
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° 4 / JUILLET 2006

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

ACADÉMIE BELGE DE PÉDIATRIE LETTRE AU MINISTRE RUDY DEMOTTE (01/06/06)

Monsieur le Ministre,

Une délégation mandatée de l'Académie Belge de Pédiatrie qui représente l'ensemble des Pédiatres belges a rencontré ce 30 mai 2006 en votre cabinet Madame Husden et Monsieur Vermeyen. Nous avons fait part de notre analyse du projet d'Arrêté Royal sur le programme de soins pédiatrique ; vous recevrez cette analyse détaillée dans les prochains jours sous pli séparé. A cette entrevue, nous avons exprimé la perte de confiance du monde pédiatrique à l'égard de votre ministère et l'intensité de son profond mécontentement. Nous ne pouvons plus accepter les atermoiements, les promesses non tenues et la série de propositions délétères que vous faites alors que la situation des services de pédiatrie est de plus en plus critique et que nous avons annoncé cela depuis bien longtemps.

En ce qui concerne le projet d'AR sur le programme de soins, vous nous aviez invité en 2004 à participer à son élaboration. Le Professeur Kips avait montré son accord pour modifier le texte en tenant compte de nos critiques. Depuis lors, nous n'avons plus été informés de la suite du dossier et la dernière mouture du projet nous a été fournie par les gestionnaires hospitaliers. Il n'y a pas eu de dialogue mais une manipulation. Nous cherchons avec difficulté à attirer plus de pédiatres dans les hôpitaux malgré le sous-financement et l'insuffisance de candidats ; comme réponse, vous augmentez les charges administratives, la responsabilité médico-légale et les obligations de présence. Il faut prioritairement accorder des stimulants financiers et améliorer les conditions de travail sinon les plus belles lois seront inapplicables.

Nous réclamons un engagement précis sur une revalorisation rapide de notre activité. Une augmentation de 100% des honoraires de surveillance des 5 premiers jours en service E a été jugée indispensable pour pouvoir financer un pédiatre supplémentaire par service. Cette demande à été prise en compte par la medicomut et une augmentation de 25% a été accordée et inscrite dans l'accord pour 2006. Nous avons attendu en vain la mise en vigueur en février. La publication a eu lieu avec 3 mois de retard et rétroactivité a été accordée aux gériatres et non aux pédiatres. Il s'agit d'une discrimination intolérable qui, compte tenu du pic d'activité hivernale, nous fait perdre près de la moitié du budget promis en 2006.

Nous réclamons la récupération de ces budgets qui nous ont été confisqués et l'attribution sans délai des 75% restants.

La suppression des suppléments d'honoraires pour les enfants accompagnés séjournant en chambre seule pour des raisons non médicales a été ressentie comme un coup de poignard dans le dos. Il s'agit en effet d'une nouvelle discrimination au dépend des médecins les moins bien

rémunérés. Les suppléments peuvent représenter jusqu'à 30% des honoraires dans certains services. Nous défendons sans restriction la possibilité que tout parent ait la possibilité de séjourner auprès de son enfant hospitalisé, quel que soit le type de chambre. Mais si certains parents, qui ont souscrit quasi systématiquement une assurance hospitalisation, choisissent une chambre particulière pour leur confort, il n'y a aucune raison que le médecin hospitalier responsable soit moins bien traité parce qu'il soigne un enfant.

La pédiatrie est traitée de façon injuste et discriminatoire et un sentiment de révolte a gagné les pédiatres hospitaliers. Nous ne pouvons plus poursuivre un dialogue constructif si les conditions actuelles ne sont pas modifiées de manière drastique. Nous sommes déterminés à entamer les actions nécessaires à défendre la médecine de l'enfant. L'Académie belge de Pédiatrie a donc décidé d'une première action de grève en date du 16 juin 2006.

Bien prendre en charge les enfants et leurs familles (tant sur la plan physique que psychologique), par des équipes compétentes (donc motivées, staffées en nombre et bien formées), ne peut que réduire le risque de pathologie chez l'adulte (asthme, obésité, trouble d'apprentissage, éducation sanitaire, prévention, ...). En investissant la médecine de l'enfance on peut économiser sur la médecine adulte sans risque de réduire la qualité de celle-ci. C'est aussi faire preuve de clairvoyance et de prévision et non d'une démagogie sans perspective du bien public.

Nous sommes persuadés, Monsieur le Ministre, que vous serez sensible à notre argumentation et y donnerez une suite favorable dans les plus brefs délais. Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de toute notre considération.

Dr A.BARILLARI
Président de l'Académie

Dr. Y. LOUIS
BVAS – ABSyM

Dr. M. PLETINCX
GBS - VBS

Dr. PH. ALLIET
VVK

Dr. M. ALEXANDER
GBPS

Prof. P. CASAER
Vereniging Universitaire
Diensthoofden Pediatie

Dr. D. MATTHYS
BVK - SBP

NOUVEAUX TARIFS POUR LA PEDOPSYCHIATRIE ET LA BIOLOGIE CLINIQUE

Les nouveaux tarifs applicables à partir du 1.7.2006 sont disponibles sur www.gbs-vbs.org. Ils peuvent également être obtenus sur simple demande par téléphone au 02/649.21.47

NOMENCLATURE : PEDOPSYCHIATRIE

10 JUIN 2006. - Arrêté royal modifiant les dispositions des articles 2 et 25, §§ 1er et 2, d), 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 19.6.2006)

Article 1er. A l'article 2 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 I est complété par la prestation suivante :

« 109675

Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt)

l'éducation et l'encadrement quotidien et dont le(s) nom(s) est (sont) mentionné(s) dans le rapport écrit, par séance de psychothérapie N40 + Q90 »

2°. l'article 2 est complété par la rubrique suivante :

« K. - Psychiatrie infanto-juvénile

109410

Evaluation psychiatrique approfondie et individuelle, d'une durée minimum de 120 minutes, d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport, par séance, N 85 + Q 90

La prestation 109410 suppose, par séance, un contact personnel d'au moins 60 minutes avec l'enfant ou l'adolescent, - en la présence ou sans la présence du (des) responsable(s) de son éducation et de sa garde. La prestation peut de surcroît aussi être utilisée pour les contacts éventuels pour l'hétéro- anamnèse de tiers et pour la délivrance d'instructions aux tiers (médecin généraliste, institutions scolaires, centre d'accueil,....).

La prestation 109410 couvre, outre l'examen approfondi de l'enfant ou de l'adolescent de moins de 18 ans, l'établissement d'un plan de traitement détaillé, et un/ou plusieurs entretiens d'avis avec le(s) responsable(s) de l'éducation et de la garde. La prestation ne peut être portée en compte qu'au maximum cinq fois par évaluation complète. La répétition éventuelle de cette évaluation de psychiatrie "infanto-juvénile" exige une nouvelle prescription du médecin traitant.

Les honoraires pour la prestation 109410 ne peuvent pas être cumulés le même jour, avec les honoraires pour des prestations techniques effectuées par le même médecin spécialiste en psychiatrie, ni avec les honoraires pour d'autres prestations de l'article 2. »

Art. 2. A l'article 25, [...], § 1, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1. au § 1, il est inséré après la rubrique « Psychiatrie de liaison » la rubrique suivante :

« Psychiatrie de liaison infanto-juvénile

- 596562

Honoraires pour le premier examen effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, avec évaluation et rédaction du dossier de liaison central, pour un bénéficiaire admis en service de pédiatrie E/ 230, sur prescription du médecin spécialiste en pédiatrie, qui exerce la surveillance C72

- 596584

Honoraires pour l'examen suivant, le traitement et le suivi, effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour un bénéficiaire admis en service de pédiatrie E/230, sur demande du médecin spécialiste en pédiatrie, qui exerce la surveillance C56"

2. au § 2 d) , les dispositions de l'alinéa 2 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les prestations 599443, 599465, 596562 et 596584 sont cumulables avec les honoraires de surveillance, mais ne sont pas cumulables entre-elles. Par jour, une seule des prestations 599443, 599465, 596562 et 596584 peut être portée en compte.

La prestation 596584 peut être portée en compte au maximum 6 fois au cours de la première semaine qui suit la date d'exécution de la prestation 596562 par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité.

La prestation 596584 ne peut être portée en compte au cours de la deuxième semaine et des semaines suivantes de l'admission hospitalière en service de pédiatrie E/230, qu'au maximum trois fois par semaine après l'exécution de la prestation 596562.

Les prestations 596562 et 596584 ne sont pas cumulables avec des prestations techniques exécutées par le médecin spécialiste en psychiatrie au cours d'une même journée.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit la date de publication.

LE PUZZLE DE L'ONCOLOGIE

A l'article 7 de l'A.M. du 29 mai 2006 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité (M.B. du 14.06.2006), il y a une grosse anguille sous roche. L'A.M. du 11 mars 2003 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en oncologie, est en effet abrogé en vertu de cet article 7.

Cela signifie que le titre professionnel particulier "et en oncologie" de l'article 2 de l'A.R. du 25 novembre 1991 (c'est-à-dire l'arrêté royal de base établissant la liste des titres professionnels médicaux reconnus avec, dans son article 1, les titres de base et, dans son article 2, les titres professionnels complémentaires) n'a plus d'existence. La raison pour laquelle l'article 2 de l'A.R. du 24 mai 2006 modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers supprime uniquement les mots "et en oncologie médicale" et maintient les termes "et en oncologie" est une énigme. Conformément à l'article 7 de l'A.M. du 29 mai 2006, on aurait en fait également pu supprimer le titre professionnel particulier "et en oncologie".

Les conséquences pour le programme de soins en oncologie (A.R. du 21.03.2003) sont considérables. Le programme de soins en oncologie ne pourra-t-il plus être assuré que par les médecins ayant le titre professionnel de base d' "oncologue médical" visé à l'article 1 de l'A.R. du 25 novembre 1991? Si tel est le cas, la situation semble particulièrement mauvaise pour les patients belges atteints d'un cancer.

Voici un relevé chronologique des termes "et en oncologie" et "et en oncologie médicale" tels qu'ils sont apparus au Moniteur belge au cours de ces dernières années.

1. L'A.M. du 16 avril 1999 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs des titres professionnels particuliers suivants : oncologie, oncologie médicale crée les deux titres.
2. L'A.R. du 11 avril 1999 apporte une modification à l'A.R. du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire. Les termes "et en oncologie" et "et en oncologie médicale" (et "et en néonatalogie") sont insérés.
3. L'A.M. du 16 avril 1999 est annulé par la décision du Conseil d'Etat du 2 octobre 2001 n° 99.381. Bien que les titres d'oncologie et d'oncologie médicale aient ainsi cessé d'exister, les deux termes "et en oncologie" et "et en oncologie médicale" sont maintenus à l'article 2 de l'A.R. du 25 novembre 1991.
4. L'A.M. du 11 mars 2003 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en oncologie a été publié au M.B. du 26.03.2003.
L'article 5 de cet A.M. prévoyait que le "Groupe de travail spécialistes" du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes proposerait des critères spécifiques et constituerait une commission d'agrément. Plusieurs centaines de spécialistes, issus de différentes disciplines, ont introduit avant la date limite du 06.04.2005, leur demande d'obtention du titre professionnel d'oncologie mais aucun dossier n'a été traité. Compte tenu du point 6 infra, il est probable que cela n'aura jamais lieu.
5. L'A.R. du 21 mars 2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés a été publié au M.B. du 25.04.2003.

6. L'A.R. du 24 mai 2006 modifiant 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 (M.B. du 14.06.2006) ajoute les mots "médecin spécialiste en oncologie médicale" à l'article 1 de l'A.R. du 25 novembre 1991. A l'article 2 du même A.R., les mots "et en oncologie médicale" sont supprimés.

Compte tenu de ce qui est indiqué au point 3, les dispositions de "et en oncologie" et "et en oncologie médicale" de l'article 2 de l'A.R. visé n'avaient plus d'existence puisque l'A.M. correspondant du 16.04.1999 a été supprimé.

Un arrêté portant sur les normes d'agrément en oncologie a été introduit le 11 mars 2003. L'article 2 de l'A.R. du 25 novembre 1991 ne doit pas être modifié dans la mesure où les termes "et en oncologie" se trouvent encore dans l'A.R. du 25 novembre 1991.

Cependant, les termes "et en oncologie médicale" sont maintenant supprimés après l'introduction de l'A.R du 24 mai 2006.

7. L'A.M. du 29 mai 2006 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité a été publié au M.B. du 14.6.2006. Très important : cet A.M. abroge, dans son dernier article (art. 7), l'A.M. du 11 mars 2003 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnels particuliers en oncologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en oncologie.

Conséquences :

1. Du fait de l'abrogation de l'A.M. du 11 mars 2003, le titre professionnel complémentaire de "et en oncologie" visé à l'article 2 de l'A.R. du 25 novembre 1991 n'a plus d'existence. Qu'advient-il de tous ces médecins spécialistes ayant demandé un titre professionnel particulier en oncologie? N'ont-ils plus d'existence?
2. D'un point de vue technico-juridique, l'A.M. du 29 mai 2006 abroge l'A.M. du 11.03.2003 mais le législateur ne modifie pas l'article 2 de l'A.R. du 25 novembre 1991 de sorte que les termes "et en oncologie" continuent à exister.
3. Le programme de soins en oncologie du 21 mars 2003 est totalement dépassé et n'est plus d'application en raison de l'abrogation de l'A.M. du 11 mars 2003. Aucun des titres professionnels énumérés à l'article 14 (encadrement médical) du programme de soins en oncologie n'existe encore : sous a) les médecins spécialistes en médecine interne porteurs du titre professionnel particulier en oncologie; sous c) les médecins spécialistes en chirurgie porteurs du titre professionnel particulier en oncologie et sous e) les médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie pour trois des quatre spécialisations suivantes : gastro-entérologie, pneumologie, gynécologie-obstétrique et urologie. Doivent-ils être remplacés par les oncologues médicaux qui bénéficieraient alors du droit de prescription exclusif pour tous les nouveaux médicaments contre le cancer très onéreux? Va-t-on peut-être supprimer les programmes de soins? D'aucuns prétendent que l'intention est de les remplacer par des cliniques du (cancer du) sein, des cliniques (du cancer) de l'intestin, des cliniques (du cancer) de la prostate, des cliniques (du cancer) du poumon, etc. Peut-être cela s'inscrit-il bien dans une médecine d'Etat d'inspiration collectiviste mais je ne pense pas que cela réponde à un besoin du citoyen belge.

Dr Marc Moens.

CRITERES SPECIAUX D'AGREATION EN ONCOLOGIE MEDICALE

29 MAI 2006. - Arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie médicale ainsi que des maîtres de stage et des services de stage pour cette spécialité (M.B. du 14.6.2006)

CHAPITRE 1er. - *Domaine de compétence*

Article 1er. Le médecin spécialiste en oncologie médicale est spécialement formé à effectuer la mise au point et le suivi médical du patient atteint de tumeurs solides, à établir le traitement systémique approprié, incluant la chimiothérapie et l'hormonothérapie anticancéreuses, les thérapeutiques biologiques et génétiques afin de le guérir, de le stabiliser ou d'assurer son traitement palliatif.

La mise au point efficiente ainsi que le suivi approprié du patient oncologique requièrent du médecin spécialiste en oncologie la connaissance de la physiopathologie des différents types de cancers et des technologies diagnostiques les plus adaptées.

L'application appropriée et efficiente des traitements systémiques requiert une connaissance des facteurs pronostiques et prédictifs de réponse à un traitement donné ainsi qu'une compréhension des interactions entre médicaments et autres thérapeutiques de telle manière qu'il puisse prévoir, gérer et maîtriser les effets bénéfiques et secondaires de ces agents potentiellement toxiques à court et long terme mais aussi de correctement informer le patient sur ceux-ci.

Il a de plus une formation générale en médecine interne hospitalière et collabore étroitement avec les médecins spécialistes d'autres spécialités et le médecin traitant, notamment lors de la concertation pluridisciplinaire visée par l'article 23 de l'arrêté royal du 21 mars 2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés.

CHAPITRE II. - *Critères d'agrément des médecins spécialistes en oncologie médicale*

Art. 2. § 1er. Le candidat doit satisfaire aux critères généraux de formation et de reconnaissance des médecins spécialistes.

§ 2. La durée de la formation est de six ans, dont trois années de formation de base en médecine interne et trois années de formation supérieure en oncologie médicale.

§ 3. Au cours de sa formation de base, le candidat-spécialiste doit se familiariser avec l'ensemble des aspects de la médecine interne dans un ou des services reconnus à cet effet.

§ 4. La formation supérieure du candidat-spécialiste consistera en trois années de stage dans un ou plusieurs services reconnus pour la formation en oncologie médicale. Si certains aspects directement liés à sa formation d'oncologue médical ne sont pas suffisamment développés dans un service donné, le candidat-spécialiste pourra, en accord avec son maître de stage, compléter sa formation à ce(s) sujet(s) par des stages de trois mois dans d'autres services spécialisés reconnus, sans que le total de ces stages ne puisse dépasser six mois.

§ 5. Au moins une fois durant sa formation, le candidat-spécialiste doit présenter une communication lors d'une réunion scientifique et publier un article consacré à un aspect clinique ou scientifique de l'oncologie médicale.

§ 6. Pendant sa formation supérieure il est formé à l'administration correcte de traitements systémiques du cancer et à la gestion de leurs risques.

Sa formation inclut également la compréhension de l'importance de l'aspect multidisciplinaire de la prise en charge et du traitement du patient oncologique et donc du rôle et des interactions à avoir avec les médecins spécialistes d'autres disciplines telles qu'entre autres, les pneumologues, les gastro-entérologues, les chirurgiens, les radiothérapeutes, les anatomopathologistes, les radiologues, les nucléaristes mais aussi avec les médecins généralistes et les paramédicaux tels que les psychologues et les diététiciens. Il sera également formé aux différents aspects des soins palliatifs et en particulier au contrôle de la douleur.

§ 7. Il développe une expertise et une compétence dans la conception et l'évaluation scientifique des essais cliniques en oncologie. Pour ce faire, il est effectivement impliqué pendant sa formation, dans l'élaboration des protocoles, dans leur mise en oeuvre, dans l'analyse et dans l'évaluation de ces essais cliniques.

Il reste informé des différentes études en cours afin de donner à ses patients l'opportunité d'y participer et de contribuer ainsi au développement de la science dans le domaine de l'oncologie.

§ 8. Les candidats peuvent parfaire leur formation dans des laboratoires de recherche médicale, afin d'accroître leurs connaissances fondamentales du cancer et de ses traitements.

§ 9. La formation à la gestion des données médicales, à l'enregistrement des cancers et à l'utilisation des données du registre du cancer fait partie de la formation du candidat-spécialiste.

CHAPITRE III. - *Critères d'agrément des maîtres de stage*

Art. 3. Le maître de stage doit satisfaire aux critères généraux d'agrément.

Le maître de stage doit pratiquer exclusivement dans les domaines qui sont en rapport étroit avec l'oncologie médicale, abstraction faite de sa participation à des rôles de garde. Il doit être reconnu comme spécialiste en oncologie médicale depuis au moins huit ans.

Par 1 000 admissions annuelles, hôpital de jour non compris, avec séjour hospitalier pour des pathologies solides malignes, le maître de stage peut offrir une possibilité de formation à un ou deux candidats-spécialistes en oncologie médicale.

Par 1 000 admissions annuelles de patients, hôpital de jour non compris, pour des pathologies solides malignes, le maître de stage, lui-même reconnu comme spécialiste en oncologie médicale, doit avoir au moins un collaborateur reconnu depuis minimum cinq ans comme spécialiste en oncologie médicale, travaillant à plein temps dans le service, ayant démontré sa valeur scientifique et impliqué dans la formation des candidats-spécialistes.

Le maître de stage fera en sorte que le candidat-spécialiste bénéficie d'une formation pluridisciplinaire dans le domaine de l'oncologie médicale, compte tenu des critères pour l'agrément des candidats-spécialistes repris au chapitre II, et leur permettra, si nécessaire, d'effectuer des stages à cet effet dans des services plus spécialisés, tels que la radiothérapie, l'hématologie clinique, l'anatomopathologie, la radiologie, la médecine nucléaire, la chirurgie et les soins supportifs

Le maître de stage fera en sorte que le candidat-spécialiste participe aux concertations multidisciplinaires d'oncologie et à des réunions de groupe avec les spécialistes d'autres disciplines.

CHAPITRE IV. - *Critères d'agrément des services de stage*

Art. 4. Le service doit répondre aux critères généraux d'agrément des services de stage et comprendre un minimum de trois oncologues médicaux à plein temps.

Pour être habilité à prodiguer une formation complète, le service doit être situé dans un hôpital général ou dans un hôpital spécialisé dans le traitement du cancer, agréé comme programme de soins en oncologie et dont les différents services et laboratoires sont dirigés par des médecins spécialistes. Il comporte un hôpital de jour et une policlinique pour patients oncologiques.

Le service de stage doit comporter minimum 30 lits réservés à (oncologie médicale et assurer sur base annuelle minimum 1 000 admissions en hospitalisation conventionnelle pour pathologies malignes,.

L'hôpital du service de stage doit être agréé comme programme de soins d'oncologie et tenir à jour une banque de données avec les diagnostics codés de manière appropriée, les traitements et le suivi. Un rapport complet sera conservé pour chaque traitement administré.

CHAPITRE V. - *Dispositions transitoires*

Art. 5. § 1er, Par dérogation à l'article 1er, peut être agréé comme spécialiste en oncologie médicale le médecin spécialiste en médecine interne, notoirement connu comme particulièrement compétent en oncologie médicale et qui apporte la preuve qu'il exerce exclusivement l'oncologie médicale depuis quatre années au moins après son agrément comme médecin spécialiste, avec un niveau de connaissance suffisant. Il en fait la demande dans les deux ans à partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

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

§ 2. Par dérogation à l'article 2, une période de stage maximale de deux ans en oncologie médicale dans un service agréé, suivie par un médecin qui effectue sa formation sous la réglementation belge, entamée avant l'entrée en vigueur du présent arrêté pourra être validée en tant que formation pour autant que la demande soit introduite dans un délai de six mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

§ 3. L'ancienneté du maître de stage et des collaborateurs visés à l'article 3 ne sera exigée respectivement qu'après huit et cinq ans à dater de l'entrée en vigueur du présent arrêté.

§ 4. Le médecin reconnu comme spécialiste en médecine interne qui obtient l'agrément en tant que spécialiste en oncologie médicale en application du présent article, voit son titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine interne remplacé par le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en oncologie médicale.

CHAPITRE VI. - *Condition pour le maintien de l'agrément*

Art. 6. Pour rester agréé comme spécialiste en oncologie médicale, le médecin doit pratiquer cette discipline dans un établissement hospitalier et participer au programme de soins en oncologie de cet établissement. Il doit consacrer au moins la moitié des heures de formation continue qui entrent en ligne de compte pour l'accréditation à des formations dans le domaine de l'oncologie médicale.

CHAPITRE VII. - *Disposition finale*

Art. 7. L'arrêté ministériel du 11 mars 2003 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnels particuliers en oncologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en oncologie, est abrogé.

LISTE DES TITRES PROFESSIONNELS PARTICULIERS : ONCOLOGIE MEDICALE

24 MAI 2006. - Arrêté royal modifiant 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 (M.B. du 14.6.2006)

Article 1er. A l'article 1er 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, [...], les mots « médecin spécialiste en oncologie médicale » sont ajoutés.

Art. 2. A l'article 2 du même arrêté, [...], les mots « et en oncologie médicale » sont supprimés.

CANCER DU SEIN : HERCEPTIN

2 JUIN 2006. - Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1er, 2°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le traitement adjuvant expérimental du cancer du sein au moyen de la spécialité pharmaceutique Herceptin (M.B. du 9.6.2006)

Article 1er. Dans les conditions mentionnées ci-après peut être conclue, entre le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et des centres spécialisés, une convention par laquelle l'assurance obligatoire soins de santé accorde une intervention pour financer le traitement adjuvant de bénéficiaires atteints d'un cancer du sein au moyen de la spécialité pharmaceutique Herceptin :

1° le cancer du sein qui est traité est invasif, non métastatique, et il présente une amplification du gène HER2 prouvée par un test de FISH positif;

2° le cancer traité présente soit un envahissement ganglionnaire, soit une tumeur de plus de 10 millimètres de diamètre;

3° la bénéficiaire a subi au moins 4 cycles de traitements chimiothérapeutiques adjuvants et/ou néo adjuvants conformes aux régimes de chimiothérapie reconnus comme standards ainsi qu'une radiothérapie adjuvante si nécessaire, maximum 6 mois auparavant;

4° la bénéficiaire ne présente pas une fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure à 55 % (démontré par MUGA scan ou échographie cardiaque) et/ou une contre-indication cardiaque.

Art. 2. L'intervention est due pour les traitements administrés à partir de la date d'enregistrement de cette indication jusqu'au 31 mai 2007 inclus, et elle est limitée à une enveloppe budgétaire annuelle de maximum 43.966.426 euros, selon l'imputation suivante :

2006 : 20.900.801 euros,

2007 : 23.065.625 euros.

Art. 3. Les conventions concernées comportent les éléments suivants :

1° Les critères médicaux tels que définis à l'article 1er, 1° à 4°, auxquels les bénéficiaires doivent satisfaire;

2° Le protocole du traitement thérapeutique et du suivi;

3° La condition à laquelle les centres doivent satisfaire est de pratiquer au moins 100 interventions chirurgicales par an suite à un premier diagnostic de cancer du sein (de tout stade).

La preuve en sera faite par la communication, pour 100 patientes atteintes de cancer du sein, de tout stade, nouvellement diagnostiquées et opérées dans le centre au cours d'une année (2004 ou 2005);

- du rapport de concertation pluridisciplinaire d'oncologie ou

- du protocole opératoire de l'intervention chirurgicale principale accompagné du protocole anatomo-pathologique.

Tous ces documents seront anonymisés avant leur communication;

4° L'obligation de justifier l'indication du traitement adjuvant par Herceptin pour un patient donné par une concertation oncologique pluridisciplinaire visée à l'article 12 de l'arrêté royal du 21 mars 2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés;

5° Le montant de l'intervention par traitement (flacons utilisés et frais administratif);

6° La façon d'enregistrer les paramètres nécessaires et la façon dont il est fait rapport au comité d'accompagnement désigné par le comité de l'assurance;

7° L'obligation de coopérer à une procédure d'évaluation du traitement telle qu'elle sera fixée par le comité d'accompagnement et qui comprend au moins l'enregistrement de la date et de la raison d'arrêt du traitement ainsi que de coopérer à l'élaboration du rapport final qui sera transmis au Comité de l'assurance;

8° Les modalités financières pour le paiement de l'intervention en question.

Art. 4. Ladite intervention est imputée sur les frais d'administration du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Art. 5. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge et, à l'exception de l'article 3, 7°, cesse de produire ses effets le 1er juin 2007 ou, le cas échéant, à la date de l'entrée en vigueur de l'arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, en ce qui concerne la spécialité Herceptin pour l'indication visée à l'article 1er, ou le premier jour du mois qui suit le jour de la communication aux centres concernés de la décision négative notifiée, prise sur base de l'article 35bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'ECHELONNEMENT "SOFT" OU LE GENERALISTE REDUIT AU ROLE DE PONDEUR DE LETTRES DE RENVOI

A l'approche du terme de la législature actuelle et dans la perspective des prochaines élections communales, le ministre R. DEMOTTE, ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, entend tenir une des promesses électorales qu'il a faites aux généralistes en introduisant un échelonnement "soft" dans le système de santé belge.

Le 22 mai 2006, le Comité de l'assurance de l'INAMI a été invité à donner son avis concernant le projet d'A.R. d'exécution de l'article 36 de la loi S.S.I. en ce qui concerne la quote-part du bénéficiaire consultant un médecin spécialiste sur renvoi par un médecin généraliste. Le Comité de l'assurance a rendu un avis divisé concernant le projet proposé. L'ABSyM et les mutualités libres notamment ont rejeté la proposition.

Le projet d'A.R. prévoit que le patient s'adressant au médecin spécialiste sur renvoi par le médecin généraliste tenant son dossier médical global a droit à une réduction du ticket modérateur de la consultation du spécialiste de respectivement 2 € ou 5 € selon qu'il s'agit d'un bénéficiaire avec ou sans régime préférentiel. Cette réduction du ticket modérateur n'est toutefois d'application que pour les spécialités indiquées nommément dans le projet d'A.R. De plus, ce renvoi accompagné d'une réduction du ticket modérateur n'est possible qu'une fois par année calendrier par spécialité. Le médecin généraliste donne à cette fin une lettre de renvoi au patient. L'attestation de la consultation du médecin spécialiste pour laquelle la réduction du ticket modérateur est due doit être présentée à la mutuelle en même temps que le document de renvoi pour le remboursement.

L'article 36 de la loi S.S.I. stipule que le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, déterminer les règles suivant lesquelles l'assurance soins de santé favorise la collaboration entre les médecins de médecine générale et les médecins spécialistes, en vue de "l'organisation la plus efficace" de l'assurance. Affirmer qu'un patient doit consulter un médecin généraliste lorsqu'il a besoin de soins spécialisés n'est efficace ni pour le patient (ralentissement des soins) ni pour l'assurance (surcoût). En outre, la collaboration entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste est caricaturée dans le projet, avec le caractère unique de la mesure, comme si la collaboration ne devait exister qu'une fois par an. La collaboration implique, d'une part, le renvoi par un généraliste médecin traitant vers un médecin spécialiste et, d'autre part, le renvoi par le médecin spécialiste en charge du traitement vers le médecin généraliste. Le projet d'A.R. présente une lacune fondamentale en ce sens que la notion de "collaboration" n'a qu'une application unilatérale et est en outre réduite à sa plus simple expression. La mesure revient en fait à une augmentation du ticket modérateur si le besoin en une intervention spécialisée a un caractère onéreux. De plus, la mesure est discriminatoire à l'égard des patients selon la nature des soins spécialisés requis.

Dans la pratique, le projet d'A.R. ne peut pas favoriser la collaboration entre les généralistes et les médecins spécialistes. La "collaboration" se limite à une lettre de renvoi sur laquelle une spécialité est cochée sans donner au médecin spécialiste la moindre information concernant le contexte médical du patient. Le spécialiste reste dans une totale ignorance des prestations techniques déjà effectuées, des résultats des analyses réalisées antérieurement et des traitements déjà mis en place par le généraliste médecin traitant.

La mesure est discriminatoire à l'égard des médecins spécialistes entre eux en ce qui concerne leur accessibilité pour le patient. Cette discrimination est disproportionnée par rapport à la disposition légale sur laquelle la mesure est fondée. L'article 36 de la loi S.S.I. vise en effet à favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

La réglementation élaborée est à rejeter totalement et irrévocablement car elle ne contribue en aucun cas à améliorer la qualité des soins de santé dispensés. Elle va très certainement déboucher sur un tas d'obligations administratives supplémentaires qui, compte tenu de leur

complexité à la source, conduiront à une multitude d'erreurs. Cette nouvelle réglementation ne prévoit aucune revalorisation financière ou intellectuelle du généraliste ou du spécialiste.

Le budget chiffré du ministre pour le financement de cette nouvelle mesure ne s'appuie sur aucun critère étayé scientifiquement et a été concocté par le ministre selon ses besoins pour que les budgets "concordent". Les dépenses majorées pour le remboursement des tickets modérateurs sont neutralisées par le ministre par une réduction compensatoire des dépenses pour les prestations techniques "superflues" prescrites et effectuées par les médecins spécialistes.

La question centrale reste néanmoins de savoir qui paiera la facture s'il apparaît lors du prochain contrôle budgétaire que le ministre s'est trompé dans le chiffrage de son budget. Où puisera-t-on les moyens financiers pour éponger d'éventuels déficits budgétaires? Qui sera à nouveau pointé du doigt? Le système de santé belge n'a pas besoin de ce type de réglementation qui n'amène aucune amélioration de la qualité, ni pour le patient ni pour les médecins. Cet échelonnement "soft" constitue une première étape dans une évolution progressive de notre système de santé qui menace la liberté de choix du dispensateur de soins par le patient.

LA MENACE DE L'ECHELONNEMENT

Malgré une opposition à l'échelonnement qui persiste depuis des années, le ministre de la Santé publique semble enclin à mettre en place ce système pernicieux dans notre pays.

La Belgique dispose d'un système de santé universellement apprécié. Pour les Pays-Bas, cela ne fait aucun doute : En Belgique, les soins sont de meilleure qualité et meilleur marché ! (information diffusée à la radio néerlandaise le 30/05/06). La citation "In Nederland is iedereen verzekerd van zorg, al is er soms een probleem in het op tijd verkrijgen ervan" (extrait de "Het Medisch Handboek - Kosmos Z&K") (*nous traduisons : "Aux Pays-Bas, les soins sont garantis pour tous, même s'il y a parfois des problèmes de délai pour en bénéficier"*) met clairement le doigt sur la problématique des délais d'attente, lesquels constituent également un véritable cauchemar pour le NHS (National Health Service) en Grande-Bretagne.

Pour quelle raison du reste la Belgique serait-elle le pays de l'UE prenant en charge le plus grand nombre de patients étrangers pour une hospitalisation "programmée" (par opposition aux "hospitalisations non programmées" concernant des touristes et des "hivernants" dans les pays du Sud), principalement des Néerlandais et des Britanniques (22.477 en 2003; données de la Commission européenne) si ses soins de santé n'étaient pas excellents?

La Grande-Bretagne et les Pays-Bas sont les champions de l'échelonnement. Cependant, aux Pays-Bas, le généraliste est désigné sur base du code postal. Le généraliste n'est pas atteint directement mais via un(e) collaborateur(trice) qui déconseille volontiers une consultation au patient! La visite à domicile est tout bonnement évitée ! En d'autres termes, l'accessibilité à la première ligne y est probablement plus difficile que l'accessibilité du spécialiste en Belgique !

Le système de santé belge est doté d'une structure souple et flexible qui permet de faire face aux insuffisances de la "première ligne".

En effet, il est clair que les généralistes – quel que soit le niveau de leur engagement et de leur dévouement – ne sont pas en mesure d'émettre un avis infaillible concernant toutes les pathologies qui se présentent, comme l'expérience et un certain nombre d'études le montrent sans ambiguïté.

Un bon nombre de patients – qui consultent le spécialiste de leur propre initiative – le font à bon escient. Limiter la liberté d'accès en introduisant toutes sortes de freins signifie l'élimination d'un mécanisme de sécurité.

Le *primum movens* de l'introduction de l'échelonnement est financier et économique, même si c'est préjudiciable à la santé de la population et que cela signifie en fait un rationnement des soins. Alors que la médecine est devenue incroyablement plus complexe au cours de ces 50 dernières années, on entend imposer un système dans lequel une seule catégorie de médecins est jugée capable d'identifier, d'évaluer, de traiter ou de référer les pathologies les plus diverses ! Tandis que les médecins urgentistes sont tenus de suivre une formation d'au moins 6 ans voire souvent de 8 ans pour pouvoir s'occuper de la véritable première ligne, à savoir les soins d'urgence, les

"concepteurs" des soins de santé n'hésitent pas à confier un rôle tout aussi complexe et difficile exclusivement à des médecins qui ne doivent suivre que 3 ans de formation complémentaire (dont une pendant le cursus de base) !

A l'autre bout du spectre des soins de santé, les planificateurs de la santé publique veulent ignorer la formation et la capacité de la médecine spécialisée dans les généralités de la médecine et cantonner les spécialistes dans un rôle de purs techniciens.

La situation est pire encore en Flandre avec la tendance absolutiste du *Vlaamse Gezondheidsraad* (Conseil flamand de la santé) qui est dominé par des individualités "progressistes" non représentatives mais désignées par les pouvoirs publics. Les spécialistes extra-hospitaliers y sont clairement perçus comme des éléments perturbateurs pour la construction d'une Structure de santé flamande !

En outre, même l'échelonnement "soft" n'est pas dans la nature de notre population qui, comme l'a montré l'enquête réalisée par les MC il y a quelques années, réclamait, avec un pourcentage de 85 %, un accès direct au spécialiste. Les Mutualités libres ont en outre calculé que l'accès direct n'était pas plus onéreux. Mais ce n'est pas le souci de nos responsables politiques : les citoyens sont là pour voter tous les 4 ans et peuvent payer leurs impôts. Pour ce qui est du reste, l'élite élue et "compétente" décidera de ce qui est bon ou mauvais pour eux.

La mission du médecin généraliste est d'une importance capitale et extrêmement difficile. Par conséquent, la médecine générale devrait être très bien rémunérée, mais de préférence pas par les nombreux moyens détournés comme le DMG, le forfait pour le fonctionnement de la pratique, les subsides pour l'infrastructure ou la médecine de groupe ou d'autres moyens détournés mais directement par des honoraires adaptés.

Il est clair que l'intention finale des politiques et des idéologues de gauche est d'emprisonner la médecine dans un carcan oppressant et de l'assujettir totalement à des règles rigides. Les droits du patient (parmi lesquels la liberté de choix) acquis il n'y a pas encore si longtemps ainsi que la liberté thérapeutique du médecin, en somme la médecine libre, doivent céder la place le plus rapidement possible aux tendances rigides et collectivistes d'un certain nombre de politiques et à l'impérialisme d'un groupe d'idéologues et de certains lobbies de généralistes. Le fait que le patient avisé soit la victime de cette soif de réglementation ou que les spécialistes extra-hospitaliers – à n'en pas douter un bonus pour la santé publique et pour la population – doivent être sacrifiés, est le moindre de leurs soucis.

L'avenir nous paraît sombre. Nous ne pouvons qu'espérer que des forces plus réalistes au sein du monde politique et des pouvoirs publics finiront par percevoir l'absurdité du démantèlement de notre système qui fait l'objet de tant de louanges, et ce au profit de constructions au sujet desquelles, dans leurs pays d'origine, on commence à avoir de sérieux doutes.

Jacques Gruwez

RECTIFICATIF
A.R. DU 1.5.2006 : MEDECINS 000 ET 009

*L'information publiée dans "Le Médecin Spécialiste" n° 3 – mai 2006 doit être lue
comme suit conformément à l'erratum paru au Moniteur belge du 19.05.2006*

1er MAI 2006. - Arrêté royal modifiant les dispositions de l'article 2, A et D, 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 9.5.2006 – p. 23899)

Article 1er. A l'article 2, A et D, sont apportées les adaptations suivantes :

1° Au A,

Dans la règle d'application qui suit la prestation 101010, les mots « jusqu'au 31.12.2004 » sont supprimés.

2° Au D,

a) Les dispositions du point a) sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Dans cette nomenclature des prestations de santé est défini comme médecin, le médecin qui est inscrit à l'Ordre des médecins (et inscrit comme tel à l'INAMI) après le 31 décembre 2004 et qui exerce une activité médicale autre que celle exercée par le médecin de médecine générale, ou le médecin généraliste agréé, ou le médecin spécialiste (tel que repris à la liste de l'article 10, § 1er de l'arrêté royal du 22 juillet 1988) ou le médecin stagiaire. Ce médecin a uniquement le droit de rédiger des prescriptions de produits pharmaceutiques après la date du **30 juin 2006** [au lieu du 31 décembre 2004 comme indiqué dans l'A.R. initial]. »

b) Entre le point a) et l'actuel point b), qui devient le point c), est inséré un point b) libellé comme suit :

« Dans cette nomenclature des prestations de santé est défini comme médecin, le médecin qui est inscrit à l'Ordre des médecins avant le 31 décembre 2004, et qui exerçait la médecine sans être porteur d'un certificat de formation complémentaire délivré par le Ministre de la Santé publique et dont la situation n'est pas réglée par une des dispositions de l'arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes. Ce médecin conserve uniquement le droit d'attester des consultations et de faire des prescriptions après la date du 31 décembre 2004. »

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 (*c'est-à-dire le 01.07.2006*).

NOUVELLES REGLES INTERPRETATIVES ARTICLES 5 ET 6 (SOINS DENTAIRES)

(M.B. du 12.5.2006)

GENERALITES

QUESTION 1 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

Qu'entend-on par « cumul » ?

REPONSE

Par « cumul » on entend l'attestation de plusieurs prestations effectuées au cours d'une même séance.

QUESTION 2 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

Les prestations de l'article 5 (nomenclature des soins dentaires) affectées de la lettre-clé L peuvent être cumulées et attestées à 100 % lorsqu'elles sont effectuées lors d'une même séance. Le cas échéant, l'interdiction de cumul est mentionnée expressément.

Cette règle est-elle également d'application pour les prestations précédées du signe « + » de l'article 14l), accessibles aux praticiens de l'art dentaire?

REPONSE

Si, lors d'une même séance, plusieurs prestations de l'article 5 et de l'article 14l) sont exécutées, les numéros de l'article 5 peuvent être attestés à 100 % (sauf interdiction de cumul); la prestation principale de l'article 14l) peut être attestée à 100 %, mais d'autres prestations de l'article 14 effectuées dans le même champ opératoire que la prestation principale ne peuvent être attestées; des prestations accessoires de l'article 14l), effectuées en dehors du champ opératoire de la prestation principale peuvent être attestées à 50 %.

CONSULTATIONS

QUESTION 1 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour la prestation 301011, 371011 * Consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitaine N 5, lorsque celle-ci figure conjointement avec un traitement sur une attestation de soins donnés?

REPONSE

En vertu des dispositions de l'article 6, § 1er, de la nomenclature, les honoraires pour les soins dentaires visés à l'article 5 couvrent toutes les prestations effectuées entre le début et la fin de traitement. Si le bénéficiaire est amené à consulter le praticien de l'art dentaire pour une affection qui n'est pas en rapport avec le traitement en cours et en dehors du programme de traitement établi, la consultation peut figurer sur la même attestation de soins donnés et l'intervention de l'assurance est accordée.

Par contre, si le bénéficiaire consulte le praticien de l'art dentaire pour une raison en relation avec le traitement, cette consultation ne peut être attestée.

SOINS CONSERVATEURS

QUESTION 1 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

A quoi correspondent les prestations « traitement et obturation d'un canal ou des canaux d'une même dent » ?

REPONSE

Les prestations « traitement et obturation d'un canal ou de plusieurs canaux d'une même dent » se limitent à la préparation et l'obturation d'un canal ou de plusieurs canaux d'une même dent et à une radiographie de contrôle démontrant que la prestation a été effectuée conformément aux exigences, et que tous les canaux visibles ont été obturés.

EXTRACTIONS

QUESTION 1 est abrogée. (en vigueur depuis le 01.09.2005)

QUESTION 2 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

Comment peut-on attester l'extraction d'une racine dentaire ?

REPONSE

L'extraction d'une racine dentaire est assimilée à une extraction dentaire normale. En aucun cas, elle ne peut être assimilée à une extraction de dent incluse (317236 - 317240).

PROTHESES DENTAIRES

QUESTION 2 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

Les conditions d'octroi d'une prothèse dentaire doivent-elles entrer en compte en cas d'adjonction de dent(s), de réparation de prothèse, de rebasage ? Le fait que la prothèse existante a été remboursée ou non intervient-il ?

REPONSE

L'intervention de l'assurance pour l'adjonction d'une dent (de dents), pour la réparation d'une prothèse ou pour son rebasage est conditionnée par toutes les exigences énoncées dans l'article 6, § 5 de la nomenclature des prestations de santé.

Le fait que la prothèse qui a fait l'objet de l'adjonction d'une dent (de dents), d'une réparation ou d'un rebasage n'a pas donné lieu à une intervention de l'assurance, n'influence pas l'intervention de l'assurance pour les actes dont il est question ci-dessus.

QUESTION 3 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

De quelle manière les prestations « Adjonction de dents, réparation de prothèse et remplacement de la base » doivent-elles être indiquées sur l'attestation de soins donnés ?

REPONSE

Il y a lieu de mentionner sur l'attestation de soins donnés les codes de nomenclature des prestations effectuées, suivis du code nomenclature de la prothèse telle qu'elle existait avant ces prestations.

QUESTION 4 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

Un apport de résine in situ sur la base d'une prothèse dentaire peut-il être attesté sous les numéros prévus pour le remplacement de la base d'une prothèse inférieure ou supérieure? (Libellé des prestations - « Les honoraires pour le remplacement de la base sont équivalents à 30 pc. des honoraires prévus pour la prothèse »).

REPONSE

Non, l'apport de résine in situ sur la base d'une prothèse dentaire ne peut être attesté sous les numéros prévus pour le remplacement de la base d'une prothèse inférieure ou supérieure.

Cette prestation peut être attestée dans ce cas sous les numéros prévus pour la réparation d'une prothèse inférieure ou supérieure ("Réparation de prothèse : maximum par prothèse et par année civile - L 61,5")

QUESTION 5 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

Un assuré désire ajouter des dents sur une prothèse partielle existante. Sur quelle base le montant de l'intervention de l'assurance doit-il être calculé ?

REPONSE

L'intervention de l'assurance s'élève à L 85 pour l'adjonction de la première dent et à L 24,5 pour l'adjonction de chaque dent supplémentaire. L'intervention totale de l'assurance pour la prothèse et l'adjonction de dent(s) est toutefois limitée par mâchoire et par prothèse à la valeur du jour de L 600 en euro à la date de la prestation, si le bénéficiaire a au moins 50 ans ou répond aux conditions d'une dérogation à la limite d'âge.

QUESTION 6 est abrogée. (en vigueur depuis le 01.09.2005)

QUESTION 9 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

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

REPONSE

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

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

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

Dans toutes ces conditions, une prothèse amovible totale doit être attestée.

TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

QUESTION 1 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

Lors d'un traitement orthodontique, l'on a parfois recours aux services d'un logopède dont les travaux sont supervisés par le licencié en science dentaire et ont lieu en plus de la séance mensuelle prévue sous le n° 305616 -305620; le licencié prend personnellement certaines mensurations au début d'une séance de logopédie.

Peut-on assimiler ce travail à une consultation 301011, 371011, 101054 et 102012 ou un examen buccal semestriel 371556, 371571, 301556, 301571 ?

REPONSE

Les forfaits mensuels payés pour le traitement orthodontique sous les n° 305616-305620, 305653-305664, 305852-305863 et 305896-305900 couvrent toutes les séances nécessaires au traitement orthodontique.

Les prestations n° 371011, 301011, 101054, 102012, 371556, 301556, 371571, 301571 ne peuvent être attestées dans le cas précité et ne peuvent donc faire l'objet d'une intervention de l'assurance-maladie obligatoire.

QUESTION 2 (en vigueur depuis le 01.09.2005)

Un traitement orthodontique ne donnant pas lieu à une intervention de l'assurance peut-il être tarifé sous les n° 371011, 301011 * Consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitaire, 101054 * Consultation au cabinet du médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL) ou 102012 *Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste ?

REPONSE

Les prestations n° 371011, 301011, 101054 et 102012 ne peuvent pas être attestées pour une séance de traitement orthodontique, que ce traitement entre en ligne de compte ou non pour une intervention de l'assurance.

ARTICLE 90 DE LA LOI SUR LES HOPITAUX

A partir du 1er juillet 2006, les hôpitaux ne peuvent plus facturer de supplément à la suite d'un séjour en chambre de deux patients, y compris en hospitalisation de jour, pour certaines catégories de patients protégés.

14 JUIN 2006. - Arrêté royal portant exécution de l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (M.B. du 28.6.2006)

Article 1er. A l'égard des catégories suivantes de patients aucun supplément ne peut être facturé à la suite du séjour en chambre de deux patients, y compris en hospitalisation de jour :

1° les bénéficiaires de l'intervention majorée, visés à l'article 37, §§ 1er et 19, 1°, 2°, 3° et 6°, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ainsi que les bénéficiaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 13° et 15°, de la loi précitée, qui bénéficient de l'intervention majorée, pour autant qu'ils ne soient pas repris dans le 2° du présent article;

2° les bénéficiaires bénéficiant d'une allocation visée dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés, à l'exception des bénéficiaires d'une allocation intégration, relevant des catégories 3 et 4 visées à l'article 6, § 4, alinéa 1er, 3° et 4°, de la loi susmentionnée du 27 février 1987, pour lesquels la diminution visée à l'article 8, § 1er, de l'arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration, a été effectivement appliquée;

3° les bénéficiaires de l'intervention majorée, visés à l'article 32, § 1er, 1° à 5° et 7°, de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à

l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, et les bénéficiaires, visés à l'article 32, § 1er, 6°, de l'arrêté royal susvisé du 29 décembre 1997, dans la mesure qu'ils bénéficient de l'intervention majorée, octroyée sur base de l'article 37, § 19, 1° à 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

4° les bénéficiaires d'allocations familiales majorées conformément à l'article 47, § 1er, des lois coordonnées relatives au allocations familiales pour travailleurs salariés ou conformément à l'article 20 de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants et les personnes qui sont à leur charge;

5° les bénéficiaires visés à l'article 3 de l'arrêté royal du 2 juin 1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence, visée à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

6° les bénéficiaires admis dans un service Sp (soins palliatifs), de même que les bénéficiaires visés à l'article 7octies de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations;

7° les bénéficiaires visés à l'article 37, § 16bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Les conditions visées à l'alinéa 1er doivent être remplies l'année durant laquelle l'admission a lieu ou l'année précédant celle-ci.

Art. 2. Le présent arrêté en vigueur le 1er juillet 2006.

PREVENTION DES INFECTIONS PERINATALES A STREPTOCOQUES DU GROUPE B

Le Conseil supérieur d'hygiène nous informe que la brochure "Prévention des infections périnatales à streptocoques du groupe B" (CSH 7721) [streptocoques] est disponible. Celle-ci peut être obtenue gratuitement au format papier (diane.marjaux@health.fgov.be) ou peut être téléchargée à partir du site web du CSH (www.health.fgov.be/CSH_HGR)*.

* *Il convient de respecter les majuscules dans l'adresse web. Sous la rubrique "Avis et recommandations" – introduire soit le numéro de référence CSH, soit l'un des mots-clés placés entre crochets après le titre.*

PRIX INBEV-BAILLET LATOUR POUR LA RECHERCHE CLINIQUE – 2006 REGLEMENT

Art. 1 A l'initiative du Fonds InBev-Baillet Latour, le Fonds National de la Recherche Scientifique accordera pour la première fois en 2006 un "**Prix InBev-Baillet Latour pour la Recherche clinique**", d'un montant de **50.000 €**.

Art. 2 Ce Prix est destiné à récompenser les travaux de recherche réalisés par le meilleur chercheur clinicien post-doctorant.

Art. 8 Les candidatures doivent être introduites au plus tard le **1er septembre 2006**, sous pli confidentiel, auprès de la Secrétaire générale du Fonds National de la Recherche Scientifique, rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles, au moyen du formulaire adéquat.

Pour plus d'informations : Téléphone Prix 02/504.92.40 – E-mail Prix : mairesse@fnrs.be – Site web : www.fnrs.be

PRIX SCIENTIFIQUE ASTRAZENECA - 2006
ASTHME ET BRONCHOPNEUMOPATHIES CHRONIQUES OBSTRUCTIVES (BPCO)
RÈGLEMENT

Art. 1. A l'initiative de la Firme AstraZeneca, le Fonds National de la Recherche Scientifique décerne, annuellement, un **Prix scientifique AstraZeneca Asthme et BPCO** d'un montant de **15.000 EUROS**.

Art. 2. Le travail présenté doit être le résultat d'une étude clinique ou expérimentale, originale, portant sur les progrès dans le domaine de l'asthme et des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO).

Art. 10. Les candidatures doivent être adressées, au moyen du formulaire ad hoc et sous pli confidentiel, à la Secrétaire générale du F.N.R.S., rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles, pour le **1er septembre 2006**.

Pour plus d'informations : F.N.R.S., rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles

PRIX MARIE-THERESE DE LAVA POUR LA RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT

Le Comité de gestion du Fonds Marie-Thérèse De Lava, géré par la Fondation Roi Baudouin, attribuera en 2007 un Prix destiné à encourager la recherche sur le vieillissement.

Le montant du Prix 2007 a été fixé à 25.000 €.

Vous trouverez sur le site www.kbs-frb.be le règlement organique de ce Prix ainsi que des indications pratiques relatives à la présentation des dossiers de candidature.

Pour être recevables, les candidatures doivent parvenir **au plus tard le 28 février 2007** à la Fondation Roi Baudouin par mail à l'adresse gmt@kbs-frb.be

EXPERTISES DE RECOURS EN MATIERE NEUROPSYCHIATRIQUE
CONCERNANT DES CAS DE SANTE MENTALE NON DEGENERATIVE

APIA asbl est une association bénévole (Moniteur belge 868695) d'aides aux personnes âgées, handicapées ou malades particulièrement vulnérables. Dans ce cadre, l'asbl recherche en Belgique des neuropsychiatres vers qui orienter les demandeurs concernés, en vue d'une contre-expertise de recours contre des mises sous tutelle abusives.

Contacteur: apia.senior@teledisnet.be – téléphone 04.250.43.31 – Robert Balsaux, président de l'APIA asbl et de SOS Gardes-Malades

REUNIONS SCIENTIFIQUES

Formation continuée interuniversitaire de tabacologie
Année académique 2006-2007

Le F.A.R.E.S. (Fonds des affections respiratoires asbl) organise une formation en tabacologie comportant 7 séminaires d'une journée répartis sur l'exercice 2006-2007, soit 49 heures de cours réparties sur 7 samedis entre le 28 octobre 2006 et le 21 avril 2007.

*Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser à Mme C. Rasson – F.A.R.E.S.
56 rue de la Concorde à 1050 Bruxelles – tél. : 02/512.29.36 – fax : 02/512.32.73
e-mail : prevention.tabac@fares.be*

VIIth PAX MEETING
LEUVEN, BELGIUM
28-30 Sept. 2006
ADHESIONS - TUMOR IMPLANTATION
MESH BIOLOGY
www.paxsociety.com
paxsociety@gmail.com

ANNONCES

- 04017* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 05010* **CHERCHE** : tout matériel ophtalmo et optique anciens ainsi que vieilles lunettes et vieux verres pour le Rwanda. Tél. : 02/770.21.35.
- 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.
- 06038 **A CEDER** société médicale. Pour tout renseignement, tél. au 0475/53.69.43.
- 06040 **BASTOGNE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche un **PEDIATRE** pour son site de Bastogne. Rémunération intéressante. Envoyer candidature au Dr Robert SIMONS, Directeur médical I.F.A.C. – rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 06052 **BRUXELLES** : RSA (Institut Royal pour Sourds et Aveugles) cherche **NEUROPEDIATRE-PEDIATRE** pour suivis spécialisés. La réadaptation est un plus. Travail d'équipe. Statut d'indépendant. CV et lettre de motivation à adresser au Dr D Fagnart 1504 chaussée de Waterloo à 1180 Bruxelles.
- 06053 **BRUXELLES** : IRSA (Institut Royal pour Sourds et Aveugles) cherche **PSYCHIATRE-PEDOPSYCHIATRE** pour suivis spécialisés et supervision d'équipes. Travail multidisciplinaire. Statut d'indépendant. CV et lettre de motivation à adresser au Dr D Fagnart 1504 chaussée de Waterloo à 1180 Bruxelles.
- 06063 **A VENDRE** : société médicale. Pour tout renseignement, tél. : 0475/53.69.43.
- 06067 **BRUXELLES** : Le laboratoire Cebiodi recherche un médecin **SPECIALISTE EN BIOLOGIE CLINIQUE** pour la fonction de directeur du laboratoire. Les candidatures sont à envoyer avant le 15.09.2006 à Monsieur P. van Vyve, Président de l'asbl Cebiodi, bld du Jardin botanique 32 à 1000 Bruxelles.
- 06068 **FRANCE** : Le Centre Hospitalier SAINTE-MARIE de PRIVAS, établissement privé assurant le service public hospitalier en psychiatrie sur l'ensemble du département de l'Ardèche, recrute un **MEDECIN PSYCHIATRE**. Poste à pourvoir immédiatement par voie de détachement de praticiens hospitaliers ou sur la base de la Convention collective du 31 octobre 1951 (FEHAP). Nombreux avantages sociaux : mutuelle et prévoyance, retraite complémentaire, possibilité de logement, frais de déménagement pris en charge. Renseignements concernant les fonctions auprès du Docteur BOBILLO, président de la CME (☎ 00.33.4.75.64.59.08). Les médecins intéressés peuvent faire acte de candidature par lettre avec C.V. à M. le Directeur du Centre Hospitalier Sainte-Marie, 19 cours du Temple, BP 241 07002 PRIVAS Cedex – ☎ 00.33.4.75.20.15.10
- 06069 **GILLY** : ASBL Hôpitaux St Joseph, Ste Thérèse et IMTR recherche un(e) spécialiste en **OPHTALMOLOGIE**. Contact : Dr Garin – Tél. : 071/31.56.33.
- 06070 **RADIOLOGUE** cherche successeur ou remplaçant (pour cause départ à l'étranger) dans un centre médical privé en pleine activité, dans le Sud de l'agglomération bruxelloise. Matériel récent. Tél. : 00-33-6-33667559.
- 06071 **WAVRE** - face à la gare : **A LOUER** 2 cabinets. Possibilité partage secrétariat. Tél. : 010/45.91.29.
- 06072 **DINANT**: Cabinet médecine spécialisée (scintigraphie, thyroïdologie) met à disposition locaux équipés pour consultations médicales et paramédicales (ttes prof. touchant au bien-être). Conditions intéressantes. Tél. 0478.95.31.13 ou jeannine.willam@skynet.be
- 06073 **BRUXELLES** : Le Centre Médical Enaden ASBL (centre spécialisé dans la prise en charge de personnes présentant des problèmes d'assuétude) engage, à temps partiel (12.66 h/sem.) pour son Centre de Jour, un(e) **PSYCHIATRE** intéressé(e) par le travail en équipe et en institution. Début de contrat en octobre 2006. Candidature à adresser au Dr Marc De Vos – Centre Médical Enaden ASBL – 114 rue St Bernard à 1060 Bruxelles – tél. : 02/534.63.73. e-mail : centre.medical.enaden@brutele.be.
- 06074 **HAINE-SAINT-PAUL** : Les laboratoires des Centres Hospitaliers Jolimont-Lobbes recherchent un(e) **MEDECIN/PHARMACIEN BIOLOGISTE** temps plein pour renforcer une équipe de sept biologistes. Il/Elle devra prendre en charge et développer les activités du secteur de sérologie et renforcer la supervision du secteur de chimie des laboratoires. Nous cherchons un(e) collaborateur/trice désireux de renforcer l'équipe en place et ayant le désir de s'investir dans le développement d'un important laboratoire localisé sur quatre sites d'activité. Veuillez adresser votre candidature (curriculum vitae et lettre de motivation) au : Centre Hospitalier Jolimont-Lobbes, à l'attention de M. P. GRAUX, Directeur Général, rue Ferrer 159, Haine-Saint-Paul – Tél. 064/23 40 08 – Fax 064/23 36 94 – E-mail : chjijolimont@skynet.be

- 06075 **WAVRE** - face à la gare - **A LOUER** 2 cabinets. Possibilité partage secrétariat 010 / 45 91 29.
- 06076 **FRANCE** (80100 Abbeville) : Cabinet de groupe de 2 rhumatologues recherche 1 ou 2 remplaçants **RHUMATOLOGUES** ou médecins **INTERNISTES** ou **SPECIALISTES EN MEDECINE PHYSIQUE** en vue succession ultérieure, très proche pour l'un des membres, dans les 4 ans pour l'autre associé. Conditions très avantageuses. Situation : en bordure Baie de Somme et Côte d'Opale sud. 15 min Normandie. 1 h 30 Paris. 1 h Belgique. 2 h Londres. 2 gares TGV et 2 aéroports internationaux à 30 mn et 45 mn. Tél. : 00.33.3.22.24.31.93 – 00.33.6.08.21.00.76 – 00.33.6.70.93.89.37.
- 06077 **GILLY** : Cherche collaborateur/trice **OPHTALMOLOGUE** pour assurer deux prestations semaine à l'Hôpital Saint-Joseph à Gilly. Possibilité d'extension. Contacter le Dr Garin au 071/31.56.33.
- 06078 **A LOUER** 3 **CABINETS MEDICAUX** à Waterloo (Rue François Libert) d'environ 30 m². Parking aisé et secrétariat. Si intérêt tél. 0477/614858.
- 06079 **BRUXELLES** : Le Vésalius Médical Center (complètement remis à neuf) situé à Uccle dans le quartier Coghen recherche des médecins spécialistes pour **LOCATION DE LOCAUX MEUBLES** (180m² + 12 places de parking). Prix: ± 7 euros/h tout service compris. Infos et renseignements: 0479/33 14 35
- 06080 **NAMUROIS** : CHR 350 lits aigus région namuroise recrute **ENDOCRINOLOGUE** temps plein (diabétologie, thyroïde). Pour renseignements et conditions : Dr P. Janssens, Directeur Médical, CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie 75, 5060 Sambreville. Tél. : 071/26.53.80 ou par e-mail: paul.janssens@mail.chrvs.be
- 06081 **NAMUROIS** : CHR 350 lits aigus région namuroise recrute un **GERIATRE** 8/10^e temps pour son service de gériatrie (40 lits). Pour renseignements et conditions : Dr P. Janssens, Directeur Médical, CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie 75, 5060 Sambreville. Tél. : 071/26.53.80 ou par e-mail: paul.janssens@mail.chrvs.be
- 06082 **LOVERVAL** : L'Institut de Pathologie et de Génétique de Loverval souhaite engager un médecin spécialiste reconnu en **ANATOMIE PATHOLOGIQUE**. Pour renseignements et candidature avec C.V. avant le 31 août 2006 : Dr Michel PETEIN, 41 allée des Templiers, 6280 Gerpinnes (Loverval).
- 06083 **RADIOLOGUE** polyvalent et bilingue disponible pour **REPLACEMENTS** en privé ou milieu hospitalier. 0476/200.280.
- 06084 Cabinet **RX** Sud et Hainaut et France du Nord cherche remplaçant, en vue d'association-reprise. anne.defays@scarlet.be
- 06085 **MARTINIQUE** : **A LOUER** logement F3 dans villa calme avec piscine et vue mer des Caraïbes. anne.defays@scarlet.be
- 06086 **BRUXELLES** : Le Centre Belge pour Enfants IMC, le CBIMC, engage un(e) **ASSISTANT(E) SOCIAL(E)** le 1^{er} janvier 2007, diplôme A1 exigé. Statut de salarié, temps plein 38 heures par semaine. Personne dynamique et organisée, aimant le travail en équipe; suivi du dossier social, accompagnement des familles, travail multidisciplinaire, coordination des réunions et des équipes. Formation complémentaire ou expérience en coordination d'équipe ou gestion du personnel souhaitée. Minimum 5 ans d'expérience requise dans le domaine du handicap de l'enfant ! Le CV avec une lettre de motivation manuscrite est à transmettre au Dr Henrot CBIMC, rue Père Eudore Devroye, 14 à 1040 Bruxelles cbimc@info.be

Table des matières

• Académie belge de pédiatrie : lettre au ministre Rudy DEMOTTE (01/06/06).....	1
• Nomenclature : pédopsychiatrie	2
• Le puzzle de l'oncologie	4
• Critères spéciaux d'agrégation en oncologie médicale.....	6
• Liste des titres professionnels particuliers : oncologie médicale	8
• Cancer du sein : Herceptin	8
• L'échelonnement "soft" ou le généraliste réduit au rôle de pondérateur de lettres de renvoi	10
• La menace de l'échelonnement.....	11
• Rectificatif a.r. du 1.5.2006 : médecins 000 et 009	12
• Nouvelles règles interprétatives : articles 5 et 6 (soins dentaires).....	13
• Article 90 de la loi sur les hôpitaux.....	16
• Prévention des infections périnatales à streptocoques du groupe B	17
• Prix INBEV-BAILLET LATOUR pour la recherche clinique – 2006	17
• Prix scientifique AstraZeneca – 2006 : asthme et BPCO	18
• Prix Marie-Thérèse De Lava pour la recherche sur le vieillissement.....	18
• Expertises de recours en matière neuropsychiatrique concernant des cas de santé mentale non dégénérative	18
• Réunions scientifiques	18
• Annonces.....	19