
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° SPECIAL / MAI 2007

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

MEMORANDUM (15 mai 2007)

Le GBS représente plus de 8.000 médecins spécialistes et est donc numériquement la plus forte organisation médicale en Belgique. En vue des négociations gouvernementales à l'issue des élections du 10 juin 2007, le GBS prie les parties politiques de prendre connaissance de son programme de revendications. Le GBS se tient à la disposition des partis politiques en vue de toute concertation relative à celui-ci. Il vous demande par la même occasion de bien vouloir lui faire connaître votre position au sujet de chacun des points qui suivent:

1. Maintien de la norme de croissance à 4,5 % au moins

Le Ministre de la Santé Publique et des Affaires sociales se félicite d'avoir réussi, en 2006, et ce pour la première fois depuis bien longtemps, à maintenir les dépenses des soins de santé dans les limites budgétaires fixées, voire d'avoir réalisé un bonus¹. Il s'abstient toutefois d'énoncer la véritable nature des mesures imposées pour réaliser ce tour de force et qui, dans la réalité quotidienne, se traduit par un rationnement des soins. Au fil des mesures, l'intérêt du patient s'est progressivement effacé du premier plan pour céder la place aux objectifs purement budgétaires. Cela a notamment été le cas dans le secteur des médicaments, où les médecins, sous la menace d'importantes sanctions financières, se sont vus obligés à prescrire des quotités déterminées de médicaments bon marché. Les engagements pris dans le cadre des accords en matière de médicaments anti-hypertenseurs et antibiotiques n'ont pas été respectés par le Ministre compétent.

Les dépenses en soins de santé augmentent annuellement. Ceci est la conséquence de divers facteurs incontournables, dont le vieillissement de la population et l'accroissement des besoins qui en découle, les nouvelles technologies en médecine et les médicaments innovants. Nos politiciens oublient cependant trop facilement que ces dépenses ne doivent pas uniquement être considérées comme des coûts pour la société, mais également comme un investissement pour l'avenir et comme un pôle important sur le plan de l'emploi. Une médecine de haute qualité contribue dans une très large mesure à la prospérité de notre société. Les malades reprennent plus rapidement leur place dans la vie active; les patients plus âgés restent davantage et plus longtemps autonomes.

Pour maintenir, à l'avenir, une médecine de qualité, il faut garantir au moins une norme de croissance de 4,5 %, hors index. Toute réduction de cette norme de croissance ne peut que se traduire par davantage de rationnement de soins et, inéluctablement, une évolution accélérée vers une médecine à plusieurs vitesses.

2. L'accessibilité de la médecine spécialisée

Les soins médicaux de base doivent rester accessibles pour tous les patients qu'ils disposent ou non d'une assurance complémentaire privée. L'accessibilité de la médecine est indissociable du libre accès du patient à la médecine spécialisée. L'idée du passage obligé par un généraliste "gatekeeper" n'apporte pas le moindre avantage en termes de santé ni individuelle ni publique. Les enquêtes menées par certains

¹ Les chiffres les plus récents montrent que le bonus a été fort exagéré.

organismes assureurs démontrent d'une part que l'accès échelonné n'entraîne aucune économie budgétaire, bien au contraire, et d'autre part, que 85 % de la population veut conserver le droit d'accès direct au médecin-spécialiste.

La première ligne doit être définie comme le premier contact médical du patient en fonction du type de pathologie qu'il présente. En ce sens, le gynécologue est le médecin de première ligne pour les problèmes gynécologiques, le pédiatre est le médecin de première ligne pour les enfants, l'ophtalmologue pour les problèmes des yeux, etc. ... Le patient doit avoir le droit de se diriger librement avec sa demande de soins vers le médecin qui a sa confiance et qu'il estime être le plus apte à y donner la réponse adéquate.

Même l'échelonnement "soft" instauré récemment par le Ministre Demotte n'est apprécié ni par les patients ni par les médecins. Le généraliste s'y trouve réduit au rôle de prescripteur de bons de réduction et le système n'apporte ni amélioration de la qualité des soins aux patients, ni efficacité accrue au niveau de la collaboration entre généraliste et spécialiste. Tout concept d'échelonnement doit être évacué dans les plus brefs délais pour céder la place à une politique incitant à la collaboration interactive entre généraliste et spécialiste. Un système bi-directionnel d'honoraires corrects pour l'envoi et le renvoi, assorti des échanges d'informations adéquates devrait avoir la préférence. Les patients chroniques aussi nécessitent une relation de soins durable avec le spécialiste. Une collaboration interactive efficace entre généraliste et spécialiste constituera pour eux un avantage très réel.

3. Le financement des hôpitaux

L'A.R. du 25 avril 2002² relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux avait modifié de fond en comble les règles relatives au financement hospitalier. Cependant, sa version originale a subi de multiples changements, pas toujours de manière correcte.

a. Le sous-financement des hôpitaux

Il convient de s'attaquer à la question du sous-financement des hôpitaux de manière structurelle. Le mouvement de rattrapage programmé pour 2007 a été conditionné à un engagement de l'hôpital de ne plus réclamer le moindre supplément aux patients hospitalisés en salle commune ou en chambre à deux lits, et ce que les médecins exerçant dans l'établissement aient ou non adhéré à l'accord médico-mutualiste.

En Belgique, les honoraires sont fixés par un système d'accords conclus au sein de la Commission médico-mutualiste. Les tarifs fixés dans ces accords sont appelés les tarifs sociaux. Les médecins sont libres d'adhérer ou non à l'accord. Dans les hôpitaux, cette liberté de principe est totalement vidée de sa substance compte tenu des conditions qui ont été imposées pour pouvoir bénéficier des mesures prises pour résoudre dans une certaine mesure le problème du sous-financement structurel attesté des hôpitaux. Des mesures analogues ont déjà été imposées aux hôpitaux en 2006 pour pouvoir bénéficier d'un financement via la sous-partie B8 du budget des moyens financiers.

Il est inadmissible que le droit de principe des médecins d'adhérer ou non à l'accord soit vidé de sa substance à cause de mécanismes de financement du budget des moyens financiers. Il est également inadmissible que les tarifs de l'accord soient imposés aux médecins n'ayant pas adhéré à l'accord. Cette liberté des médecins doit être respectée. Le financement des hôpitaux doit être réglé sur une base correcte et objective.

Afin de résorber les déficits de l'hôpital résultant du sous-financement structurel des hôpitaux, les gestionnaires pratiquent des retenues de plus en plus importantes sur les honoraires des médecins. Il convient d'enrayer cette spirale. De plus, il est inadmissible que les directions des hôpitaux imposent unilatéralement des décisions de gestion au corps médical.

b. Forfaits par pathologie et forfaits médicaments

Le GBS s'oppose au financement par pathologie ou à toute autre forme de globalisation des frais médicaux rendant le prestataire de soins tributaire de la direction de l'hôpital pour l'octroi de ses honoraires.

Le financement par pathologie basé sur des données dépassées conduit au rationnement des soins et au recours à des thérapies obsolètes et inefficaces.

² MB 30.05.2002

L'introduction de forfaits médicaments pour les patients hospitalisés limite les possibilités de prescription en fonction de l'évidence médicale existante et des nécessités thérapeutiques. Le prestataire de soins est devenu tributaire de moyennes nationales "dépassées" calculées pour des patients moyens.

Il convient d'abandonner les restrictions en matière de prescription médicale s'appuyant sur des moyennes et des quotas imposés. Mieux vaut une prescription individuelle justifiée pour un patient "moyen" qu'une prescription "moyenne" injustifiée pour un patient individuel.

c. "Les suppléments d'honoraires"

Tant la presse que les responsables politiques utilisent à tort le terme "suppléments d'honoraires" pour qualifier les honoraires réclamés par les médecins n'ayant pas adhéré à l'accord et qui prennent en compte leur expérience, le degré de difficulté de la prestation et les exigences du patient.

Le droit des médecins, indépendamment de leur spécialité, n'ayant pas adhéré à l'accord de réclamer des honoraires justifiés doit être garanti. Quant aux médecins conventionnés, quelle que soit leur spécialité, il convient de leur garantir le droit de réclamer des honoraires supplémentaires adaptés en cas d'exigences particulières des patients, par exemple l'hospitalisation en chambre individuelle.

d. Les instrumentistes du quartier opératoire

En 2005³, le financement des instrumentistes du quartier opératoire a, soudainement et sans aucune concertation, été supprimé de la sous-partie B2 du budget des moyens financiers. Cette mesure doit être annulée et des moyens suffisants doivent être libérés pour leur financement.

Certains gestionnaires d'hôpitaux donnent à cette mesure une interprétation abusive et partent du principe que le personnel infirmier n'assiste plus dans le champ opératoire stérile. C'est contraire à l'article 2 de l'Arrêté royal du 18 juin 1990 où il est clairement défini que l' "assistance" implique que le médecin et le praticien de l'art infirmier, exécutent conjointement des actes chez un patient et qu'il existe entre eux un contact visuel et verbal direct.

Par ailleurs, les spécialistes réclament une revalorisation de leurs honoraires d'assistance pour les interventions chirurgicales.

4. La médecine extra-hospitalière

Le GBS met en garde contre un hospitalocentrisme excessif, surtout à un moment où de plus en plus de traitements peuvent avoir lieu en ambulatoire. Les politiques nient l'existence de plus de 7.000 médecins spécialistes extra-hospitaliers. Pourtant, ces spécialistes extra-hospitaliers garantissent à la population une médecine de qualité très accessible. Cette médecine plus individualisée constitue depuis longtemps un atout pour notre système de santé et distingue nos soins de santé positivement d'un bon nombre de pays voisins.

Il convient d'instituer un cadre légal pour la médecine policlinique indépendamment du secteur hospitalier. Le développement de la médecine ambulatoire doit offrir au médecin spécialiste extra-hospitalier les mêmes chances qu'au médecin spécialiste exerçant à l'hôpital. L'interdiction de rembourser des interventions ayant une valeur K supérieure à K120 en dehors du secteur hospitalier doit être levée. En effet, la sécurité d'une intervention ne dépend pas de sa valeur K. De plus, le risque d'infection nosocomiale est moins important qu'en milieu hospitalier.

Nombre d'interventions chirurgicales et par endoscopie peuvent parfaitement être réalisées en dehors de l'hôpital. Un suivi préopératoire et postopératoire correct peut être organisé dans le cadre d'une bonne collaboration et d'une bonne entente entre les spécialistes extrahospitaliers, les généralistes et les infirmiers. Cependant, les conditions de remboursement tant des honoraires que des dispositifs médicaux sont liées artificiellement à une hospitalisation. L'attribution des forfaits INAMI doit intervenir quel que soit le pouvoir organisateur pour autant que la sécurité et la qualité soient garanties.

Le médecin hospitalier doit également rester libre d'avoir une pratique extra-hospitalière.

³ A.R. du 11.07.2005 – M.B. du 25.07.2005

5. Révision de la nomenclature, revalorisation des actes intellectuels et simplification administrative

La rénovation et l'actualisation de la nomenclature des prestations de santé doivent être poursuivies plus activement. L'évaluation des milliers de prestations avec leur libellé et le remplacement des prestations obsolètes par de nouvelles qui répondent mieux aux standards médicaux actuels nécessitent une meilleure coordination entre les représentants des prestataires de soins et l'administration via le Conseil technique médical et l'actuariat de l'INAMI.

La formulation des prestations est souvent sibylline et sujette à interprétation. En cas de contrôle du SECM, cela peut avoir des conséquences considérables pour le prestataire de soins. Les libellés des prestations devraient être améliorés.

Le mouvement de rééquilibrage des actes intellectuels doit être poursuivi. La place du médecin spécialiste en médecine interne générale doit faire l'objet d'une revalorisation spécifique tant à l'hôpital qu'en dehors de celui-ci.

Les obligations administratives peuvent être considérablement réduites et il doit être mis fin d'urgence à la soif de réglementation incontrôlée. Les obligations administratives ne peuvent plus être utilisées à mauvais escient pour décourager les médecins d'avoir recours à une pratique médicalement justifiée.

Un code de nomenclature doit être créé pour la délivrance et le remplissage de toute attestation ou de tout document.

6. Maintien du numerus clausus

Le contingentement doit être strictement respecté dans tout le pays. Malgré les messages alarmants en provenance surtout des milieux académiques francophones, il ne faut pas oublier que la Belgique figure toujours dans le peloton de tête dans le monde industrialisé en ce qui concerne le nombre de médecins par habitant.

Les médecins spécialistes en formation ne doivent pas être considérés comme une main-d'œuvre bon marché mais doivent être formés correctement et doivent faire l'objet d'un accompagnement actif dans l'exercice de leur pratique.

7. Halte à la poursuite de l'académisation de la formation

Il convient de stopper l'académisation de la formation. La poursuite de cette académisation ne répond pas à une formation professionnelle. Il est essentiel pour une formation adéquate du candidat spécialiste que celui-ci soit confronté à l'activité spécialisée sur le terrain. En outre, l'académisation éloigne le médecin du patient et contribue au renchérissement des soins de santé. Si les médecins en formation apprennent uniquement que chaque patient doit être approché comme un patient "universitaire", on s'oriente vers une médecine particulièrement technique et onéreuse.

L'approche duale de la formation spécialisée sur un même pied, à partir des postes de formation non universitaires et universitaires, est indispensable. Par ailleurs, une refonte académisée du système de formation n'est d'actualité nulle part en Europe.

Le financement des hôpitaux universitaires et non universitaires pour leur fonction de formation doit être identique.

8. Informatisation, e-health et respect de la vie privée dans le domaine médical

Au niveau fédéral, BeHealth se développe sur un mode totalement opaque, ce qui donne à penser qu'une vision politique bien définie, avec des tentacules dans le monde des organismes assureurs et de la technologie de la communication, s'efforce d'acquérir une position de monopole dans le domaine de l'échange des données concernant les soins de santé.

Le processus de décision est tout sauf démocratique et les experts du terrain concernés ne sont pas associés au développement des concepts.

Ceci a un effet contre-productif car, même si les médecins sont convaincus des possibilités d'application positives de l'utilisation de la télémédecine dans les soins de santé, ils ne feront pas confiance à un système

créé au-dessus d'eux, sans la moindre concertation, en provenance d'un seul groupe politique, et n'offrant que des pseudo-garanties quant à la protection du secret médical.

Enfin, on observe en cette matière un manque criant de concertation entre les autorités flamandes et les autorités fédérales. Les patients et les médecins flamands ne souhaitent pas être les victimes des réglementations contradictoires entre le Décret flamand relatif au système d'information santé et le système fédéral de BeHealth.

9. Indemnisation des dommages médicaux – Le système “no fault”

La loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé a été approuvée par le Sénat le 26 avril 2007 et sera publiée prochainement au Moniteur belge. Comme c'est le cas avec les lois-programmes et les lois portant des dispositions diverses, ce projet de loi a été examiné à trop grande allure par la Chambre et le Sénat.

Le GBS entend attirer l'attention sur le déséquilibre créé entre cette loi et la loi SSI⁴. Dans le cadre de la loi SSI, le dispensateur de soins est tenu de dispenser les soins en tenant compte des moyens disponibles. Dans le cadre du système “no fault”, on garantit des soins tenant compte des dernières avancées de la science. Il y a là clairement un inquiétant décalage qui risque de s'aggraver. Les médecins sont censés dispenser une médecine de qualité prenant en compte les dernières avancées de la science mais, dans la pratique, le remboursement des nouvelles techniques médicales se fait attendre pendant des années, principalement à cause de restrictions budgétaires.

La loi prévoit également l'indemnisation des dommages résultant d'infections nosocomiales qui sont évitables en grande partie. Il n'a toutefois pas été suffisamment tenu compte des conséquences financières incalculables pour la viabilité du système. Il y a un réel risque que les établissements de soins refusent des patients si aucune garantie sûre n'est donnée par les autorités pour un financement suffisant.

* * *

Nous vous saurions gré de bien vouloir nous faire connaître la position de votre parti concernant les points développés ci-avant.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Dr M. MOENS,
Secrétaire général

Dr J.L. DEMEERE,
Président

NOMENCLATURE ART. 25 (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés) en vigueur à partir du 1.7.2007

19 MARS 2007. - Arrêté royal modifiant l'article 25, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 14.5.2007)

Article 1er. A l'article 25, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° le titre « Section 12. - Surveillance des bénéficiaires hospitalisés. » est remplacé comme suit :

« Section 12. - Surveillance, examen, et permanence pour les bénéficiaires admis à l'hôpital, et prestations délivrées dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés. »

2° il est inséré un § 3bis rédigé comme suit :

« § 3bis. Honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés :

590516-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence ou pour le

⁴ Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 38

590531-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence ou pour le médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 38

590553-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité spécialiste en médecine d'urgence ou pour le médecin accrédité spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 38 + Q 30

590575-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité spécialiste en médecine d'urgence ou pour le médecin accrédité spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 38 + Q 30

590634-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste en médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 29

590656-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin spécialiste en médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 29

590671-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité spécialiste en médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 29 + Q 30

590693-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité spécialiste en médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 29 + Q 30

590752-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin porteur du brevet de médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 22

590774-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin porteur du brevet de médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 22

590796-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, sans lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité porteur du brevet de médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 22 + Q 30

590811-

Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, avec lettre d'envoi d'un médecin généraliste, pour le médecin accrédité porteur du brevet de médecine aiguë qui y assure la permanence, avec rapport écrit A 22 + Q 30

590870-

Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin spécialiste, autre que ceux mentionnés sous les numéros de code 590892 et 590914, appelé par le médecin qui y assure la permanence C 8

590892-

Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin spécialiste en médecine interne, ou en cardiologie, ou en gastro-entérologie, ou en pneumologie, ou en rhumatologie, ou en pédiatrie, appelé par le médecin qui y assure la permanence . C 16

590914-

Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, ou en psychiatrie, ou en neuropsychiatrie, appelé par le médecin qui y assure la permanence C 20

590951-

Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin accrédité spécialiste, autre que ceux mentionnés sous les numéros de code 590973 et 590995, appelé par le médecin qui y assure la permanence C 8 + Q 30

590973-

Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin accrédité spécialiste en médecine interne, ou en cardiologie, ou en gastro-entérologie, ou en pneumologie, ou en rhumatologie, ou en pédiatrie, appelé par le médecin qui y assure la permanence C 16 + Q 30

590995-

Honoraires pour l'examen dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, effectué par un médecin accrédité spécialiste en neurologie, ou en psychiatrie, ou en neuropsychiatrie, appelé par le médecin qui y assure la permanence C 20 + Q 30

590833-

Supplément d'honoraires pour une des prestations de la série 590516, 590531, 590553, 590575, 590634, 590656, 590671, 590693, 590752, 590774, 590796 ou 590811 lorsque la prestation est effectuée entre 21 heures et 8 heures, ou les samedi, dimanche et jour férié entre 8 heures et 21 heures C 4

590855-

Supplément d'honoraires pour une des prestations 590870, 590892, 590914, 590951, 590973 et 590995 lorsque la prestation est effectuée entre 21 heures et 8 heures ou les samedi, dimanche et jour férié entre 8 heures et 21 heures C 4

Les prestations 590516, 590531, 590553, 590575, 590634, 590656, 590671, 590693, 590752, 590774, 590796 ou 590811 et 590870, 590892, 590914, 590951, 590973 et 590995 ne peuvent être portées en compte qu'aux conditions suivantes :

1° Les prestations de la série des numéros de code 590516, 590531, 590553, 590575, 590634, 590656, 590671, 590693, 590752, 590774, 590796 et 590811 sont spécifiques pour les prises en charges urgentes dans les locaux d'une fonction de soins urgents spécialisés.

Une seule de ces prestations peut être portée en compte par prise en charge, dans un même hôpital, quelque soit le nombre ou la qualification des médecins qui y assurent la permanence et qui y participent à l'accueil du même patient.

2° Les prestations de la série des numéros de code 590516, 590531, 590553, 590575, 590634, 590656, 590671, 590693, 590752, 590774, 590796 ou 590811 et 590870, 590892, 590914, 590951, 590973 et 590995 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations de l'article 2, ni par le médecin de permanence ni par un médecin spécialiste appelé.

Les prestations 590870, 590892, 590914, 590951, 590973 et 590995 du médecin spécialiste appelé par le médecin de permanence sont cumulables avec une seule des prestations de la série de codes 590516, 590531, 590553, 590575, 590634, 590656, 590671, 590693, 590752, 590774, 590796 ou 590811.

3° Les honoraires de surveillance de l'article 25, § 1er, peuvent être cumulés avec une seule des prestations 590516, 590531, 590553, 590575, 590634, 590656, 590671, 590693, 590752, 590774, 590796 ou 590811, et 590870, 590892, 590914, 590951, 590973 et 590995.

4° Les prestations 590516, 590531, 590553, 590575, 590634, 590656, 590671, 590693, 590752, 590774, 590796 ou 590811 et 590870, 590892, 590914, 590951, 590973 et 590995 peuvent être portées en compte avant une admission hospitalière uniquement lorsqu'il est nécessaire que le patient ait des soins urgents et en outre que des indications médicales justifient le recours à l'utilisation d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés.

Ces prestations ne peuvent pas être portées en compte lorsqu'il s'agit d'utiliser la fonction reconnue de soins urgents spécialisés lors d'une admission hospitalière non-urgente et planifiée, ou pour une consultation non urgente afin d'éviter le temps d'attente.

5° Les honoraires pour le rapport écrit prévu dans le libellé des prestations 590516, 590531, 590553, 590575, 590634, 590656, 590671, 590693, 590752, 590774, 590796 ou 590811 sont compris dans les honoraires de prise en charge dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés.

Le rapport fait partie du dossier médical du patient. Selon le libellé de la prestation, le rapport est transmis au médecin généraliste traitant et/ou au médecin généraliste d'envoi.

6° Lorsque le patient est adressé via le service 100 ou le SMUR par appel du numéro unique 100 ou du SMUR, ce mode d'adressage doit être considéré comme un envoi et une des prestations 590531, 590575, 590656, 590693, 590774 ou 590811 peut être portée en compte.

7° Les prestations 590516, 590531, 590553 ou 590575 sont aussi accessibles aux médecins spécialistes et aux médecins spécialistes en formation qui bénéficient des dispositions transitoires prévues à l'article 13, §§ 2 et 3 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée et ce pour la durée de ces mesures transitoires. ».

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

NOMENCLATURE ART. 11 : Lavage d'un sinus par ponction (en vigueur à partir du 1.7.2007)

27 AVRIL 2007. - Arrêté royal modifiant les dispositions de l'article 11, § 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 16.5.2007)

Article 1er. A l'article 11, § 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], dans le libellé de la prestation 355935 - 355946, les mots « ou par la méthode de Proetz » sont supprimés et le mot « injonction » est remplacé par le mot « injection » dans le libellé en français.

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

NOMENCLATURE ART. 3, § 1^{er}, B. (Spirométrie) en vigueur à partir du 1.7.2007

21 AVRIL 2007. - Arrêté royal modifiant l'article 3, § 1^{er}, B., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 18.5.2007)

Article 1er. L'article 3, § 1^{er}, B., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], est complété par les prestations et règles d'application suivantes :

« 114133 -

Spirométrie avec protocole, la courbe débit/volume, la courbe temps/volume et la détermination d'au moins les paramètres suivants en valeur absolue et en pourcentage de la valeur prédite : CVF, VEMS et VEMS/CVF K 10

114155 -

Spirométrie avec détermination de la réversibilité de l'obstruction des voies aériennes, y compris le protocole, la courbe débit/volume, la courbe temps/volume et la détermination d'au moins les paramètres suivants en valeur absolue et en pourcentage de la valeur prédite : CVF, VEMS et VEMS/CVF K 19

Les prestations 114133 et 114155 ne peuvent être attestées qu'une fois par an sauf pour les patients atteints d'une affection pulmonaire obstructive avérée.

Les prestations 114133 et 114155 ne sont attestables que par le médecin généraliste agréé qui a suivi à cette fin la formation indispensable acceptée par le groupe de direction de l'accréditation d'au moins 10 heures.

Cette formation doit se baser sur les directives et les standards les plus récents en ce qui concerne la pathologie pulmonaire obstructive ainsi que pour l'exécution et l'interprétation de la spirométrie.

Elle doit contenir aussi bien une partie pratique que théorique. Le médecin généraliste conserve la preuve qu'il a suivi cette formation lors de l'attestation des prestations 114133 et 114155.

La preuve de formation est d'application pendant 5 ans à partir de la date d'entrée en vigueur de cet arrêté. »

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

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Article 28, § 8 (bandagistes : aides à la mobilité) : A.R. du 26.04.2007 (M.B. du 15.05.2007 – p. 26379)

Article 35bis (chirurgie abdominale et pathologie digestive) : Erratum A.R. du 12.01.2005 (M.B. du 27.04.2007 – p. 22533)

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

DÉFIBRILLATEUR EXTERNE AUTOMATIQUE UTILISÉ DANS LE CADRE D'UNE RÉANIMATION

21 AVRIL 2007. - Arrêté royal fixant les normes de sécurité et les autres normes applicables au défibrillateur externe automatique utilisé dans le cadre d'une réanimation (M.B. du 18.5.2007)

CHAPITRE I^{er}. - Dispositions générales

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1° « défibrillateur externe automatique » : un appareil permettant d'administrer un choc électrique sur analyse, que ce soit ou non en devant appuyer au préalable sur un bouton, et répondant aux exigences énoncées dans l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux;

2° « DEA de catégorie 1 » : un défibrillateur externe automatique ne permettant pas de passer en mode manuel ni, dès lors, d'administrer un choc électrique de manière autonome, et qui ne dispose pas d'un écran permettant de suivre le rythme cardiaque;

3° « DEA de catégorie 2 » : un défibrillateur externe automatique qui permet de passer en mode manuel et, dès lors, d'administrer un choc électrique de manière autonome ou qui dispose d'un écran permettant de suivre le rythme cardiaque;

4° « mettre à disposition » : proposer gratuitement un défibrillateur externe automatique destiné à être utilisé en cas d'arrêt cardiaque;

5° « en permanence » : de manière prolongée et durable;

6° « lieu public » : tout lieu, y compris les magasins, écoles, bâtiments et sites d'entreprise, gares, aéroports, salles de cinéma et terrains de sport, où des personnes se rassemblent et où des événements sont susceptibles d'être organisés;

7° « utilisateur professionnel » : toute personne qui utilise un défibrillateur externe automatique et fait partie des catégories suivantes :

a) les infirmiers et infirmières visés à l'article 21quater de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé;

b) les secouristes-ambulanciers porteurs du brevet visé à l'article 12 de l'arrêté royal du 13 février 1998 relatif aux centres de formation et de perfectionnement des secouristes-ambulanciers et de l'insigne distinctif visé à l'article 24 du même arrêté;

8° « utilisateur non professionnel » : toute personne qui utilise un défibrillateur externe automatique et qui n'est pas un utilisateur professionnel;

9° « patient » : la personne présentant les symptômes d'un arrêt cardiaque et à laquelle l'utilisateur professionnel ou non-professionnel décide d'administrer une défibrillation à l'aide d'un défibrillateur externe automatique;

10° « ambulance AMU » : un véhicule visé à l'article 7 de l'arrêté royal du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié et qui intervient uniquement dans le cadre de l'aide médicale urgente;

11° « autre ambulance » : une ambulance qui ne répond pas à la définition d'ambulance AMU.

Art. 2. Cet arrêté ne s'applique pas à :

1° l'utilisation d'un défibrillateur automatique externe par des personnes autorisées à pratiquer la médecine comme spécifié par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, et

2° l'utilisation d'un défibrillateur manuel externe par un infirmier, dans le cadre d'une réanimation cardiopulmonaire avec moyens techniques, comme mentionnée dans l'annexe I de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

CHAPITRE II. - *Utilisation*

Art. 3. Un DEA de catégorie 1 peut être utilisé par des utilisateurs tant professionnels que non professionnels selon les modalités décrites ci-dessous :

1° Avant de prendre la décision d'utiliser un DEA de catégorie 1, l'utilisateur concerné s'assure de l'état du patient;

2° l'utilisateur concerné ne procède à la défibrillation que si le patient est inconscient et ne respire pas normalement;

3° à chaque utilisation, le centre d'appel unifié de l'aide médicale urgente doit être averti dans les délais les plus brefs.

Art. 4. Un DEA de catégorie 2 ne peut être utilisé que par des utilisateurs professionnels et exclusivement en mode automatique.

Lors de l'utilisation les points 1° et 2° mentionnés à l'article 3 sont d'application.

CHAPITRE III. - *Mise à disposition et étiquetage*

Art. 5. Un défibrillateur externe automatique ne peut être mis à disposition en permanence dans un lieu public que si les conditions suivantes sont remplies :

1° Le propriétaire du DEA transmet préalablement à la direction générale des Soins de Santé primaires et Gestion de Crise un formulaire établi conformément au modèle qui figure à l'annexe 1^{re} du présent arrêté et dont toutes les rubriques auront été dûment complétées;

2° le DEA est placé dans une armoire scellée permettant de ranger non seulement l'appareil mais également sa batterie ainsi que les électrodes conformément aux instructions d'entreposage fournies par le fabricant;

3° le pictogramme figurant à l'annexe 2 est apposé sur le devant de l'armoire, à un endroit bien visible;

4° l'armoire contient un mémento de format A4 comme fourni par la direction générale des Soins de Santé primaires et Gestion de Crise, minimalement rédigé dans la langue ou dans les langues de la région linguistique où le défibrillateur est mis à disposition en permanence;

5° les informations suivantes figurent en outre sur l'armoire :

a) le nom et l'adresse du propriétaire;

b) le numéro de téléphone, le courriel et éventuellement le numéro de télécopieur où le propriétaire peut être joint;

c) la mention « seulement à utiliser si la personne est inconsciente et ne respire pas normalement »;

d) la mention « veuillez avertir systématiquement le centre de secours d'aide médicale urgente via le numéro 100 ou 112 en cas d'utilisation d'un DEA »;

6° si le DEA se trouve dans une sacoche, le même pictogramme et les mêmes mentions que ceux figurant sur l'armoire sont reproduits sur cette sacoche;

7° les réglages du DEA répondent aux European Resuscitation Council Guidelines, comme publiés dans Resuscitation (2005), 67S1, S7-S23, octobre 2005.

La direction générale des Soins de Santé primaires et Gestion de Crise décerne un numéro d'enregistrement dans un délai d'un mois après la réception du formulaire mentionné au premier alinéa, 1°.

Art. 6. Un défibrillateur externe automatique de catégorie 1 peut être mis à disposition en permanence dans des véhicules de catégorie M2 ou M3 selon les définitions de l'arrêté royal du 15 mars 1968 portant règlement général sur les conditions techniques auxquelles doivent répondre les véhicules automobiles et leurs remorques, leurs éléments ainsi que les accessoires de sécurité, pour autant que les conditions énoncées à l'article 5, premier alinéa, 1°, 6° et 7°, soient remplies. Le mémento visé à l'article 5, premier alinéa, 4°, doit être joint au DEA.

Un défibrillateur externe automatique de catégorie 1 peut être mis à disposition en permanence dans les trains, pour autant que toutes les conditions énoncées à l'article 5 soient remplies.

Un défibrillateur externe automatique de catégorie 1 ou de catégorie 2 peut être mis à disposition en permanence dans les ambulances AMU, pour autant que les conditions énoncées à l'article 5, premier alinéa, 1°, 6° et 7°, soient remplies.

Un défibrillateur externe automatique de catégorie 1 peut être mis à disposition en permanence dans les autres ambulances, pour autant que les conditions énoncées à l'article 5, premier alinéa, 1°, 6° et 7°, soient remplies.

Art. 7. Le propriétaire d'un défibrillateur externe automatique qui a transmis un formulaire conformément à l'article 5, premier alinéa, 2°, informe la direction générale des Soins de Santé primaires et Gestion de Crise de toute modification des données dans un délai d'un mois.

CHAPITRE IV. - Normes de sécurité et de salubrité

Art. 8. Le propriétaire d'un défibrillateur externe automatique qui met celui-ci en permanence à disposition conformément aux articles 5 et 6 vérifie chaque mois l'état de son défibrillateur automatique et, en particulier, les éventuels messages d'alerte concernant la batterie de l'appareil ainsi que la présence d'une paire d'électrodes intacte.

Le propriétaire d'un défibrillateur externe automatique documente par le biais d'un registre l'exécution du contrôle susmentionné et éventuellement du contrôle demandé par le fabricant de l'appareil.

Art. 9. Le propriétaire d'un défibrillateur externe automatique qui met celui-ci à disposition en permanence conformément aux articles 5 et 6 contrôle, après chaque utilisation de son défibrillateur externe automatique, l'état de la batterie et la disponibilité d'une paire d'électrodes intacte.

CHAPITRE V. - Enregistrement

Art. 10. Lorsque le médecin traitant du patient ayant fait l'objet d'une défibrillation à l'aide du défibrillateur externe automatique en fait la demande, le propriétaire d'un défibrillateur automatique lui transmet les informations que l'appareil a enregistrées lors de cette défibrillation.

Art. 11. Le propriétaire d'un défibrillateur externe automatique qui met celui-ci en permanence à disposition conformément aux articles 5 et 6, transmet chaque année l'ensemble des données enregistrées au cours de l'année écoulée par son défibrillateur externe automatique à la direction générale des Soins de Santé primaires et Gestion de Crise.

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement fixe les modalités selon lesquelles les informations visées à l'alinéa précédent sont transmises.

CHAPITRE VI. - Contrôle

Art. 12. Les infractions aux dispositions du présent arrêté sont recherchées, constatées, poursuivies et réprimées conformément aux dispositions de la loi du 9 février 1994 relative à la sécurité des produits et des services.

Art. 13. Les inspecteurs d'hygiène mentionnés dans l'article 10bis de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente et les inspecteurs d'hygiène du SPF Santé Publique mentionnés dans l'article 5 de la loi du 12 juin 2006 autorisant l'utilisation des défibrillateurs automatiques « externes » sont désignés pour contrôler l'exécution des dispositions du présent arrêté.

CHAPITRE VII. - Dispositions finales

Art. 14. En abrogation de l'article 5, premier alinéa, 7° des DEA qui ne répondent pas aux directives mentionnées là, mais qui répondent aux European Resuscitation Council Guidelines 2000, Resuscitation (2001), 48, p. 199-205, peuvent être mis à disposition en permanence dans un lieu public jusqu'au 31 décembre 2008.

Art. 15. L'article 5, premier alinéa, 4° entre en vigueur le premier jour du troisième mois qui suit celui au cours duquel le présent arrêté aura été publié au Moniteur belge.

Les deux annexes peuvent être obtenues sur simple demande au Secrétariat.

CARE FOR PEOPLE AWARD "FOUNDATION ASTRAZENECA" - 2007 CANCER DU SEIN

Règlement

Art. 1. A l'initiative de la "Foundation AstraZeneca", le Fonds de la Recherche Scientifique - FNRS décerne en 2007 un **Care for People Award "Foundation AstraZeneca" Cancer du sein** d'un montant de **25.000 EUR**.

Art. 2. Le travail présenté doit être le résultat d'une étude originale, clinique ou expérimentale, portant sur les progrès dans le domaine de la thérapie ou de la prévention du cancer du sein.

[...]

Art. 10. Les candidatures doivent être adressées, au moyen du formulaire ad hoc et sous pli confidentiel, à la Secrétaire générale du F.R.S.-FNRS, rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles, **pour le 1er septembre 2007**. **Les règlement et formulaire sont disponibles sur le site www.frs-fnrs.be**. [...]

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

05150* **MARCHE:** L'IFAC (hôpitaux de Marche et Bastogne) recherche pour son site de Marche des médecins pour **ASSISTANCES OPERATOIRES ET PERMANENCES AU BLOC OPERATOIRE** (chirurgie viscérale, vasculaire et thoracique). Envoyer candidature au Dr Olivier DOCKX tél. 084/219052, au Dr Vlad ALEXANDRESCU tél. 084/219076 ou au Dr Christian NGONGANG tél. 084/219090 - IFAC, Rue du Vivier, 21 à 6900 Marche-en-Famenne.

- 07022 **CHIRURGIEN VEND** instruments et livres de chirurgie. Prix intéressants. Tél. 04/252.67.13 – Fax 04/252.10.14.
- 07027 **FRANCE** : Cause retraite proche, cède T.B. clientèle de neurologie et de neuro-psychiatrie, Côte d'Azur, proche Nice (ville de CHU) : activité de consultations, de visites en cliniques et d'explorations fonctionnelles neurologiques (EEG, EMG, bilans neuro-psychologiques, expertises). Important plateau technique (scanner, IRM, scintigraphie) à proximité immédiate. Situation géographique, conditions de travail et recrutement très attractifs. Contact : soubielleph@wanadoo.fr ou tél. : 00.33.6 10 90 10 85.
- 07032 **BRUXELLES** : Centre médical privé cherche **NEUROLOGUE**. Prière de tél. au 02/267.97.78. Contact : Mme Florence LOPEZ
- 07033 **CHAUMONT-GISTOUX** : Cherche **MEDECINS SPECIALISTES** et paramédicaux pour nouveau centre médical de Chaumont-Gistoux. Location cabinets à la demi-journée. Tél. : 0478/28.01.88 ou 0473/71.85.63.
- 07044 **BRUXELLES** : Le laboratoire Cebiodi (Ste Anne-St Rémi, St Etienne, St Jean) recherche un médecin **SPECIALISTE EN BIOLOGIE CLINIQUE** (orientation hématologie-biochimie). Les candidatures sont à envoyer avant le 30.09.2007 au Dr Moncourrier Pascale, directeur, bld du Jardin Botanique 32 à 1000 Bruxelles.
- 07045 **LIEGE ROCOURT** : **A VENDRE** : très belle et spacieuse demeure, beau parc 3.230 m². Immeuble polyvalent convenant pour habitation & profession libérale (2 entrées ind. + parkings). Suite de belles réceptions (marbre, parquets chêne) terrasse sud, 6 ch. 800 m² habitable. Au N-O : plusieurs bureaux spacieux. T.B. état. Tél. : 04/263.37.69 & 0478/42.14.52. Annonce www.immoweb.be : 971.757; www.vlanimmo.be : IN933673
- 07046 **BRUXELLES – URGENT** – cabinet privé d'imagerie médicale cherche **TECNOLOGUE** temps plein si possible. Dr D. Bersou 02/468.20.17.
- 07047 **NIVELLES** : Cab. privé radiologie ch. **RADIOLOGUE** (M/F) activité principale échographique temps partiel hor. à conv. Dr Lousse 067/21.40.93, en soirée 067/21.02.17.
- 07048 **HAINES-SAINTE-PAUL** : Les laboratoires des Centres Hospitaliers de Jolimont-Lobbes recherchent un(e) **MÉDECIN/PHARMACIEN BIOLOGISTE** temps plein pour assurer le remplacement d'une biologiste en fin de carrière. Le poste sera ouvert à partir du 1^{er} août 2007. Nous cherchons un(e) collaborateur/trice désireux de s'insérer dans une équipe de huit biologistes et ayant le désir de s'investir dans le développement d'un laboratoire important comportant quatre sites d'activité. Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter le Dr L. Boon-Falleur, chef de service, au 064/23.40.88 ou par mail à l'adresse boon.labo.jolimont@skynet.be. Veuillez adresser votre candidature (curriculum vitae et lettre de motivation) au : Centre Hospitalier Jolimont-Lobbes, à l'attention de M. Pascal Graux, Directeur Général, rue Ferrer, n° 159, 7100 Haine-Saint-Paul – Tél. 064/23.40.08 - E-mail : chjlijolimont@skynet.be
- 07049 **FRANCE (ARDÈCHE)** : Dans le cadre de son projet d'établissement, le CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE DE PRIVAS, établissement privé assurant le service public hospitalier sur l'ensemble du département de l'Ardèche (psychiatrie adulte et infanto-juvénile), recrute pour l'ensemble de ses secteurs et de ses services à vocation intersectorielle : réhabilitation psycho-sociale, géro-psycho-geriatrie, alcoologie, des **PSYCHIATRES TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL**. Possibilité de chefferies de service. Ces postes sont à pourvoir soit dans le cadre de la convention collective du 31 octobre 1951 (FEHAP), soit par voie de détachement de praticiens hospitaliers. Nombreux avantages sociaux : mutuelle et prévoyance, retraite complémentaire, possibilité de logement et frais de déménagement pris en charge. Renseignements concernant les fonctions auprès du Directeur (00.33.4.75.20.15.10), ou du Docteur Giraud, président de CME (00.33.4.75.20.14.62). Les médecins intéressés peuvent faire acte de candidature par lettre avec CV à M. le Directeur, Centre Hospitalier Sainte-Marie 19, cours du temple, BP 241 07002 Privas cedex.
- 07050 **FRANCE** : Important cabinet de stomatologie 3 associés (chirurgie buccale et maxillo-faciale, orthodontie) cherche un **STOMATOLOGISTE** pour succéder à un des praticiens. Cabinet situé en France, à 45 mn de Toulouse, avec activité en clinique privée et à l'hôpital public. Chiffre d'affaire assuré (350 KE). Qualité de vie enviable. Conditions financières intéressantes. Contact : Dr Jean Pierre Massol au 00.33.6.14.48.81.25 ou par e-mail à jpmassol@free.fr
- 07051 **RIXENSART (BRABANT WALLON)** : **A LOUER** dans centre de consultations idéalement situé, rdc, 2 cabinets spacieux, pour médecins spécialistes (rhumatologie, orthopédie, médecine du sport, médecine physique, pneumologie, ...) et paramédicaux. Locations à la demi-journée. Pour renseignements et conditions : 010/61.61.38 le soir après 20 h.

Table des matières

• Mémemorandum (15 mai 2007)	1
• Nomenclature art. 25 (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés) en vigueur à partir du 1.7.2007	5
• Nomenclature art. 11 : Lavage d'un sinus par ponction (en vigueur à partir du 1.7.2007)	8
• Nomenclature art. 3, § 1er, B. (Spirométrie) (en vigueur à partir du 1.7.2007)	8
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	9
• Défibrillateur externe automatique utilisé dans le cadre d'une réanimation	9
• Care for People Award "Foundation AstraZeneca" – 2007 – Cancer du sein : Règlement	11
• Annonces	11