertu de l'A.R. du 18 octobre 1971.

Citation de feu le Professeur Deschouwer, secrétaire général honoraire du ministère de la Santé publique : (*traduction*) "La principale tâche que le Prof. Lacquet s'est attribuée de son propre chef a constitué sans conteste dans la formation de nos médecins spécialistes et généralistes. Dans ce domaine, il est non seulement le Président de la section flamande du Conseil supérieur; il est également le spécialiste faisant

autorité incontestable dans la mesure où il est personnellement impliqué dans l'élaboration, avec toutes les catégories professionnelles concernées, sous la conduite des Secrétaires généraux, les Drs Goossens et Halter, de tous les textes légaux y afférents dans les deux langues nationales."

Quiconque était quelque peu familiarisé avec la personne du Professeur Lacquet, peut en esquisser le profil : (1) une présence, une assiduité et une disponibilité constantes; (2) une capacité de travail inégalée, probablement plus encore à la lumière de sa lampe de bureau à son domicile que dans le fauteuil du président; (3) une connaissance fondamentale – probablement irremplaçable – des règles du jeu, pour la simple et bonne raison qu'il a joué un rôle essentiel dans leur définition; (4) une connaissance phénoménale des dossiers; (5) une capacité d'analyse et de synthèse remarquable; (6) une souplesse diplomatique, qui ne transparaisait pas directement au travers d'une attitude ferme et stricte, et enfin (7) une évaluation réaliste de ce qui était possible, en conservant une dose appréciable de bon sens.

Qu'un individu, sans être un homme politique, sans appartenir à l'administration ministérielle ou être membre d'un cabinet ministériel, ait pu exercer pareille influence lors de l'élaboration et la mise en œuvre de nos critères de formation, peut être considéré comme un fait unique, qui devrait inciter les autorités à se concerter plus fréquemment avec les figures de proue du secteur.

Son *primum movens* durant sa carrière de médecin a été le "Devoir". C'est pourquoi il s'est emporté violemment contre les effets néfastes de la croissance incontrôlée du nombre de médecins spécialistes. En 1978 – il y a 25 ans, 6 ans après l'instauration du *numerus clausus* aux Pays-Bas – , il avait mis en garde : (*traduction*) "Ce n'est ni par leur masse, ni par leur nombre que les médecins spécialistes pourront élever le niveau de prestige de leur profession. Bien au contraire. La pléthore a toujours eu des effets négatifs et ne peut que déboucher sur de l'envi, de la jalousie entre confrères, une concurrence déloyale, des conditions de travail dégradantes et le chômage." (Quantité ou qualité des Médecins spécialistes; Statut du médecin hospitalier – GBS info, n° 3, mars 1978). En résumé, un chirurgien ou tout autre spécialiste qui est dans l'incapacité de maintenir l'expérience nécessaire devient un mauvais chirurgien.

En 1993, le Prof. Lacquet a écrit dans une note au Conseil supérieur (Réflexions à propos de l'agrément des maîtres de stage et des services de stage) : (*traduction*) "Tous les pays d'Europe mettent en garde contre le danger de la pléthore des spécialistes, plus particulièrement des chirurgiens, dont le désœuvrement peut être extrêmement préjudiciable au patient qui tombe par hasard entre leurs mains."

Son leitmotiv était le professionnalisme. À propos de la formation du spécialiste, il a écrit : (*traduction*) "L'objectif n'est pas de dispenser un enseignement académique ou de délivrer un titre particulier de docteur après une recherche clinique ou expérimentale personnelle de haut niveau mais de dispenser une formation professionnelle déterminée, s'appuyant sur une large expérience, sur des connaissances approfondies et sur une intelligence scientifique critique." La formation consiste à s'entraîner, à entretenir son expérience et ses aptitudes, à s'évaluer mutuellement et à suivre une formation permanente.

Dès lors, il n'est pas étonnant que cette *Deus ex-machina* du système de formation spécialisée ait toujours eu le souci de maintenir un équilibre harmonieux entre la Profession et les instances académiques, comme du reste partout dans les pays "rationnels" de la Communauté européenne. Toute rupture de cet équilibre laisserait sans aucun doute un goût extrêmement amer à la communauté professionnelle car il est véritablement essentiel pour l'exercice de la profession médicale.

A l'occasion de la cérémonie d'adieu pour son éméritat (12-6-1976), le Prof. Lacquet a déclaré : (*traduction*) La vie d'un individu connaît plusieurs étapes importantes qui jalonnent en quelque sorte son parcours, l'éméritat est certainement un des derniers, la fin de l'œuvre d'une vie, le début de la phase ultime." Erreur! De 1975 à juin 1998 (lorsqu'il a démissionné de son poste de Président de la Chambre néerlandophone du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes), il a poursuivi son œuvre de façon particulièrement productive.

Le Prof. Lacquet est sans conteste une des figures marquantes qui, tout au long de la seconde moitié du siècle dernier, a marqué de son empreinte la qualité des soins de santé belges. Le GBS voit en lui le pionnier et le promoteur de concepts et de valeurs qui doivent être conservés et défendus dans le monde contemporain. Parce qu'ils constituent un substrat nourricier indispensable pour la médecine de demain.

Le décès du Professeur Albert Lacquet correspond non seulement à la disparition d'une personnalité particulièrement éminente du monde médico-chirurgical, mais clôture également une époque. Son principal mérite restera la mise en place du système de formation belge. Il a également été une des figures qui ont fait montre de solidarité avec la communauté professionnelle et il n'était pas économe de ses encouragements à l'adresse des protagonistes de la défense professionnelle. Son soutien moral pour les efforts du GBS nous manquera beaucoup.

Prof. Dr Jacques Gruwez,
Président

PROJET DE LOI-PROGRAMME

Le projet de loi-programme vient d'être déposé à la Chambre, le 24 novembre dernier. Comme d'habitude, il comporte un certain nombre de dispositions concernant les soins de santé, tant au niveau de la loi sur l'A.M.I., que celui de la loi sur les hôpitaux.

MODIFICATIONS À LA LOI SUR L'A.M.I.

Médicaments

Les 20 premières pages sont consacrées aux médicaments, plus particulièrement:

- les Radio-isotopes
- la définition du médicament (distinction entre les spécialités pharmaceutiques basée sur l'existence ou non d'un brevet sur le principe actif tel qu'il apparaît dans le classement ATC)
- les préparations magistrales, l'oxygène gazeux et l'oxygène liquide.
- la Commission de remboursement des médicaments – Dénomination Commune Internationale – petits/grands conditionnements (en résumé: *des règles peuvent être fixées en vue de dispenser de l'autorisation préalable du médecin-conseil, le remboursement de médicaments subordonnés à une autorisation préalable. Il peut en être question en cas d'évolution importante dans la science médicale ou si une baisse substantielle du prix est proposée, qui ne comporte aucun risque important de dépassement du budget pour la classe thérapeutique concernée. En outre, il est désormais possible de régler le remboursement si la prescription s'est effectuée sur le nom générique. Un système peut également être élaboré qui prévoit, en cas de traitement d'une affection chronique ou d'une affection de longue durée, un traitement avec un petit conditionnement avant de rembourser les grands conditionnements. La Commission de remboursement devra déterminer quels traitements sont visés par cette mesure et la définition du conditionnement de départ et du grand conditionnement. Enfin, une simplification de la procédure permettant au Service des Soins de Santé de l'INAMI de traiter administrativement certains dossiers. Un A.R. détermine les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance soins de santé intervient dans le coût des spécialités qui ont été prescrites avec la mention de l'International Non-Proprietary Name*)
- le budget partiel médicaments (sous-divisible en fonction des modalités de remboursement dans les classes concernées)
- Pharmanet (l'art. 84 permet au Service d'Evaluation et de Contrôle médical d'avoir accès aux données Pharmanet, ce qui n'existait jusqu'à présent que sur base de certains indicateurs)
- les cotisations sur chiffres d'affaires des entreprises pharmaceutiques

Mesures Budgétaires

- Le budget global 2004 est confirmé à son montant de 16,258 millions €; à partir de 2005, la norme de croissance réelle annuelle sera de 4,5 % par rapport à l'objectif budgétaire global de l'année précédente, ainsi que de l'augmentation prévue de l'indice de santé au cours de l'exercice concerné. Le Conseil général de l'INAMI doit tenir compte de la norme de croissance réelle des dépenses. L'automatisme des art. 59 et 69 (biologie clinique et imagerie médicale) ne sera plus d'application.
- Mécanismes de correction (art. 51 de la loi S.S.I. : *lors de l'évaluation des dépassements budgétaires, la Commission de contrôle budgétaire doit tenir compte de montants d'objectifs budgétaires partiels revêtant un caractère conditionnel; cf. ci-après*)
- Biologie clinique: pour les exercices 1996, 1997 et 1998, les valeurs Z et X sont fixées à 0.
- caractère conditionnel de l'objectif budgétaire partiel (art. 40 §3 de la loi S.S.I.) (*exposé des motifs : « Dans le cadre de mesures supplémentaires à réaliser conformément aux objectifs que le gouvernement s'est fixés dans le cadre de l'accord gouvernemental (revalorisation progressive de l'acte intellectuel des médecins généralistes et de certains médecins spécialistes, meilleure collaboration, augmentation de l'activité des médecins généralistes via l'échelonnement,...), un montant de 40 millions € en base annuelle sera mis à disposition à partir du 1er octobre 2004. Ces moyens ne seront disponibles que dans la mesure où certains objectifs sont atteints, à savoir la conclusion d'un accord médico-mutualiste 2004/2005 et le fait qu'au 1er octobre 2004, les objectifs sont atteints en matière de maîtrise du volume des médicaments prescrits. »*)
Commentaire : Le second alinéa ajouté à l'art. 40 §3 inscrit le principe du caractère conditionnel de l'objectif budgétaire partiel dans la loi. On peut en déduire que dorénavant, les gouvernements successifs

vont pouvoir imposer des objectifs conditionnels de toutes natures. En langage courant, on appelle cela "chantage").

Dispensateurs de soins

- Télématicque (*la base légale à l'intervention de l'assurance soins de santé pour la gestion électronique des dossiers est étendue à tous les dispensateurs.*)
- Financement des organisations représentatives des médecins (*Un A.R. sur proposition de la CNMM, fixe les conditions et les modalités selon lesquelles l'INAMI octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins, et dont le montant est également fixé par A.R.. Le principe paraît inégal, voire illégal, puisque l'autre partenaire de la négociation, à savoir les mutuelles, est financé par l'A.M.I. sans que cela ne doive faire l'objet d'un accord entre les parties de la CNMM. Par ailleurs, la délégation de pouvoir à l'exécutif quant à la fixation des conditions et modalités, relève de l'absolutisme. Les conditions et les modalités doivent être fixées dans la loi proprement dite.*)
- La sanction pour l'infraction à l'art. 73, §2, al.2 est supprimée (*art 141 §2 : suppression du retrait ou de la réduction des avantages en matière d'accréditation pour le médecin coupable de surprescription*)
- Soins infirmiers (art 37. quater : amendes administratives de 500€ à 5000€ infligée à tout dispensateur de soins infirmiers ayant appliqué erronément de manière significative l'instrument d'évaluation servant également à déterminer l'intervention de l'assurance soins de santé)
- Statut social (art. 54 – adaptation technique compte tenu de l'entrée en vigueur au 1.01.2004 de l'art. 71 de la loi-programme du 24.12.2002)
- Moratoire des conventions de réadaptation fonctionnelle

LOI SUR LES HOPITAUX

Sanction en cas d'infraction à l'art. 76 quinquies (*ajout à l'art. 116 de la loi sur les hôpitaux : est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de 26 à 2000 FB ou d'une de ces peines seulement...*

« 12° celui qui, en violation de l'article 76quinquies, exécute, en dehors d'un hôpital agréé, des actes médicaux dont l'exécution requiert un cadre hospitalier ou celui qui exécute, dans un cadre hospitalier, des actes médicaux qui doivent être exécutés en dehors de celui-ci. »)

AUTRES LOIS

Autopsie après le décès inopiné et médicalement inexpliqué d'un enfant de moins de 18 mois

Ajout à l'art. 4 de la loi du 26.03.2003 : « Le Roi détermine ce qu'il y a lieu de considérer, pour l'application de la présente loi, comme centre de mort subite du nourrisson et comme service d'anatomopathologie. »

Médicaments

Modification de l'art. 6 §2 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, complétée par l'A.R. du 8.08.1997 et modifiée par les lois du 12.08.2000 et 30.12.2001 :

« §2 Le pharmacien hospitalier peut également, au même titre que les autres pharmaciens d'officine, délivrer sur prescription médicale des médicaments au profit des personnes, traitées dans des institutions désignées par le Roi et dans les circonstances et conditions déterminées par Lui.

Prélèvement et transplantation d'organes

Modifications de la loi du 13.06.1986 :

- « La présente loi est applicable au prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules du corps d'une personne, appelée « donneur », en vue de la transplantation de ces organes, tissus ou cellules à des fins thérapeutiques sur le corps de la même personne ou d'une autre personne, appelée « receveur ». »
- les termes « de tissus ou d'organes » sont remplacés par « de tissus, de cellules ou d'organes ».
- L'art. 7 §1 est complété comme suit : « Lorsque le prélèvement de cellules sur des personnes vivantes ne peut normalement pas avoir de conséquences graves pour le donneur ou lorsqu'il porte sur des cellules

qui peuvent se régénérer facilement, il peut être effectué sur une personne n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans. »

MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Suppression à partir du 1er janvier 2004 (A.R. du 9 novembre 2003 – M.B. du 28 novembre 2003)

A l'article 9, c), dans la première règle d'application qui suit la prestation 424233-424244, les mots « l'assistance du médecin traitant » sont supprimés.

A l'article 16, les §§ 1^{er}, 2, 3, 4 et 5, alinéa 3 sont abrogés, c'est-à-dire la présence du médecin généraliste ("médecin traitant" dans le texte français de la nomenclature) au cours d'une intervention chirurgicale. (1)

Suppression à partir du 1 février 2004 (A.R. du 30 novembre 2003 – M.B. du 9 décembre 2003)

A l'article 11, sont apportées les modifications suivantes :

- Au § 4, la prestation 355331 - 355342 est supprimée (ponction d'abcès froid).
- Au § 5, le numéro 355331 - 355342 est supprimé de la liste.

A l'article 14 a), les prestations 220172 – 220183 (exérèse d'abcès froid) et 220194 - 220205 (exérèse de grand abcès froid profondément situé) sont supprimées.

A l'article 20, § 1^{er}, d), la prestation 474014 - 474025 (ponction d'abcès froid chez l'enfant) est supprimée.

A l'article 25, § 4, le numéro 474014 - 474025 est supprimé de la liste.

DATE LIMITE POUR LES MONTANTS MAXIMUMS DES SUPPLEMENTS D'HONORAIRES : LE 22 FEVRIER 2004

Les Conseils médicaux des hôpitaux ne doivent pas perdre de vue que les dispositions transitoires de l'art. 114 de la loi du 14 janvier 2002 (M.B. du 22.02.2002) cessent d'être applicables le 22.02.2004. A partir de cette date, les médecins (non conventionnés) ne peuvent porter en compte des suppléments d'honoraires (en salle commune ou en chambre à deux lits) que dans la mesure où, conformément à l'art. 138 de la loi sur les hôpitaux, les montants maximums pouvant être facturés sont définis dans le Règlement général des rapports juridiques (ou dans un addendum dudit Règlement) et où ces dispositions ont été communiquées par le gestionnaire de l'hôpital à l'INAMI et à la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux. Tant que cela n'a pas eu lieu, ces suppléments d'honoraires ne pourront plus être facturés à dater du 22.02.2004.

APPLICATION DE L'ART. 140 §5 DE LA LOI SUR LES HÔPITAUX

Conformément à l'art. 140 §5 de la loi sur les hôpitaux, des modifications peuvent être apportées aux montants prélevés par le gestionnaire au titre de l'art. 140, §1, 3° (*frais occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le budget des moyens financiers de l'hôpital*) et de l'art. 140, §1, 4° (*mesures de nature à maintenir ou à promouvoir l'activité médicale à l'hôpital*). La Cour d'arbitrage a rejeté les recours en annulation de cette disposition, qui avaient été introduits conjointement par le GBS et par

¹ Les deux premiers alinéas de l'art. 16 § 5 sont heureusement conservés. Cela veut dire que le médecin "co-opérateur" (MACS, chirurgien/ophtalmologue ou tout autre médecin aidant – "quelle que soit la qualification du médecin qui aide à l'intervention" – peut porter en compte 10 % des honoraires de la prestation chirurgicale.

Sur la prescription (récapitulative) figure donc le numéro de code de l'intervention avec, comme dispensateur, le chirurgien exécutant et ce même numéro de code de l'intervention est répété mais cette fois avec, comme dispensateur, le médecin "co-opérateur" et 10 % de la valeur des honoraires. Sur les prescriptions, le numéro de code est précédé du chiffre 1, dans une colonne spécialement destinée à cet usage sous la lettre N.

l'ABSyM. Ce faisant, cet organe juridique a confirmé que les retenues susvisées sont opposables aux médecins hospitaliers indépendamment des dispositions prévues dans les conventions individuelles des médecins. L'arrêt prévoit toutefois une condition importante qui doit être respectée tant par le Conseil médical que par le gestionnaire, à savoir : la retenue financière ainsi définie ne peut pas être discriminatoire.

Extrait de l'arrêt n° 117/2003 du 17 septembre 2003 de la Cour d'arbitrage :

"B.6.2. En ce qu'il est pris de la violation des articles 10 et 11, lus en combinaison avec l'article 23, de la Constitution, le moyen n'est pas fondé. La disposition en cause se borne à permettre une éventuelle modification des conventions relatives aux honoraires. *Elle n'établit pas, par elle-même, que les médecins hospitaliers seraient privés de manière discriminatoire d'une rémunération équitable.*"

"B.6.3. En ce qui concerne la discrimination qui frapperait, au sein des hôpitaux publics, les médecins contractuels face aux médecins statutaires, lesquels ont accepté, contrairement aux premiers, de se voir appliquer la loi du changement alors même qu'ils seraient consultés par la voie de la négociation syndicale, il faut rappeler, comme il a été exposé en B.2.2, que le processus de modification applicable aux médecins contractuels est, *en ce qui concerne le prélèvement des taux d'honoraires, soumis en principe à l'accord du gestionnaire et du conseil médical*, à défaut de cet accord à une procédure négociée, ou enfin à une médiation. Pas plus qu'en ce qui concerne les médecins statutaires, la modification n'est donc soumise à une décision unilatérale du gestionnaire de l'hôpital. Sous cet aspect, le moyen n'est pas fondé."

[...]

"B.8. En ce que le moyen considère qu'il existe une discrimination entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés, seuls les premiers étant soumis à l'obligation de motiver formellement les actes administratifs qu'ils adoptent, ce moyen est irrecevable dans la mesure où cette différence de traitement ne découle pas de la norme attaquée.

*En ce que le moyen considère que les hôpitaux privés ne seraient pas tenus au respect du principe d'égalité et de non-discrimination, il n'est pas fondé, la disposition attaquée n'ayant ni pour objet ni pour portée de permettre que les hôpitaux privés traitent de manière discriminatoire les médecins qui pratiquent leur art en leur sein. **Au demeurant, si la réglementation générale d'un hôpital privé devait traiter ses médecins hospitaliers de manière discriminatoire, il appartiendrait à ceux-ci de faire valoir leurs droits devant le juge compétent.***"

LA COUR DE CASSATION CONFIRME L'AVIS RENFORCÉ DU CONSEIL MÉDICAL EN CAS DE RÉVOCATION D'UN MÉDECIN HOSPITALIER PAR LE GESTIONNAIRE

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION DU 15.09.2003

NOTE (Website de la Cour de cassation)

C.02.0127.F.

Conclusions.

M. le premier avocat général J.F. LECLERCQ a dit en substance:

1. Je suis d'avis que le premier moyen, en sa première branche, est irrecevable à défaut d'intérêt.

Constitue en effet un fondement distinct et suffisant de la décision la considération non critiquée de l'arrêt attaqué que je cite "en l'espèce, le contrat, sans l'initiative du gestionnaire, eût été renouvelé par tacite reconduction ou remplacé par l'avenant dont le projet était en gestation et déjà soumis à l'approbation de l'Ordre des médecins en mai 1992".

En toute hypothèse, même si on ne voit pas dans cette considération de l'arrêt attaqué un fondement distinct et suffisant, le motif critiqué par le premier moyen, en sa première branche, quels que soient les termes utilisés, ne peut être interprété qu'à la lumière de cet autre motif que je viens de mettre en exergue, de sorte que, dans ce cas, le premier moyen, en sa première branche, manque à tout le moins en fait.

2. Le premier moyen, en sa seconde branche, me paraît manquer en droit.

Le seul argument décisif quant au choix de la solution réside, selon moi, dans l'objectif poursuivi par le législateur dans l'article 125, alinéa 1er, notamment 7°, de la loi coordonnée sur les hôpitaux. Cette disposition prévoit que l'avis du conseil médical est donné au gestionnaire "dans le cadre de l'objectif décrit à l'article 124", c'est-à-dire, suivant les termes de ce dernier article "en vue de dispenser à l'hôpital, dans des conditions optimales, les soins médicaux aux patients."

Dès lors, à l'égard d'un tel but à atteindre et quels que soient les termes utilisés par le législateur, **on voit mal pourquoi, comme le soutient donc à tort le moyen, en sa seconde branche, l'article 125, al. 1er, 7°, aux termes duquel le conseil médical donne au gestionnaire un avis sur la révocation de médecins**

hospitaliers, sauf révocation pour motif grave, devrait être interprété de façon restrictive en ce sens, d'une part, que je cite le moyen "l'obligation de recueillir (cet) avis (...) est (...) limitée à la révocation qui constitue une sanction" et, d'autre part, que "lorsque les parties à un contrat conclu à durée déterminée ont expressément prévu qu'il peut être dérogé au renouvellement de ce contrat moyennant un préavis notifié par lettre recommandée de six mois avant l'échéance du terme et lorsque les conditions stipulées contractuellement pour le non-renouvellement du contrat ont été respectées, le médecin hospitalier ne bénéficie pas de la protection de licenciement prévue à l'article (précité)" (fin de citation).

La règle de l'article 125, al. 1er, 7°, tend d'abord à protéger le patient contre un comportement du gestionnaire qui pourrait lui porter préjudice sans raison légitime. C'est seulement par voie de conséquence que le médecin hospitalier profite aussi de la règle, ce qui peut expliquer le sort particulier réservé à la procédure en cas de révocation pour motif grave, ce motif grave étant alors raisonnablement mis en balance avec l'intérêt éventuel du patient au maintien du médecin hospitalier concerné au sein de l'hôpital.

J'incline donc à penser **que le texte légal doit être compris comme suit : "dans le cadre de l'objectif décrit à l'article 124, le conseil médical donne au gestionnaire un avis lorsque ce dernier entend mettre fin aux rapports juridiques entre le gestionnaire et un médecin hospitalier, sauf le cas de cessation pour motif grave"**.

Le moyen soutient, quant à lui, une autre opinion.

3. J'estime que le second moyen manque en fait.

En effet, contrairement à ce que le second moyen affirme, l'arrêt attaqué ne constate pas que le dommage subi par le défendeur résulte de la perte d'une chance de renouvellement du contrat.

L'arrêt attaqué n'avait d'ailleurs pas à le constater, aucune des parties n'ayant soutenu en conclusions devant la cour d'appel que le dommage du défendeur résultait de la perte d'une chance.

Conclusion : rejet.

Arrêt

TEXTE

N° C.02.0127.F

CENTRE HOSPITALIER FRANÇOIS RABELAIS, association sans but lucratif, site Hôpital Français Reine Elisabeth, dont le siège est établi à Berchem-Sainte-Agathe, avenue Josse Goffin, 180,
demanderesse en cassation,
représentée par Maître Michel Mahieu, avocat à la Cour de cassation, dont le cabinet est établi à Bruxelles, avenue Louise, 523, où il est fait élection de domicile,
contre
M. D. C. P.
défendeur en cassation,
représenté par Maître Antoine De Bruyn, avocat à la Cour de cassation, dont le cabinet est établi à Bruxelles, rue de la Vallée, 67, où il est fait élection de domicile.

I. La décision attaquée

Le pourvoi en cassation est dirigé contre l'arrêt rendu le 28 septembre 2001 par la cour d'appel de Bruxelles.

II. La procédure devant la Cour

La cause a été renvoyée à la troisième chambre, par l'ordonnance du premier président du 15 mai 2003.

Le conseiller Sylviane Velu a fait rapport.

Le premier avocat général Jean - François Leclercq a conclu.

III. Les moyens de cassation

La demanderesse présente deux moyens libellés dans les termes suivants :

1. Premier moyen

Dispositions légales violées

- articles 1109, 1134 et 1135 du Code civil ;

- articles 125, 130 et 131 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Décisions et motifs critiqués

L'arrêt décide que la demanderesse a mis fin de manière fautive au contrat qui la liait au défendeur dès lors qu'elle n'a pas sollicité l'avis du Conseil médical conformément à l'article 125, alinéa 1er, 7°, de la loi du 7 août 1987 et qu'elle doit dès lors réparer le dommage subi par celui-ci de ce chef.

Il justifie cette décision par la considération que " même si le contrat était affecté d'un terme, il était renouvelable par tacite reconduction et supposait, dès lors, pour être rompu, une initiative du gestionnaire de la clinique ; que le terme 'révocation' employé par le législateur dans l'article 125, alinéa 1er, 7°, de la loi du 7 août 1987 ne doit pas s'entendre dans le sens restrictif que lui donne (la demanderesse) mais vise tous les cas où la direction prend l'initiative de mettre un terme à un contrat, qu'il fût à durée déterminée (mais renouvelable par tacite reconduction) ou indéterminée ; qu'en l'espèce, le contrat, sans l'initiative du gestionnaire, eût été renouvelé

par tacite reconduction ou remplacé par l'avenant dont le projet était en gestation et déjà soumis à l'approbation de l'Ordre des médecins en mai 1992 ; que cette interprétation est confirmée par la circulaire du Bureau permanent de conciliation du 8 novembre 1991 qui, en son point 2a, énonce : 'Fin des rapports entre l'hôpital et un médecin hospitalier suite à une initiative du gestionnaire : a) Dans le cadre d'une initiative non liée à une procédure de révocation pour motif grave : il y a lieu de solliciter, en vertu de l'article 127, § 1er, l'avis renforcé du Conseil médical pour l'application de l'article 125, alinéa 1er, 7° ; que c'est à tort que (la demanderesse) soutient qu'il n'y aurait pas lieu de se référer au point 2 de cette circulaire mais au point 1 qui vise le cas où la fin du contrat n'implique aucune initiative du gestionnaire (démission volontaire, dépassement de la limite d'âge, échéance du terme sans préavis, fermeture de la clinique...) ; qu'à titre surabondant, il y a lieu de constater que ce n'est probablement pas de manière innocente que la direction de l'hôpital a mis fin au contrat (du défendeur) sans consulter le Conseil médical (dont celui-ci assumait la direction), ainsi qu'il ressort du procès-verbal de la séance du 21 avril 1993 de celui-ci ; que l'historique de la négociation des nouveaux contrats y est retracé, mettant en évidence le contexte dans lequel le contrat du (défendeur) fut rompu alors qu'un avenant était en préparation et qu'aucun reproche d'ordre professionnel ne lui était adressé ".

Griefs

1. 1. Première branche

Les conventions légalement formées font la loi des parties, selon la règle contenue dans les articles 1134 et 1135 du Code civil.

Lorsque deux parties concluent une convention prévoyant l'accomplissement de prestations successives ou continues, elles peuvent stipuler un terme, soit ne pas en stipuler.

Lorsqu'elles ont stipulé un terme, celui-ci s'impose, par l'effet des articles 1134 et 1135 du Code civil, sans qu'une manifestation de volonté soit nécessaire pour confirmer ce terme à l'approche de son échéance.

Lorsque les parties contractantes ont stipulé, dans la convention initiale, outre un terme, une tacite reconduction, elles ont conventionnellement réglé le mode, dans ce cas tacite et non exprès, selon lequel s'échangeraient dans le futur leurs consentements respectifs, ayant pour objet la conclusion d'une nouvelle convention identique à la convention expirée.

Lorsque les parties ont stipulé dans la convention initiale, outre un terme et la tacite reconduction de la convention expirée, la faculté de s'opposer, par une dénonciation expresse et dans un délai déterminé, à la conclusion d'une nouvelle convention, l'exercice de cette faculté de ne pas conclure une nouvelle convention a pour conséquence que le terme conventionnellement prévu sortit ses effets et met fin, par lui-même, au contrat initial.

Il en résulte qu'en décidant que le fait, pour la demanderesse, d'avoir notifié qu'elle ne renouvellerait pas le contrat en cours après son expiration, par l'effet du terme contractuellement prévu, constitue une initiative par laquelle elle a mis fin à ce contrat, l'arrêt viole la force obligatoire de la convention conclue entre les parties le 25 juin 1987, et viole ainsi les articles 1134 et 1135 du Code civil. Il en résulte en outre qu'en excluant, pour la conclusion d'un nouveau contrat, la nécessité d'un nouvel échange de consentements, fût-il tacite notamment par l'effet d'une stipulation conventionnelle antérieure, l'arrêt viole en outre la notion légale de consentement, élément essentiel de la conclusion d'une convention, et viole en conséquence l'article 1109 du Code civil et en outre les articles 1134 et 1135 du même code.

1. 2. Seconde branche

L'article 125, alinéa 1er, 7°, de la loi sur les hôpitaux exige un avis du Conseil médical pour toute " révocation " du médecin hospitalier, sauf la " révocation " pour motif grave. Cette disposition n'exclut pas qu'il puisse être mis fin aux rapports juridiques entre le gestionnaire et le médecin hospitalier d'une manière autre que par la révocation, qui constitue une sanction, pour autant que cette autre manière soit prévue dans la réglementation générale et rendue obligatoire par la convention individuelle. L'obligation de recueillir l'avis du Conseil médical conformément à l'article 125 de la loi précitée est ainsi limitée à la révocation qui constitue une sanction mais n'est pas prévue pour les autres manières de mettre fin à la convention.

Lorsque les parties à un contrat conclu à durée déterminée ont expressément prévu qu'il peut être dérogé au renouvellement de ce contrat moyennant un préavis notifié par lettre recommandée de six mois avant l'échéance du terme et lorsque les conditions stipulées contractuellement pour le non-renouvellement du contrat ont été respectées, le médecin hospitalier ne bénéficie pas de la protection de licenciement prévue à l'article 125, alinéa 1er, 7°, de la loi sur les hôpitaux. Le non-renouvellement, par l'effet d'une notification expresse, d'un contrat qui arrive à terme ne nécessite pas l'avis du Conseil médical, mais constitue l'exercice normal du droit de constater la fin d'un contrat assorti d'un terme, ou à tout le moins du droit d'y mettre fin, lequel ne doit pas être motivé ni s'appuyer sur aucune faute.

Il s'ensuit qu'en considérant que l'article 125, alinéa 1er, 7°, de la loi précitée exige un avis renforcé du Conseil médical notamment en cas de non-renouvellement, par l'effet d'une notification expresse, d'un contrat qui arrive à terme et qu'en l'espèce, la demanderesse a mis fin de manière fautive au contrat qui la liait au défendeur, l'arrêt ne justifie pas légalement sa décision.

2. Second moyen

Dispositions légales violées

Articles 1147 à 1151 du Code civil.

Décisions et motifs critiqués

L'arrêt, après avoir constaté que la demanderesse a mis fin de manière fautive au contrat qui la liait au défendeur dès lors qu'elle n'a pas sollicité l'avis du Conseil médical conformément à l'article 125, alinéa 1er, 7°, de la loi du 7 août 1987 et que " la réalité d'un dommage matériel peut être admise dès lors que si le contrat était à durée déterminée, le (défendeur) pouvait, en l'espèce, espérer oeuvrer, pendant plusieurs années au moins, dans le service de chirurgie de (la demanderesse) en raison, d'une part, de ses qualités professionnelles et de l'estime évidente dont il jouissait au sein de l'établissement (ainsi qu'en témoignent l'augmentation importante du nombre de ses interventions chirurgicales entre 1987 et 1992 et les responsabilités diverses qui lui furent confiées par ses collègues et qui furent rappelées ci-avant), d'autre part, du projet d'avenant dont il devait, en principe, bénéficier ", condamne la demanderesse à réparer ce dommage en se référant aux revenus qui devaient selon lui correspondre à la poursuite de l'activité professionnelle du défendeur, et alloue à celui-ci 3.780.000 francs en principal, au titre du préjudice matériel.

Griefs

Le dommage résultant de la perte d'une chance d'éviter la réalisation d'un risque est un dommage distinct de celui consistant en la réalisation du risque. Ce dommage doit être évalué en tenant compte, d'une part, de la valeur économique du bénéfice perdu et, d'autre part, de la probabilité d'obtention de ce bénéfice.

En l'espèce, après avoir constaté que par la faute de la demanderesse, le défendeur a perdu une chance d'obtenir le renouvellement de son contrat, la cour d'appel évalue ce dommage en tenant compte, à concurrence de sa totalité et non d'une fraction correspondant au degré de probabilité de la chance perdue, de la valeur économique du bénéfice escompté et ainsi perdu. Il en résulte que l'arrêt, qui constate que le dommage subi par le défendeur résulte de la perte d'une chance de renouvellement du contrat mais qui évalue ce dommage sans tenir compte du degré de probabilité de l'obtention du bénéfice perdu, alloue au défendeur une indemnité pour un dommage non subi (violation des articles 1147 à 1151 du Code civil, spécialement de cette dernière disposition).

IV. La décision de la Cour

Sur le premier moyen :

Quant à la première branche :

Attendu que, pour retenir l'application de l'article 125, alinéa 1er, 7°, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, l'arrêt considère " qu'en l'espèce, le contrat, sans l'initiative du gestionnaire, eût été renouvelé par tacite reconduction ou remplacé par l'avenant dont le projet était en gestation " ;

Que cette considération, non critiquée par le moyen, en cette branche, suffit à justifier la décision de la cour d'appel ;

Que, fût-il fondé, le moyen qui, en cette branche, ne saurait entraîner la cassation est dénué d'intérêt et, partant, irrecevable ;

Quant à la seconde branche :

Attendu que l'article 125, alinéa 1er, 7°, de la loi sur les hôpitaux dispose que le Conseil médical donne au gestionnaire un avis sur la révocation des médecins hospitaliers, sauf révocation pour motif grave ;

Attendu qu'il ressort de l'économie de l'ensemble de l'article 125 et de son objectif tel qu'il est défini à l'article 124, auquel il se réfère expressément, que l'article 125, alinéa 1er, 7°, ne requiert pas que la révocation intervienne à titre de sanction et qu'il s'applique en particulier dans le cas où le contrat à durée déterminée d'un médecin hospitalier, renouvelable par tacite reconduction, n'est pas renouvelé à son terme à la suite de la notification par le gestionnaire à ce médecin, avant l'échéance de ce terme, du préavis contractuellement prévu ;

Que le moyen qui, en cette branche, soutient le contraire, manque en droit ;

Sur le second moyen :

Attendu que, de la seule considération que le défendeur " pouvait, en l'espèce, espérer oeuvrer, pendant plusieurs années au moins, dans le service de chirurgie de (la demanderesse) ", il ne peut être déduit que l'arrêt considère qu'il n'est pas certain que le défendeur aurait pu continuer à prêter ses services pour la demanderesse pendant les deux années qui ont suivi la fin des relations entre les parties et que le défendeur a seulement perdu une chance de poursuivre celles-ci au cours de cette période limitée ;

Que le moyen manque en fait ;

PAR CES MOTIFS,

LA COUR

Rejette le pourvoi ;

Condamne la demanderesse aux dépens.

Les dépens taxés à la somme de six cent trente-trois euros nonante-huit centimes envers la partie demanderesse et à la somme de cent soixante euros cinquante-quatre centimes envers la partie défenderesse.

Ainsi jugé par la Cour de cassation, troisième chambre, à Bruxelles, où siégeaient le conseiller faisant fonction de président Philippe Echement, les conseillers Christian Storck, Daniel Plas, Sylviane Velu et Philippe Gosseries, et prononcé en audience publique du quinze septembre deux mille trois par le conseiller faisant fonction de président Philippe Echement, en présence du premier avocat général Jean-François Leclercq, avec l'assistance du greffier adjoint Christine Danhiez.

PROGRAMMES DE SOINS EN ONCOLOGIE — ARRÊTÉ ROYAL — PROBLÈMES D'INTERPRÉTATION

Question n° 8 de M. Jo Vandeurzen, membre de la Chambre des représentants, du 29 juillet 2003 (N.) au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique :

Programmes de soins en oncologie. — Arrêté royal — Problèmes d'interprétation.

L'arrêté royal du 21 mars 2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés fait l'objet de quelques problèmes d'interprétation.

1.

- a) Qui entre en ligne de compte pour l'obtention du titre professionnel en oncologie?
- b) Ne peut-il s'agir que d'un interniste généraliste ou les médecins spécialisés dans l'un des domaines de la médecine interne (par exemple, la gastro-entérologie) entrent-ils également en ligne de compte?
- c) Des conditions particulières sont-elles prévues dans ce cadre?

2. L'article 14 de cet arrêté royal du 21 mars 2003, fixant les normes, stipule notamment en son point c) que chaque site doit disposer de «médecins spécialistes en chirurgie...».

- a) Cela signifie-t-il qu'il doit au moins y en avoir deux?
- b) Des conditions sont-elles prévues en ce qui concerne leur niveau d'activité sur le site?
- c) Le cas échéant, comment en apporter la preuve?

3. Dans ce même article 14, il est question au point f) des médecins spécialistes en anatomopathologie, etc. travaillant à temps plein dans l'hôpital.

Les médecins travaillant à temps partiel dans l'hôpital (par exemple, dans le cadre des permanences) n'entrent-ils pas en ligne de compte eu égard au critère stipulant que les médecins doivent être joignables en permanence?

4. L'article 20 de l'arrêté royal du 21 mars 2003 stipule, en ce qui concerne les normes de fonctionnement et d'organisation, qu'il doit y avoir des transferts et des retransferts effectifs entre les hôpitaux concernés.

- a) Peut-il également s'agir de transferts vers ou au départ de polycliniques?
- b) Dans l'affirmative, est-ce également le cas si elles sont établies en dehors du site où se concentrent les activités essentielles de l'hôpital?

Réponse du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique du 8 octobre 2003, à la question n° 8 de M. Jo Vandeurzen du 29 juillet 2003 (N.) :

J'ai l'honneur de communiquer à l'honorable membre les informations suivantes:

1.

- a) Selon l'arrêté ministériel du 11 mars 2003 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en oncologie, les médecins titulaires d'un titre professionnel particulier de médecin spécialiste visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 peuvent obtenir la qualification professionnelle particulière en oncologie, à condition de répondre aux conditions fixées dans cet arrêté ministériel.

- b) La spécialité en oncologie n'est pas réservée au médecin spécialiste en médecine interne. A titre d'exemple, le médecin spécialiste en gastro-entérologie peut également obtenir l'agrément en oncologie. La liste des médecins spécialistes ayant accès à la qualification en oncologie, fixée à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 est la suivante :

médecin spécialiste en anesthésie-réanimation; médecin spécialiste en biologie clinique; médecin spécialiste en cardiologie; médecin spécialiste en chirurgie; médecin spécialiste en neurochirurgie; médecin spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique; médecin spécialiste en dermato-vénéréologie; médecin spécialiste en gastro-entérologie; médecin spécialiste en médecine légale; médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique; médecin spécialiste en médecine interne; médecin spécialiste en neurologie; médecin spécialiste en psychiatrie; médecin spécialiste en neuropsychiatrie; médecin spécialiste en ophtalmologie; médecin spécialiste en chirurgie orthopédique; médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie; médecin spécialiste en pédiatrie; médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation; médecin spécialiste en pneumologie; médecin spécialiste en radiodiagnostic; médecin spécialiste en radiothérapie-oncologie; médecin

spécialiste en rhumatologie; médecin spécialiste en stomatologie; médecin spécialiste en urologie; médecin spécialiste en anatomie pathologique; médecin spécialiste en médecine nucléaire; médecin spécialiste en médecine du travail; médecin spécialiste en gestion de données de santé.

c) Les conditions d'agrément pour l'obtention de la qualification particulière en oncologie sont fixées à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 11 mars 2003:

«Art. 2. §1^{er}. Quiconque souhaite être agréé comme médecin spécialiste possédant une qualification professionnelle particulière en oncologie doit:

1° être porteur de l'un des titres professionnels particuliers de médecin spécialiste visés à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire;

2° avoir suivi une formation spécifique en oncologie, au sens du §2;

3° avoir développé ses connaissances en matière d'enregistrement et de classification des tumeurs;

4° avoir publié un article sur un sujet clinique ou scientifique d'oncologie dans une revue de référence.

§2. La formation spécifique en oncologie comporte un stage à temps plein d'au moins deux années dans un service de stage agréé conformément à l'article 4, dont une année au maximum peut être accomplie au cours de la formation supérieure dans l'une des disciplines visées à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 précité.

Le candidat peut accomplir le stage à concurrence de six mois au maximum dans un autre service utile pour sa formation ».

Des dispositions transitoires sont prévues à l'article 6 de l'arrêté ministériel précité du 11 mars 2003:

«Art. 6. §1^{er}. Par dérogation à l'article 2, peut être agréé comme porteur du titre professionnel particulier en oncologie, un médecin spécialiste visé sous le chapitre II, notoirement connu comme particulièrement compétent en oncologie ou qui apporte la preuve qu'il exerce l'oncologie de manière substantielle et importante, depuis quatre années au moins après son agrégation comme médecin spécialiste, avec un niveau de connaissance suffisant. Il en fait la demande dans les deux ans à partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

La preuve qu'il est notoirement connu comme particulièrement compétent peut être apportée notamment par ses publications personnelles, sa participation active à des congrès nationaux et internationaux, à des réunions scientifiques d'oncologie de sa discipline, par une activité typique de l'oncologie de sa discipline.

§2. Par dérogation à l'article 2, une période de stage de deux ans en oncologie entamée avant l'entrée en vigueur du présent arrêté, pourra être validée en tant que formation pour autant que la demande soit introduite dans un délai de six mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

§3. L'ancienneté du maître de stage ou du collaborateur visée à l'article 3 ne sera exigée qu'après cinq ans à dater de l'entrée en vigueur du présent arrêté ».

2. Il s'agit effectivement d'au moins deux médecins spécialistes en chirurgie porteurs du titre professionnel particulier en oncologie ou de médecins spécialistes en chirurgie qui exercent, dans le cadre de leur spécialité, une activité oncologique et qui disposent en outre d'une expérience de trois ans au moins dans le traitement d'affections oncologiques. En ce qui les concerne, aucune condition n'est posée quant à leur niveau d'activité sur le site.

3. Non.

4. Le patient oncologique doit bénéficier des soins les plus appropriés dans un cadre qui soit le mieux adapté à son cas. Dès lors, une collaboration est prévue entre les deux programmes de soins selon les modalités reprises dans le manuel de qualité.

Il va sans dire que, lorsqu'un patient est transféré d'un programme de soins vers un autre, il est pris en charge dans un programme de soins qui réponde aux normes de l'arrêté royal. En effet, il s'agit d'un transfert d'un programme de soins vers un autre programme de soins dont tous les éléments doivent être regroupés sur chaque site où le programme de soins est exploité (sauf dérogations prévues dans l'arrêté royal).

Il est possible qu'une partie de la policlinique d'un hôpital fonctionne pour le programme de soins. Un transfert vers cette entité est autorisé. Toutefois, pour satisfaire aux normes fixées en matière de transferts, la policlinique doit être située sur le site où le programme de soins est exploité.

EXPERTISES PSYCHIATRIQUES JUDICIAIRES

Suite à une demande du Procureur du Roi à Namur, l'Ordre des médecins (Conseil provincial de Namur) souhaite disposer d'une liste des médecins psychiatres qui seraient éventuellement intéressés par des expertises psychiatriques judiciaires.

Les personnes intéressées sont invitées à se faire connaître auprès du Conseil provincial de Namur, Ordre des médecins, "Résidence Clarté", Rempart de la Vierge 3 boîte 4, 5000 NAMUR – Tél. : 081/22.34.19 – Fax : 081/23.03.35 (réf. CC/03 0717)

ANNONCES

- 03040 **TOURNAI** : Centre médical spécialisé recherche, en vue d'une location de cabinet, **GÉNÉRALISTE, INTERNISTE, RHUMATOLOGUE, DERMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, CHIRURGIEN VASCULAIRE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 0475/61.44.94 ou au 069/68.66.01.
- 03079 **BRUXELLES** : **CABINET D'OPHTALMO** réputé, **A CEDER** cse. retraite, conditions intéressantes pour candidat sérieux et compétent. Tél. 0495 / 57.40.65.
- 03087 **MOUSCRON** : le service de neurologie du centre hospitalier mouscronnois recherche un médecin **SPÉCIALISTE EN NEUROLOGIE** ½ temps ou temps plein pour compléter son équipe. Pour renseignements contacter le Dr Jacob au 056/85.89.72 ou après 20 h au 069/45.55.80.
- 03089 **BRUXELLES** : Clinique Sainte-Anne-Saint-Remi-Saint-Etienne recherche pour son site de Ste-Anne-St-Remi, Bd Graindor 66 à 1070 Bruxelles **SPECIALISTE URGENTISTE** pour prise en charge et gestion médicale service d'urgence, y compris training résidents et nursing. Entrée en fonction 1.1.2004. Renseignements et contacts Dr VAN WETTERE, méd. directeur (secr. 02.556.57.06) ou Dr Th. DE GROOTE, chef de service ff 0475.28.69.35.
- 03090 **BRUXELLES** : Pour cause de cessation de carrière, gynécologue-obstétricien cherche **GYNÉCOLOGUE**. Excellente situation. Tél. : 02/770.44.61.
- 03091 **FRANCE** : **À LOUER** (Provence dans parc Luberon) pour 4 personnes + 1 enfant (vacances Noël, Carnaval, Pâques → 16 octobre 2004) pavillon charme, pl. pied dans propr. priv. jard. + oliv. = 1 ha clos, vue panor. séj. + cuis. amér. éq. 2 ch. + sdb – grdes terr. + barb + pisc. priv. (envir. except à découvrir) photo s/dem – chien non admis (tél./fax : 071/592.592 ou 0498/23.04.23).
- 03094 **RADIOLOGUE POLYVALENT** assure votre remplacement à BRU, BRAB. W, HAINAUT. Tél. : 0486/06.59.73
- 03095 **FRANCE** : Centre Hospitalier (établissement de 900 lits), situé à Aurillac en Auvergne, recherche un Praticien Hospitalier **RADIOLOGUE** pour son service d'Imagerie Médicale doté d'un plateau technique performant (IRM-scanner dernière génération). Une expérience significative en mammographie serait un plus. Diplôme de la Communauté Européenne requis. PH ou Assistant auquel sera accordé des facilités pour passer le concours de PH. Possibilité d'exercer parallèlement en libéral. Contact : Claire GASCOIN – Tél 00 33 1 42 96 17 30 – e-mail : cgascoin@wanadoo.fr
- 03096 **WAVRE À LOUER** rez 3 cab méd ou para, sauf dermat. Possibilité de partage de secrétariat. Parking privé. Contact Dr Stenuit 010/22.78.43 – 0477/72.22.24 – e-mail martine.stenuit@skynet.be
- 03097 **BRUXELLES** : Polyclinique du Midi – grande affluence – cherche ophtalmologue, physiothérapeute – rhumatologue. Tél. : 02.523.25.00 après midi sauf mardi. Soit écrire Polyclinique du Midi 43-49 Bd Jamar 1060 Bruxelles.

Table des matières

• La communauté médicale belge perd sa plus ancienne figure de proue en la personne du Prof. Dr Baron Albert Lacquet	1
• Projet de loi-programme	3
• Modifications de la nomenclature	5
• Date limite pour les montants maximums des suppléments d'honoraires : le 22 février 2004	5
• Application de l'art. 140 §5 de la loi sur les hôpitaux	5
• La Cour de cassation confirme l'avis renforcé du Conseil médical en cas de révocation d'un médecin hospitalier par le gestionnaire	6
• Programmes de soins en oncologie — Arrêté royal — Problèmes d'interprétation.....	10
• Expertises psychiatriques judiciaires.....	12
• Annonces.....	12

