

---

# 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° 3 / AVRIL 2005**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

## LE PROJET DE LOI DIT "DE SANTE" ET LE "MORATOIRE" DES RETENUES SUR LES HONORAIRES HOSPITALIERS

### **Aux Conseils médicaux A tous les médecins spécialistes**

*Les discussions au sein de la commission parlementaire au sujet du projet de loi n°1627 relatif à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé, ont été interrompues pour les vacances de Pacques. Elles reprendront ensuite, probablement pour procéder dans les plus brefs délais au vote que le Ministre Demotte attend avec impatience.*

*Même s'il semblait d'emblée que l'adaptation des textes n'était possible que pour quelques virgules ou des corrections purement techniques, nous avons pu compter sur le soutien des fractions libérales, d'une part par le cabinet du Président du MR REYNDERS D. et d'autre part, côté VLD, notamment par notre collègue Y. AVONTROODT dont diverses interventions très judicieuses ont été actées dans le rapport de la Commission Santé publique. Côté CD&V nous avons échappé de justesse à un amendement contraignant en matière de suppléments d'honoraires, dispositions qui auraient été tout à fait inacceptables compte-tenu du sous-financement structurel des hôpitaux d'une part, et des mesures d'économies considérables que le ministre veut infliger aux honoraires médicaux d'autre part.*

### **Du 1.07.2005 au 30.06.2006: l'année du médecin spécialiste hospitalier?**

*Tout laisse prévoir que la période des "pouvoirs spéciaux" va démarrer bientôt. Si les commentaires du ministre laissent croire qu'il ne manquera pas de consulter les avis des organes techniques d' l'INAMI, nous devons néanmoins rester sur nos gardes pour exiger dès qu'il le faut, le respect des promesses non tenues. A cet égard, c'est avec la plus grande irritation que nous avons suivi le parcours de l'article 33 en projet (originellement 29). On se souvient que dans une note ministérielle annonçant des "Mesures d'économie complémentaires" (doc. 2005 0911) en début novembre 2004, le ministre promettait de faire une faveur aux médecins hospitaliers: "des mesures sont prises... pour soutenir l'activité des médecins au sein de l'hôpital (moratoire sur la ponction des honoraires des médecins et couverture du risque de responsabilité civile liée à l'activité des médecins)".*

*Dans l'état actuel du projet de loi il ne reste pour ainsi dire rien de ces promesses. Selon les dispositions actuelles du projet de loi **le moratoire annoncé prend effet le 1er juillet 2005 pour cesser d'être en vigueur 365 jours plus tard**. C'est donc un moratoire très, très symbolique qui, en outre, a été vidé de sa substance par toute une série d'exceptions!  
Que se passera-t-il après le 30.06.2006?*

*Conjointement, le GBS et l'ABSyM ont adressé un courrier au ministre lui expliquant que les médecins ne comprendront pas son attitude, que les promesses sont faites pour être tenues et qu'il leur doit de toute urgence des explications!*

## Lettre conjointe du GBS et de l'ABSyM

A Monsieur R. DEMOTTE  
Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique  
Avenue des Arts 7  
1210 BRUXELLES

Copie : Premier ministre Monsieur G. Verhofstadt

Bruxelles, le 1 avril 2005

Monsieur le Ministre,

Concerne: Projet de loi n°1627 relatif à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé.

C'est avec consternation que le Corps médical vient de prendre connaissance de l'article 33 (originellement 29) de votre projet de loi.

Dans votre note "Mesures d'économie complémentaires" (doc. 2005 0911-def2) de début novembre 2004, vous annonciez que "des mesures sont prises... pour soutenir l'activité des médecins au sein de l'hôpital (moratoire sur la ponction des honoraires des médecins et couverture du risque de responsabilité civile liée à l'activité des médecins)".

Nous ne retrouvons ni le sens ni le contenu du moratoire des retenues de frais sur les honoraires dans la formulation actuelle de l'article 33.

Vous avez vous-même déclaré, lors de la discussion générale du 24 mars 2005 au sein de la Commission parlementaire de la Santé publique, que le refinancement des hôpitaux devait s'accompagner de deux conditions, à savoir que les retenues des hôpitaux sur les honoraires médicaux ne peuvent pas augmenter et que les suppléments ne peuvent pas être adaptés arbitrairement en fonction du déficit de financement hospitalier.

Or, quelles sont vos mesures, finalement? Le §3 de l'article 57 (à l'origine art. 53) nous apprend que le moratoire annoncé prend effet le 1er juillet de cette année pour cesser d'être en vigueur 365 jours plus tard. C'est donc un moratoire - éclipse! Que se passera-t-il après?

Les médecins hospitaliers ne comprendront pas. Aussi croyons-nous que ce revirement appelle quelques explications.

En outre, ce moratoire se révèle bien théorique, voire contournable à volonté pour le gestionnaire. En effet, après en avoir révisé la copie, probablement sur avis de certains gestionnaires hospitaliers, vous présentez une version criblée de dérogations (ajout du troisième alinéa) dont la justification est particulièrement douteuse. Le Conseil d'Etat avait formulé des remarques à ce sujet en désignant le manque de clarté du terme "frais" et en exigeant qu'il devait s'agir des frais de l'hôpital visés au §3 de l'article 140 de la loi sur les hôpitaux".

Quelles sont vos dérogations?

1° "en cas d'accord approuvé par tous les membres du conseil médical". Mais vous passez sous silence qu'à défaut d'un tel accord, le gestionnaire ne manquera pas de se débarrasser du moratoire par la procédure de l'avis renforcé en invoquant l'art. 142 de la loi sur les hôpitaux! Ce que vous qualifiez "de plein droit" dans le commentaire des articles du projet 1627, s'avère donc tout à fait caduc dans le texte réel soumis au Parlement. C'est inadmissible.

2° "... uniquement destinée à des travaux d'infrastructure". Tel quel, on ne voit pas ce qui peut justifier la transgression du moratoire. Le texte ne mentionne aucunement que ces travaux doivent avoir été justifiés et engagés avec l'approbation du Conseil médical, ni qu'il ne peut que s'agir de travaux dont le financement par les honoraires n'est pas encore couvert par les retenues de l'année de référence visées au 1er alinéa du §6, ni couvert par le budget des moyens financiers de l'hôpital.

3° "... destinée au financement d'un plan de redressement d'un hôpital public comme imposé par l'autorité de tutelle". Nous ne voyons pas à quelles dispositions en vigueur, relevant de la compétence fédérale des départements Santé publique ou Affaires sociales, vous vous référez, pour justifier de la sorte la transgression du moratoire théorique. Toujours est-il que les médecins hospitaliers du secteur public ne manqueront pas d'apprécier amèrement votre idée de provoquer en un temps record de douze mois

consécutifs, un vaste programme d'assainissement à leurs dépens dans les hôpitaux publics. Or, la loi dit textuellement que les déficits des hôpitaux publics sont à charge de la commune-mère et, en ce qui concerne les intercommunales, à charge des communes qui en font partie.

4° "... occasionnée par des réformes structurelles telles qu'une fusion, une association ou un groupement." Ici, non plus, on ne voit nullement ce qui justifierait une dérogation au moratoire en tant que tel. Il suffirait de dire que dans ce cas le montant annuel total visé au 1er alinéa est considéré comme étant la somme des retenues durant l'année de référence dans chacune des entités constituant l'ensemble structurel. Votre texte, par ailleurs, ne précise pas du tout qu'il s'agit de fusions ou d'autres formes de collaboration mises en place après l'année de référence 2004, si bien que la quasi totalité des hôpitaux ne manquera pas d'invoquer cette dérogation pour se débarrasser du moratoire et répercuter les conséquences financières de toutes modifications structurelles du passé sur les honoraires médicaux!

Nous vous rappelons que pour nous, le débat d'une modification de l'article 140 de la loi sur les hôpitaux reste indissociablement lié à l'ancienne revendication de la suppression de l'absurde article 139bis de la même loi, les règles des art. 140§§3 et 4, quant à eux, garantissant l'équilibre relationnel entre gestionnaires et médecins hospitaliers.

Puisqu'aujourd'hui vous envisagez des mesures qui ne manqueront pas de perturber structurellement cet équilibre, nous exigeons que le moratoire reprenne sa forme originale, sans les dispositions relatives à sa durée symbolique et surtout sans ses exceptions injustifiées qui en dénaturent complètement le sens, dispositions dont nous n'avons jamais été demandeurs et au sujet desquelles vous ne nous avez jamais consulté.

Vous comprendrez, Monsieur le Ministre que nous ne pouvons que faire part de ces informations à tous les Staffs et Conseils médicaux du pays, et ce, vue l'urgence, dans les plus brefs délais. Une fois de plus les médecins ont été floués par des promesses politiques.

Ils ne manqueront pas de compter les points à encaisser lorsqu'aura débutée prochainement "l'Année du médecin hospitalier"... du 01.07.2005 jusqu'au 30.06.2006.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de toute notre considération.

Dr. Marc Moens,  
Président ABSyM  
Secrétaire-général du GBS

## PROJET DE LOI DIT "DE SANTE" DEVELOPPEMENTS RECENTS

### Lettre conjointe du GBS et de l'ABSyM du 7 avril 2005 adressée au Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique R. DEMOTTE

Monsieur le Ministre,

C'est avec une attention toute particulière que nous avons pris connaissance des tout derniers développements intervenus dans le cadre du texte du projet de loi 1627 ainsi que du rapport intéressant de la Commission parlementaire. Nous espérons que les quelques réflexions ci-après pourront vous être utiles :

1. Concernant **l'article 7** : l'adaptation de cet article apporte une amélioration significative en matière de sécurité juridique. Il subsiste néanmoins un problème non négligeable avec la notion de "recommandations". A notre connaissance, ces dernières n'ont pas de valeur normative, d'autant plus que généralement elles placent les différentes modalités d'approche et d'action concernant différentes variantes de pathologie dans un contexte alternatif ou différencié sans proposer de choix exclusif dans un contraste noir et blanc. Un type de "recommandation" univoque "imposant" ou "excluant" un certain schéma de comportement n'existe pas et n'est pas non plus concevable.

C'est pourquoi il est impossible d'évaluer le "respect" de recommandations dans un contexte normatif. Ainsi par exemple, le médecin innovant qui applique certaines techniques post-expérimentales telles que définies dans la nouvelle Section VII du Chapitre I, Titre III de la loi S.S.I. (Fonds spécial de solidarité) courra directement le risque de perdre son accréditation. Il est possible qu'un médecin non accréditable cogite actuellement, quelque part en Belgique, à la conquête la plus noble de la Médecine de demain.

Si le but recherché est d'imposer le respect d'un schéma de comportement bien défini dans le cadre d'une pathologie précise en termes de diagnostic et de traitement médical ou médicamenteux, il nous semblerait opportun de n'utiliser que les termes "règles" ou "règles de bonne pratique". Les "recommandations" ont un profil strictement scientifique et ne sont pas non plus élaborées dans un but normatif.

Du fait du manque d'univocité, le terme "recommandations" suscitera bien plus de confusion que nécessaire et conduira certainement à une évaluation arbitraire et par conséquent contestable du comportement de pratique.

Enfin, il sera particulièrement difficile pour le CNPQ de définir des "recommandations" dans un sens normatif dans la mesure où, pour un même contexte pathologique, plusieurs recommandations alternatives voire contradictoires sont possibles.

C'est pourquoi nous nous permettons de proposer que le terme "recommandations" soit supprimé. En effet, un "comportement de pratique recommandé" n'implique pas automatiquement que tout autre comportement de pratique est par définition mauvais ou moins bon.

En outre, nous ne voyons pas pourquoi des règles doivent être limitées à la prescription de "prestations spécialistes". L'objectif est quand même de "combattre toute forme d'usage inadéquat et abus" (art 58, §2, 1°). Il nous semble assez évident que le rayon d'action de la mesure est plus grand lorsque le terme "spécialistes" est supprimé.

2. Concernant **l'article 11**: votre explication concernant le CT extra-hospitalier.

Le programme "Dieren in nesten" diffusé sur la chaîne flamande "Eén" et qui rencontre un certain succès montre chaque semaine la "réalité" d'un cabinet de vétérinaire. Régulièrement, le vétérinaire effectue un CT de l'une ou l'autre lésion sur un petit animal domestique. Pourriez-vous expliquer aux téléspectateurs pourquoi les moyens mis en œuvre dans le cadre de la médecine vétérinaire ambulatoire sont plus performants que pour les êtres humains? Au jour d'aujourd'hui, le CT n'est pas plus onéreux qu'une simple installation de radiologie et que certains appareils d'échographie. Il n'est pas raisonnable d'incorporer à nouveau le CT dans une programmation.

3. Encore en ce qui concerne **l'article 11**, vous dites, en réponse à une intervention de Mme Y. Avontroodt, qu'en matière d'agrément et d'installation d'appareillages le gestionnaire n'est pas seul à décider, mais qu'il est (n'est que) "co-responsable".

Nous ne pouvons pas accepter cette réponse. Nulla pena sine lege. Pour qu'il y ait infraction, il faut un auteur de l'acte. En appliquant une diminution de 10% sur les honoraires (comme seule sanction directe) vous dites implicitement dans le texte – et explicitement dans le débat au sein de la Commission-, que seuls les médecins sont responsables. Vous insinuez dès lors qu'ils seraient également susceptibles de se voir infliger les sanctions visées à l'art. 116 de la loi sur les hôpitaux!

Ceci est juridiquement et moralement inacceptable. Le texte du projet ne serait juridiquement correct que si les 10% sont effectivement définis comme étant applicables sur les prélèvements opérés par l'hôpital sur ces honoraires; ajoutons que ce taux de prélèvement peut monter aux alentours de 80% en ce qui concerne le PET ou la résonance magnétique.

Pour mémoire nous nous permettons de rappeler quelques dispositions très claires de la loi sur les hôpitaux dans ce contexte:

-art. 11

§1. La responsabilité générale et finale pour l'activité hospitalière, sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier, incombe au gestionnaire.

§ 2. Le gestionnaire définit la politique générale de l'hôpital; il prend les décisions de gestion en respectant les dispositions et procédures spécifiques prévues au Titre IV.

-art. 13: nomination ou désignation par le gestionnaire, d'un médecin en chef responsable du bon fonctionnement du département médical.

L'A.R. du 15.12.1987 portant exécution aux art. 13 à 17 de la loi sur les hôpitaux dit en son article 5: "Le médecin-chef prend les initiatives nécessaires pour: 1° garantir l'application des prescriptions légales et réglementaires, pour autant qu'elles concernent les activités médicales;..."

- art 86: "Le gestionnaire de l'hôpital est tenu de communiquer au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, selon les modalités prévues par le Roi, ..."

- art 116: "Sans préjudice de l'application des peines comminées par le Code pénal, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de...:

6° celui qui, en contravention avec l'article 26, construit, aménage ou reconvertit un hôpital ou un service qui ne s'intègre pas dans le programme prévu à l'article 23;

10° celui qui, en contravention aux dispositions de l'article 44, crée ou exploite des (services médicaux et services médico-techniques) sans être agréé ou sans répondre aux conditions requises.

-art. 125:

"10° la détermination des besoins en équipement médical et la fixation des priorités dans les limites des possibilités budgétaires fixées par le gestionnaire;" (NB: avis simple du conseil médical; décision de principe exclusivement prise par le gestionnaire)

"11° l'acquisition, le renouvellement ainsi que les grosses réparations de l'appareillage médical financé directement, en tout ou en partie, à charge des honoraires; (NB:avis renforcé, mais, selon l'art. 127§1 uniquement si demande d'avis du gestionnaire; lui seul prend l'initiative)

-art. 130 (les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins) §1,2<sup>e</sup> alinéa dit:

"Sans préjudice de l'application des articles 13 à 17, le règlement général ne peut contenir de dispositions qui mettraient en cause l'autonomie professionnelle du médecin hospitalier individuel sur le plan de l'établissement du diagnostic ou de l'exécution du traitement."

Lorsque la "responsabilité générale et finale du gestionnaire" est en cause, on crée volontiers certains flous artistiques. Votre déclaration au sein de la Commission parlementaire est visiblement incorrecte. Le gestionnaire n'est pas un "co-responsable" mais LE responsable.

Votre projet veut sanctionner le dispensateur- médecin et non le coupable. Votre mesure ne vise ni ne touche le vrai responsable.

Dans la loi sur les hôpitaux l'autonomie professionnelle du médecin sur le plan de la dispensation des soins (art. 130 §1) est subordonnée à la structure d'organisation imposée, avec en tête le médecin en chef, préposé du gestionnaire, qui est sensé garantir la conformité avec la loi.

Les médecins n'ont aucun pouvoir de demander ni d'obtenir un agrément; seul le gestionnaire le peut, à moins que l'on veuille changer la loi. Les médecins ne peuvent que dispenser des soins dans le cadre structurel des moyens pour lequel le gestionnaire est sensé de garantir la légalité, par exemple en ce qui concerne l'agrément de l'hôpital et les services.

La loi sur les droits des patients impose aux médecins l'obligation de dispenser des soins qui sont médico-qualitativement utiles et/ou nécessaires et conformes à l'intérêt du patient. La Loi S.S.I. y ajoute une dimension, à savoir, des soins justifiés selon le principe de l' "Evidence Based Medicine".

A ce niveau, le médecin peut, lorsqu'il commet une infraction à la réglementation (art. 73 §1), être poursuivi dans le cadre de la loi S.S.I.. Il ne peut cependant pas être poursuivi pour des irrégularités de quelque nature que ce soit, commises dans le chef des décisions de gestion prises par le dispensateur "hôpital".

Par conséquent il y a lieu de modifier le §2, premier alinéa du nouvel art. 64 de la loi S.S.I. comme suit:

*"...coordonnée le 7 août 1987, un pourcentage à définir par le Roi, qui ne peut être supérieur à 10%, des forfaits et honoraires, désignés par le Roi, dus aux médecins conformément à la présente loi, pour les prestations qui ont été effectuées pendant le semestre où cette installation ou exploitation a été constatée, est déduit des retenues effectuées par cet hôpital sur les honoraires susmentionnés, et restitué à l'INAMI."*

Dans le §2 le deuxième alinéa doit être adapté comme suit:

*"La réduction des retenues de l'hôpital sur les forfaits et honoraires, visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, s'applique..."*

4. Concernant **l'article 17** (nouveau) : la tentative de définition de la notion de dispositif médical implantable et de plus grande clarté en matière de fixation de prix pour le patient constitue très certainement un pas important dans la bonne direction.

Un problème qui devra être résolu réside dans le fait que les nouveaux dispositifs techniques s'accompagnent généralement de techniques médicales adaptées qui ne correspondent pas nécessairement littéralement à une lecture strictement littérale du libellé de la nomenclature. Ceci a généralement davantage à voir avec l'évolution de la science médicale et de sa sémantique – il y a un fossé croissant entre l'ancien et le nouveau mode de pensée et d'action technique, y compris dans le jargon correspondant – qu'avec le principe proprement dit de l'intervention de l'assurance. Il conviendra par conséquent de trouver une solution souple qui prend en compte la pratique "lege artis".

Le dernier alinéa du § 2 prévoit que le Roi détermine les modalités et la procédure d'application du présent article. Dans la mesure où il existe déjà une gamme étendue de dispositifs médicaux et d'implants dans le cadre de l'assurance-maladie, il est certainement judicieux de prévoir que le Roi "peut" déterminer ces modalités.

5. **L'article 58** (pouvoirs spéciaux): le § 4 de cet article reste incohérent. En effet, le § 1 définit le cadre général comme étant l'objectif budgétaire global de l'assurance-maladie obligatoire (loi S.S.I.).

Le § 2 a exclusivement trait à ce même contexte (loi S.S.I.), à savoir la prise d'arrêtés dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

Par conséquent, nous ne voyons pas pourquoi il est prévu au § 4 que les arrêtés pris dans le cadre des pouvoirs spéciaux peuvent "abroger, compléter, modifier ou remplacer" les dispositions légales "qui concernent les établissements de soins".

Sur le plan de la loi sur les hôpitaux, cela reviendrait à donner un "mandat en blanc" étant donné que les matières visées s'inscrivent exclusivement dans le cadre de la loi S.S.I.

Par conséquent, nous proposons comme amendement pour le § 4 de supprimer les termes "ou les établissements de soins".

6. Concernant **l'article 59** (Comité pour l'examen permanent de la nomenclature), il convient surtout de s'interroger sur la nécessité d'une telle structure complémentaire.

L'actuel Conseil technique médical (CTM) de l'INAMI, avec ses groupes de travail spécifiques (médecine interne, chirurgie, médecine générale, imagerie médicale et médecine de laboratoire) et son groupe de travail général (où sont examinés les points communs) constitue l'organe par excellence où ont lieu les développements médicaux avec un technology assessment expert. La représentation au sein du CTM tant des organisations professionnelles représentatives réalisant concrètement la grande majorité des activités médicales et des universités avec leur apport scientifique et la super spécialisation dans des domaines bien définis, que des organismes assureurs avec leur expertise spécifique et leur vision particulière en matière d'économie de la santé est la garantie que le CTM offre une réaction objective et adéquate aux possibilités très changeantes dans le domaine de la technologie médicale et effectue le tri de ce qui convient ou non pour faire l'objet d'un remboursement éventuel par notre sécurité sociale.

Un certain nombre de missions énoncées dans l'article 19 actuel, à savoir l'évaluation de la technologie médicale et l'examen permanent de la nomenclature des prestations de santé, sont continuellement assumées par le CTM. Si parfois les résultats se font attendre plus longtemps que souhaité, c'est surtout dû à l'encadrement limité par des fonctionnaires compétents dans ces matières très complexes, mais certainement pas à un manque de détermination ou de bonne volonté. Bien au contraire: de nombreux médecins avec pratique clinique s'engagent en continu, avec toute leur expérience dans ce domaine et sans le moindre intéressement personnel, bien souvent au détriment de leur propre pratique, pour parvenir au ré-équilibre progressif (la "herijking") de la nomenclature.

La création d'un nouveau Comité pour l'examen permanent de la nomenclature nous semble donc contre-productif. C'est un organe additionnel, de surcroît doublon, entraînant une dispersion inutile de moyens et d'expertises. Il nous semble plus utile, voire nécessaire de mieux soutenir le CTM existant.

Dans ce contexte nous estimons devoir attirer l'attention sur la Loi-programme du 24.12.2002 (M.B. 31.12.2002) dont les articles 259 et suivants ont instauré le Centre Fédéral d'Expertise en matière de Soins de Santé. L'article 264 prévoit que le Centre d'Expertise effectue des études et établit des rapports destinés à l'INAMI, y compris ses divers organes d'avis, de concertation et de gestion, dans le cadre des missions de son programme annuel. Parmi ces missions figure explicitement au 7° "soutien et examen permanent de la nomenclature".

Nous nous permettons donc de vous demander avec insistance de ne pas retenir la modification proposée de l'article 19 de la Loi S.S.I., dont l'inspiration provient d'ailleurs de l'opposition, mais de soutenir et renforcer par contre le fonctionnement du Conseil Médical actuel.

En vous remerciant pour toute votre attention, nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, à toute notre considération.

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

## **MEDECINE D'URGENCE ET MEDECINE AIGUË : CRITERES SPECIAUX D'AGREMENT**

**14 FEVRIER 2005. - Arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, des médecins spécialistes en médecine d'urgence et des médecins spécialistes en médecine aiguë, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage dans ces disciplines (M.B. du 4.3.2005)**

### *CHAPITRE Ier. - Dispositions générales*

**Article 1er.** Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par :

1° service d'urgence : une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, telle que définie à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « soins urgents spécialisés » pour être agréée;

2° service de soins intensif : la fonction de soins intensifs telle que décrite par l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée;

3° service mobile d'urgence : la fonction service mobile d'urgence telle que définie par l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « service mobile d'urgence » pour être agréée.

### *CHAPITRE II. - Critères d'agrément comme médecin spécialiste en médecine d'urgence et comme médecin spécialiste en médecine aiguë*

**Art. 2.** Quiconque souhaite être agréé pour :

1° le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence visé à l'article 2 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, doit être un médecin spécialiste agréé dans une des disciplines suivantes : a) anesthésie-réanimation; b) médecine interne; c) cardiologie; d) gastro-entérologie; e) pneumologie; f) rhumatologie; g) chirurgie; h) neurochirurgie; i) urologie; j) chirurgie orthopédique; k) chirurgie plastique; l) pédiatrie; m) neurologie.

La durée de la formation comporte dans ce cas au moins deux années de stage à temps plein dans un ou plusieurs services d'urgence qui sont des services de stage agréés à cet effet, et dont six mois dans un service de traitement intensif et une année au moins après l'agrément en tant que médecin spécialiste dans la spécialité principale;

2° le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence, visé à l'article 1er de l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991, doit être un médecin qui a effectué une formation en médecine d'urgence durant six années à temps plein dans un ou plusieurs services d'urgence agréés comme services de stage, dont douze mois dans un service de soins intensifs.

Moyennant l'accord de son maître de stage, il peut accomplir son stage à concurrence de deux ans au maximum dans des services de stage agréés pour la formation dans l'une des disciplines visées à l'article 2, 1°.

La formation du candidat acquise dans le cadre de la formation visée au 3° peut être prise en considération pour trois années;

3° le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine aiguë, visé à l'article 1er de l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991, doit être un médecin qui a suivi une formation en soins d'urgence durant trois années à temps plein dans plusieurs services de stage agréés et dont au moins 18 mois dans des services d'urgence agréés comme service de stage et dix-huit mois dans les disciplines suivantes : anesthésie-réanimation, soins intensifs, médecine interne, chirurgie et pédiatrie.

L'expérience professionnelle du candidat acquise durant la formation visée à l'article 6, § 3, 2°, et après celle-ci peut être prise en considération au maximum pour douze mois.

**Art. 3. § 1er.** Au moins une fois au cours de sa formation en médecine d'urgence, le candidat à un des titres professionnels visés à l'article 2, 1°, 2° ou 3° doit présenter une communication à une réunion scientifique qui fait autorité ou publier un article sur un sujet de médecine d'urgence dans une revue scientifique de référence.

§ 2. Un médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, peut être agréé pour porter le titre de médecin spécialiste en médecine d'urgence visé à l'article 2 de l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991, après avoir accompli un stage en médecine d'urgence d'au moins un an.

### CHAPITRE III. - *Critères de maintien de l'agrément*

**Art. 4.** Afin de conserver l'agrément permettant de porter le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence ou en médecine aiguë, visé à l'article 1er de l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991, le titulaire de l'agrément doit :

1° exercer à titre principal une fonction médicale en étroit rapport avec la médecine d'urgence;

2° prouver qu'il évalue, entretient et développe ses connaissances, ses compétences et sa performance médicale de manière à pouvoir délivrer des soins conformes aux données actuelles de la science.

Afin de conserver l'agrément permettant de porter le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence, visé à l'article 2 de l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991, le titulaire de l'agrément doit rester agréé dans l'une des disciplines visées à l'article 2, 1°, et satisfaire aux conditions prévues à l'alinéa 1er.

### CHAPITRE IV. - *Critères d'agrément des maîtres de stage en médecine d'urgence et en médecine aiguë*

**Art. 5. § 1er.** Le maître de stage doit répondre aux critères généraux d'agrément des maîtres de stage.

§ 2. Le maître de stage doit travailler à temps plein comme chef du service d'urgence et consacrer la plus grande partie de son temps à des activités cliniques et techniques relevant de sa compétence en médecine d'urgence.

§ 3. Le maître de stage peut assurer la formation de candidats spécialistes à raison, au maximum, de deux par médecin titulaire d'un des titres professionnels visés à l'article 2, 1°, 2° ou 3°, attaché à temps plein au service d'urgence.

§ 4. Le maître de stage, lui-même agréé depuis au moins huit ans, comme porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence doit avoir au moins un collaborateur attaché à temps plein au service d'urgence.

§ 5. Le maître de stage doit participer avec des responsabilités réelles à l'élaboration et au fonctionnement du plan de mise en alerte des services hospitaliers de l'établissement de soins auquel est attaché le service des urgences.

§ 6. Le maître de stage veille à ce que le candidat suive une formation à tous les aspects des urgences, y compris lors des stages en dehors du service d'urgence.

## CHAPITRE V. - Critères d'agrément des services de stage

**Art. 6. § 1er.** Pour être agréé comme service de stage, le service doit :

1° répondre aux critères généraux d'agrément des services de stage;

2° exercer la médecine d'urgence, sous tous ses aspects sans sélection préalable des cas;

3° pouvoir faire appel à tout moment, selon une liste de garde préétablie, à des médecins spécialistes de chacune des disciplines suivantes : médecine interne, chirurgie, orthopédie, anesthésiologie, pédiatrie, médecine d'urgence et radiologie;

4° pouvoir hospitaliser ses patients dans une unité de soins intensifs où est organisée une permanence médicale sur place indépendante de celle assurée au service d'urgence;

5° disposer d'un nombre suffisant de praticiens de l'art infirmier qualifiés, attachés à temps plein au service d'urgence et ayant en outre suivi une formation adaptée dans un service des urgences où ils ont été familiarisés avec tous les aspects de la médecine d'urgence. L'équipe est composée de manière à ce que deux membres du personnel infirmier dont au moins un gradué soient présents de manière permanente dans le service des urgences;

6° former une unité architecturale distincte et appropriée, comportant une entrée séparée accessible aux ambulances, ainsi que des locaux administratifs, des locaux d'examen et de traitement;

7° assurer la formation permanente et des réunions de staff au moins mensuelles du personnel médical et infirmier qui lui est attaché;

8° évaluer l'activité du service, éventuellement selon les modalités qui lui sont communiquées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

9° disposer de personnel administratif propre au service d'urgence et en nombre suffisant.

§ 2. Pour être agréé comme service de stage qualifié pour assurer une formation complète, le service doit en outre :

1° disposer d'au moins deux médecins spécialistes en médecine d'urgence, attachés à temps plein au service des urgences, dont le maître de stage qui doit être porteur de ce titre depuis huit ans, et les collaborateurs qui doivent l'être depuis au moins cinq ans;

2° assurer la permanence médicale sur place au sein du service d'urgence et du Service mobile d'Urgence par une équipe de deux médecins au moins dont un au moins est agréé selon l'article 2, 1° ou 2°, et l'autre suit la formation visée à l'article 2, 1° ou 2°;

3° disposer d'au moins huit lits fonctionnels d'hospitalisation provisoire dont au moins deux sont équipés d'un dispositif de surveillance et de traitement pour un patient en état critique;

4° avoir en charge ou participer à l'organisation et au fonctionnement d'un Service mobile d'Urgence;

5° être attaché à un hôpital où les services de médecine interne, chirurgie, orthopédie et anesthésiologie sont agréés comme service de stage ou répondent aux critères d'agrément comme service de stage;

6° pouvoir faire appel en outre, selon une liste préétablie, à des médecins spécialisés de chacune des disciplines suivantes : chirurgie orthopédique, neurochirurgie, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie.

§ 3. Un service d'urgence qui ne répond pas à l'ensemble des critères pour être agréé pour la formation complète peut cependant assurer au maximum six mois de la formation dans le cadre d'un stage de rotation, sous réserve d'être agréé pour cette formation. Pour être agréé, le service doit répondre aux conditions suivantes :

1° disposer au moins d'un médecin spécialiste porteur du titre particulier en médecine d'urgence, attaché à plein temps au service des urgences;

2° assurer la permanence sur place au sein du service d'urgence et de Service mobile d'Urgence par au moins deux médecins agréés pour le titre professionnel particulier en médecine d'urgence, ou candidat en formation pour ce titre ou titulaires du brevet de médecine aiguë répondant aux conditions ci-dessous :

a) être titulaire du diplôme de « Docteur en médecine » ou « arts »;

b) avoir effectué une formation théorique et pratique de 120 heures organisée par un hôpital universitaire;

c) avoir effectué un stage de 240 heures dans un service agréé, échelonné sur 24 mois et comportant au moins 10 interventions préhospitalières à caractère vital.

Ces médecins envoient à la Direction générale des Soins de santé primaires du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, une copie des documents probants relatifs à la formation théorique et au stage pratique précité.

A partir du 1er janvier 2008, le brevet de médecine aiguë n'est plus octroyé :

- qu'à des médecins généralistes agréés;

- et aux médecins qui ne sont pas agréés en tant que médecins généralistes, à condition qu'ils aient débuté leur formation avant cette date.

3° disposer d'au moins 4 lits d'hospitalisation provisoire dont 1 au moins équipé d'un dispositif de surveillance et de traitement pour un patient en état critique;

4° avoir en charge et participer à l'organisation et au fonctionnement d'un Service mobile d'Urgence;



5° être attaché à un hôpital où le service de médecine interne et le service de chirurgie sont agréés comme services de stage ou répondent aux critères d'agrément y afférents.

#### CHAPITRE VI. - *Dispositions transitoires*

**Art. 7.** § 1er. Une période d'exercice à temps plein de la médecine d'urgence ou de la médecine aiguë en tant que candidat spécialiste ou en tant que spécialiste, entamée avant l'entrée en vigueur du présent arrêté, pourra être valorisée au maximum pour une année de formation au sens de l'article 2, 1° ou 2°, du présent arrêté 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.

§ 2. Pendant une durée de trois ans à compter à partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, le médecin qui peut prouver, en produisant des documents relatifs à sa rémunération, qu'il compte après l'obtention du brevet visé à l'article 2, § 3 une expérience professionnelle au moins égale à 10 000 heures durant les sept années qui précèdent la demande, dans un ou des services d'urgence, peut être agréé comme médecin spécialiste en médecine aiguë; il perd alors son agrément en tant que médecin généraliste.

§ 3. Les médecins qui, au moment de l'entrée en vigueur du présent arrêté, suivent la formation en médecine d'urgence conformément à l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence, peuvent achever cette formation et être agréés conformément aux dispositions de ce dernier arrêté.

§ 4. Les médecins qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, sont agréés en médecine d'urgence peuvent soit conserver leur titre professionnel particulier, soit demander le titre professionnel particulier en médecine d'urgence visé dans l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 précité. Ils introduisent leur demande dans les deux ans qui suivent la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

§ 5. Les médecins qui, à la date du 1er janvier 2008, sont porteurs du brevet de médecine aiguë conservent ce brevet.

§ 6. Les agréments accordés aux maîtres de stage et aux services de stage sur base de cet arrêté ministériel du 12 novembre 1993 restent valables jusqu'à l'expiration de leur terme initialement fixé.

**Art. 8.** L'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence est abrogé.

### REGLES INTERPRETATIVES ORTHOPEDIE (ARTICLE 29, § 1)

#### REGLE INTERPRETATIVE 21 (en vigueur depuis le 1er février 1993 – M.B. du 25.03.2005)

##### QUESTION

Si un appareil de marche est équipé de deux tiges par jambe, les prestations « 647813 Supplément pour articulation de la cheville », « 647835 Supplément pour articulation du genou » et « 647850 Supplément pour verrou » peuvent-elles être portées en compte deux fois ?

##### REPONSE

Les prestations « 647813 Supplément pour articulation de la cheville », « 647835 Supplément pour articulation du genou » et « 647850 Supplément pour verrou » ne peuvent être portées en compte qu'une fois par articulation pour chaque membre, même lorsque l'appareil de marche est constitué de deux tiges par jambe.

#### REGLE INTERPRETATIVE 22 (en vigueur depuis le 1er septembre 2004 – M.B. du 25.03.2005)

##### QUESTION

Dans la nomenclature des prothèses de membres inférieurs, qu'entend-on par « amputation partielle du pied » et « amputation totale du pied » ?

##### REPONSE

Dans le cadre de la nomenclature des prothèses de membres inférieurs, une amputation du pied nécessitant l'appareillage avec une prothèse est considérée comme :

- « partielle » lorsque l'hallux ou les quatre derniers orteils ou une partie des éléments osseux du métatarse et/ou du tarse sont enlevés.
- « totale » lorsque la totalité des structures osseuses des orteils, du métatarse et du tarse sont enlevées, ne conservant que le tibia et le péroné.

## REGLE INTERPRETATIVE LOGOPEDIE (ARTICLE 36, § 4)

REGLE INTERPRETATIVE (en vigueur depuis le 19.01.2005 – M.B. du 19.01.2005)

QUESTION :

L'article 36, § 4, 1° stipule : « La demande d'intervention, établie sur un formulaire dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, est introduite sans délai par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de son organisme assureur. L'intervention est refusée pour toute séance de bilan ou de traitement effectuée plus de 60 jours calendrier avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil. ».

L'article 36, § 4, 2° stipule : « A la demande est annexée,....., une prescription médicale établie par .... ».

A partir de quelle date une demande d'intervention peut-elle être considérée comme reçue par le médecin-conseil ?

REPOSE :

Une demande d'intervention ne peut être considérée comme reçue par le médecin-conseil que si elle se compose du formulaire de demande mentionné au § 4, 1° et d'une prescription médicale mentionnée au § 4, 2°.

Si le médecin-conseil reçoit ces deux documents à des dates différentes, la date du document reçu en dernier vaut comme date de réception de la demande.

## REUNION SCIENTIFIQUE

*Conférence bisannuelle du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique  
le mardi 3 mai 2005 à l'Auditorium 44 à Bruxelles*

Thème : Comités d'éthique locaux et pratique médicale.

Inscription et information au secrétariat : Tél. 02/525.09.11 – Fax : 02/525.09.12 – E-mail : bioeth-info@health.fgov.be - Site : www.health.fgov.be/bioeth

Accréditation demandée pour les médecins.

## 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
- 04026\* **JODOIGNE** : Le cabinet médical du Marché aux Chevaux cherche **SPÉCIALISTES** collaborateurs. Tél. soir 02/779.28.15 ou 0479.45.80.41.
- 04076 **RIXENSART** (Brabant wallon) : **A LOUER** dans Centre de consultations idéalement situé, rdc, 2 cabinets spacieux, pour médecins spécialistes en rhumatologie, médecine du sport, médecine physique, pneumologie... Pour renseignements et conditions : 010/61.61.38 le soir après 20 h.
- 04099 **FRANCE** : Languedoc 10 min de la mer : Groupe de quatre **RADIOLOGUES** cherche successeur cause retraite d'un des associés. Radiologie générale, mammographie dépistage, échographie, pars scanner et Irm privés. Cabinet en pleine expansion, dans bel immeuble 2003 privé avec parking clientèle. CONTACT: 00.33.6.08 92 08 04 – 00.33.6.81 79 64 37.
- 04122 **BRUXELLES** : Centre de médecine spécialisée situé à 1080 Bruxelles (square Machtens) recherche la collaboration d'un(e) **CHIRURGIEN** et d'un(e) **PLASTICIEN** pour reprise du service. Envoyer CV au Dr Willy PAGE, rue du Saphir 33, à 1030 Bruxelles.
- 05001 **A VENDRE** pour cause de cessation d'activité : ① Instrumentation de base pour chirurgie des nerfs périphériques, (CODMAN et AESCULAP notamment), en très bon état, prix demandé 500 € ② Instrumentation de base crâne et colonne, complète et en très bon état, prix demandé 2000 €. S'adresser au Dr Jean-Marc SNOECK, avenue Gustave 40a, à 1640 RHODE SAINT GENESE, Tél./Fax : 02/358.23.05 ou laisser un message sur le répondeur.
- 05006 **BRUXELLES** : Centre médical situé à Schaerbeek, bien équipé (puva), cherche **DERMATOLOGUE**. Tél. : 02/215.05.12. Dr Dejardin.
- 05007 **DINANT** : Le centre médical privé de Dinant installé dans des locaux spacieux, meublés et disposant d'un équipement complet pour scintigraphies met à disposition des locaux et des temps de consultations, avec ou sans support logistique. Convention de collaboration intéressante. Contact : Mme WILLAM 0478.95.31.13 ou 0476.36.64.83.
- 05008 **PROVINCE DE LUXEMBOURG** : Radiologue Cabinet Privé, cède 2 cabinets privés de **RADIOLOGIE**, prov Lxbg, même sans apport financier personnel. Les deux cabinets sont équipés chacun d'une salle télécommandée, d'une 2e salle d'osseux, mammographe, échographe, Pano et Télécrâne, téléradios, Daylight, etc. Tél. : 0495.544.555.

- 05009 **BRUXELLES** (square Montgomery) : le CBIMC, Centre Belge pour Enfants Infirmes Moteurs Cérébraux, engage médecin spécialiste en **MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION FONCTIONNELLE** 8 ou 12 h/sem; travail pluridisciplinaire. Pour renseignements : Dr Henrot, 02/7354503.
- 05010 **CHERCHE** : tout matériel ophtalmo et optique anciens ainsi que vieilles lunettes et vieux verres pour le Rwanda. Tél. : 02/770.21.35.
- 05011 **A VENDRE** : Défibrillateur physio-control Lifepack 9 récemment révisé 2500 euros; pousse-seringue pour l'anesthésie Ivac P400 670 euros. Tél. : 0476/53.05.67.
- 05012 **A LOUER** : Centre Wavre : 3 cabinets médicaux ou para sauf dermato rez-de-chaussée, parking privé, possibilité partage secrétariat. Contacter Dr Stenuit 010/22.78.43 ou martine.stenuit@skynet.be
- 05017\* **BRUXELLES** : Clinilabo, un laboratoire médical privé à Saint-Gilles, facilement accessible en voiture ou par le transport public, souhaite très rapidement renforcer son équipe actuelle avec un/une **BIOLOGISTE**. Temps plein ou partiel. Bilingue Français/Néerlandais. Bon esprit d'équipe. Pouvoir travailler de façon indépendante. Personnalité dynamique et flexible. Expérience en matière de prélèvements est un surplus. Contactez-nous au 02/425.35.15 ou bsc@clinilabo.be. Discrétion totale et confidentialité sont garanties.
- 05018 **BURUNDI** : L'O.I.N.G. AMPSACODE (Alliance Médicale Psycho-Sociologique Avec les Continents en Développement) recherche, pour une rotation d'une année, **1 LOGISTICIEN, 1 INFORMATICIEN, 1 PHARMACIEN, 1 CHIRURGIEN GENERALISTE, 1 ANESTHESISTE, 1 GYNECOLOGUE, 1 INTERNISTE ET 1 OPHTHALMOLOGUE** pour le futur hôpital universitaire de Mwaro, à Kibumbu (Burundi). Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter le Dr Yves Debaille, président d'AMPSACODE, 35 rue Capouillet, 1000 Bruxelles, tél. : 02/539.46.09, GSM : 0474/41.97.99, e-mail : yves.debaille@uli-edu.org
- 05019 **MARCHE/BASTOGNE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche un **PNEUMOLOGUE**, temps plein, pour ses deux sites. Envoyer candidature au Dr Robert SIMONS, Directeur médical I.F.A.C. – rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05020 **BRUXELLES** (Clinique Saint-Jean) : La chirurgie plastique cherche une **INFIRMIERE-TABULISTE** temps-plein (contrat de salarié) pour une durée déterminée du 1er mars 2005 au 1er mars 2006. Le travail consiste en l'assistance opératoire en première main. Renseignements auprès du docteur B. Nokerman : tél. 02 465 56 17, fax 469 45 28, mail: b.nokerman@advalvas.be ou bnokerman@clstjean.be
- 05021 **FRANCE** : Vous recherchez une opportunité d'évolution de carrière en France ? Le groupe Maine Image Santé, groupe de 22 radiologues basé au Mans (1H30 de Paris, 2 heures des côtes de Bretagne, Vendée et Normandie), est une structure pionnière dans le monde de la **RADIOLOGIE** française :
- Un groupe solide et « avant-gardiste »** : \* une structure issue du rapprochement en 1999 des 2 groupes représentant près de 90% de la radiologie privée sur le département de la Sarthe. \* l'une des toutes premières collaborations public/privé en France pour le partage des IRM \* une structure de « gestion/logistique/ressources humaines » visant à faciliter au maximum l'exercice médical et à optimiser les résultats \* un montage financier/fiscal avant-gardiste (SEL, SCM, SCI, implantation du centre de gestion en zone franche défiscalisée...)
- Une activité motivante** : \* 14 sites sur le département de la Sarthe dont 10 au Mans (cabinets de ville, activité hospitalisation privée, Médico Chirurgicale Obstétrique) \* 2 scanners au Mans en totale exploitation privée et un partage public privé au scanner de Sablé \* 2 IRM en copropriété (50%) avec l'hôpital du Mans \* un fort engagement dans le dépistage du cancer du sein depuis 1990 (achat récent d'un mammothome) \* une activité d'urgence UPATOU
- Un équilibre préservé** : \* 9 semaines de congés en moyenne pour 4.5 jours travaillés par semaine \* une rotation pour les gardes réduites (1 garde toutes les 9 semaines grâce au nombre important d'associés)
- Une localisation exceptionnelle** : Un cadre de vie agréable à 55 minutes en TGV de Paris et 2H des côtes (Vendée, Bretagne, Normandie).
- Après l'intégration de 2 nouveaux associés en 2004, nous sommes aujourd'hui à la recherche de remplaçants pour 2005 en vue d'une association pour poursuivre notre croissance. Contact : Frédéric GALLOIS, Directeur Général ARX - MAINE IMAGE SANTE, 67 Bd Winston Churchill - 72 000 LE MANS, 00 33 2 43 84 80 33 (ligne directe) - 00 33 6 70 46 59 98 (portable), gallois.arx@wanadoo.fr
- 05022 **LIEGE** : Centre de Santé Mentale CLIPS (Liège), recrute **PSYCHIATRE** ou **NEUROPSYCHIATRE** vacataire, une à deux demi-journées par semaine. Ecrire avec C.V. au Docteur GODFROI rue A. Bouvy, 18 à 4020 LIEGE.
- 05024 **BIOLOGISTE** expérimenté recherche remplacements. GSM : 0496.70.64.38.
- 05025 **FRANCE** : Cabinet de recrutement français spécialiste du recrutement médical recherche actuellement des Médecins et Chirurgiens dans les spécialités suivantes : **ANESTHESIE REANIMATION, CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE, MEDECINE D'URGENCES, PEDIATRIE, ONCOLOGIE, RADIOLOGIE, REEDUCATION, GASTRO-ENTEROLOGIE, CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE, CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE, CHIRURGIE DIGESTIVE, CHIRURGIE VASCULAIRE, CHIRURGIE UROLOGIQUE**,... Nos clients : des établissements privés français toutes régions, cliniques modernes et renommées, fort potentiel d'activité. 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 et vos souhaits d'installation : Kaducé Conseil – 7 avenue de l'Europe – 92310 Sèvres – France – Tél/Fax : 00.33.(0)1.46.89.08.05 – Mail : recrutement@kaduce.fr – www.kaduce.fr
- 05026 **A LOUER** : LIEGE-OUTREMEUSE à la vacation pour spécialiste, un cabinet médical équipé avec éventuellement un échographe. Tél. 0476 298293

- 05027 **A REMETTRE** : maison de repos agréab. 70 lits très bien équip. Berchem-Ste-Agathe, 45 lits norm. + 25 lits catég. MRS. Tél. 0497/237.803
- 05028 **FRANCE** : Pour raisons personnelles, **CHIRURGIEN VISCERAL** cherche un successeur dans une clinique privée située à Moulins (Allier). Activité très importante de chirurgie digestive et générale. Revenu très conséquent. Contacts : Dr Ladha. Tél. : 00.33.4.70.44.92.80 (bureau), 00.33.6.08.62.42.38 (GSM), 00.33.4.70.20.50.465 (dom.). Mail : segange@wanadoo.fr
- 05029 **BRUXELLES** : Le Service de Chirurgie Générale et Abdominale de la Clinique Ste ANNE / St REMI propose un poste de **CHIRURGIEN** associé temps plein. Le profil recherché comporte la compétence en chirurgie coelioscopique avec orientation oncologique. Le candidat possédera le statut d'indépendant, avec participation à un pool d'honoraires. Les candidatures avec CV sont à adresser au Docteur BURNON, Chef de service de Chirurgie, Clinique Ste ANNE / St REMI, Boulevard Graindor, 66, 1070 BRUXELLES. Un contact direct peut également être pris au 0475 25 59 35.
- 05030 **BRUXELLES** : Polyclinique du Midi demande : **MEDECIN SPECIALISTE** pour examens électromyographiques, potentiels évoqués, etc. + **DENTISTE MED. OU LSD** pour occuper mi-temps ou quart-temps un cabinet installé. Prière de téléphoner au 02/523.25.00 après midi sauf mardi ou écrire 43-45 bd Jamar, 1060 Bruxelles.
- 05031 **ARLON-VIRTON** : CSL (Cliniques du Sud Luxembourg) Arlon-Virton recherche **GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN** sur 2 sites. Travail dans groupe de 7 spécialistes (pool d'honoraires hospitaliers). Tél. ou écrire Dr A. Eppe, 17 rue des Combattants, 6760 Virton. 063/588070, 576420 ou 0495/246421.
- 05032 **MARCHE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche pour sa fonction soins intensifs un médecin **INTENSIVISTE-ANESTHESISTE** temps plein, pour son site de Marche. Envoyer candidature au Dr Robert SIMONS, directeur médical, et au Dr Joseph PROUMEN, médecin-chef du service d'anesthésie – I.F.A.C. – rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05033 **MARCHE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche pour sa fonction soins intensifs un médecin **INTENSIVISTE-INTERNISTE DE FORMATION CARDIOLOGIQUE** temps plein, pour son site de Marche. Envoyer candidature au Dr Robert SIMONS, directeur médical, et au Dr Guy LOUTE, médecin-chef du service de médecine interne – I.F.A.C. – rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne .
- 05034 **A VENDRE** : Mammographe SENIX HF 500 T de GE 1992 – Echographe LOGIQ 400 CL avec 3 sondes 2000. Contacter le Dr Matelart A-L au 0475-29.21.75.
- 05035 **ARLON** : Les Cliniques du Sud Luxembourg recherchent, pour assurer la gestion de leur département d'informations hospitalières, un médecin ayant au moins les compétences suivantes : • Diplôme de médecine, chirurgie et accouchements • De bonnes connaissances en informatique permettant notamment l'utilisation des divers logiciels spécifiques et la participation à la gestion du datawarehouse et des tableaux de bord de l'institution. • Une formation ou la capacité d'acquérir à bref délai une formation de **MEDECIN RCM** • La capacité à diriger une équipe.  
Une préférence sera accordée au candidat(e) porteur du titre professionnel en gestion de données de santé. Statut de salarié, CDI, barème : échelle A5. Les candidatures doivent être adressées à Mme Catherine GERARD, Directrice des Ressources humaines. 137 Rue des Déportés – 6700 ARLON. Pour tout renseignement complémentaire : Dr Robert de FAYS, Directeur Médical – 063/23.17.89 – rdefays@clinsudlux.be
- 05036 **RADIOLOGUE** cherche successeur dans centre médical à 1080 Bruxelles. Tél. : 02/354.73.74 – GSM : 0475.72.82.54.
- 05037 **OPHTALMOLOGIE** : Chapelle-lez-Herlaimont 77 rue Alphonse Briart. Centre de méd. spéc. Offre consultation patientèle existante. Loyer par demi-jour. Location matériel sur place. Rapport ± 500.000 FB/an. Possib. d'extension. Tél. : 064/44.41.71.
- 05038 **BRUXELLES** (1170) : Centre médical privé, en activité depuis 1977, cherche **RHUMATOLOGUE** ou **PHYSIOTHERAPEUTE**, suite départ confrère pour cause de maladie. Tél. : 02/660.38.72 – GSM : 0475/41.50.86 ou 0475/72.82.54.
- 05041 **FRANCE** (Bourgogne Nord) : Centre d'**IMAGERIE MEDICALE** cède parts de cabinet. Accès actuels imagerie lourde. Développement possible. Tél. : 00.33.4.50.27.76.60.
- 05043 **HAINAUT** : Le service de radiologie de LOBBES (Hainaut), cherche un **RADIOLOGUE\*\*** polyvalent (Rx, écho,CT,+/-séno). Contacter le Dr Couez 0479/490940 ou 071/599317.

## Table des matières

• Le projet de loi dit "de Santé" et le "moratoire" des retenues sur les honoraires hospitaliers .....	1
• Projet de loi dit "de Santé" – Développements récents.....	3
• Médecine d'urgence et médecine aiguë : critères spéciaux d'agrément .....	6
• Règles interprétatives Orthopédie (Article 29, § 1) .....	9
• Règle interprétative Logopédie (Article 36, § 4) .....	10
• Réunion scientifique .....	10
• Annonces.....	10