



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° 6 / JUILLET 2004

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

Les **nouveaux tarifs applicables à partir du 01.08.2004 en urologie** sont disponibles sur le website du GBS. Ils peuvent également être obtenus sur simple demande par téléphone au 02/649.21.47

COORDINATION OFFICIEUSE DES ARTICLES 22 ET 23 DE LA NOMENCLATURE APPLICABLE A PARTIR DU 01.08.2004

Clause de non-responsabilité: Par analogie avec le site web de l'INAMI, ces documents ont uniquement une valeur informative et ne peuvent donc être considérés comme des documents faisant juridiquement foi. Ceci est une tentative non officielle de coordination de la modification de la nomenclature parue au M.B. du 29 juin 2004. Nous nous efforcerons de corriger les erreurs éventuelles qui nous seront signalées sur www.gbs-vbs.org où ces informations sont également disponibles.

Art. 22. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en **médecine physique et en réadaptation (0)**:

I. Prestations diagnostiques

558530	558541	Mesure de la vitesse de conduction nerveuse (motrice <i>et/ou</i> sensitive) <i>et/ou</i> tests myasthéniques <i>et/ou</i> réflexe d'Hoffman <i>et/ou</i> ondes F une ou plusieurs régions avec rapport, au moins deux testsK 40
558552	558563	ElectromyographieK 63
558574	558585	Mesure de la vitesse de conduction sensitive par des potentiels cérébraux évoqués, avec protocole et tracé, par stimulation somesthésique, y compris les mesures éventuelles effectuées au niveau spinal du plexus brachial ou des nerfs périphériques(non cumulable avec l'électromyographie).....K 75
558596	558600	Mesure de la vitesse de conduction motrice <i>et/ou</i> sensitive, une région, avec rapportK 15
558611	558622	Mesure de la vitesse de conduction motrice <i>et/ou</i> sensitive, plusieurs régions, avec rapportK 30
Les prestations n°s 558530 - 558541, 558596 - 558600 et 558611 - 558622 ne sont pas cumulables entre elles; les prestations n°s 558552 - 558563 et 558574 - 558585 ne sont pas cumulables entre elles; les prestations n°s 558530 - 558541 à 558574 - 558585 ne sont pas cumulables avec les prestations thérapeutiques.		
558471	558482	Mesure de pression dans un compartiment musculaire, avec présomption de syndrome de compartimental aigu maximum une fois par traitement.....K 32
558493	558504	Mesure de pression dans un compartiment musculaire, avec monitoring pendant 24 heures, avec présomption de syndrome de compartimental aigu, maximum une fois par traitement.....K 53

Les prestations 558471 - 558482 et 558493 - 558504 ne sont remboursables que si elles sont prescrites par un médecin spécialiste en chirurgie générale ou orthopédique. Dans le courant d'un même traitement pour un patient, il ne peut être porté en compte qu'un seul de ces numéros.

558633 558644 Mise en évidence et mesure de douleurs dorsales et articulaires orthopédiques dorso-lombaires atypiques par la mesure tridimensionnelle simultanée de l'activité musculaire isodynamique avec tracé graphique et quantitatif des données traitées par ordinateur et rapportK 50

La prestation n° 558633 - 558644 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par an sauf accord préalable du médecin conseil.

558655 558666 Exploration de l'intégrité et de la vitesse de conduction dans les fibres motrices centrales par stimulation magnétique percutanée du cortex moteur..... K 70

558935 558946 Evaluation cinésiologique par enregistrement conjoint des variables cinématique, dynamique et E.M.G. d'un membre inférieur lors de la marche, par membre.. K 140

La prestation 558935 - 558946 n'est remboursable que si elle est prescrite par un médecin spécialiste en chirurgie ou en pédiatrie en vue d'une intervention correctrice de chirurgie orthopédique chez un enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale

La prestation 558935 - 558946 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par membre sauf après intervention correctrice de chirurgie orthopédique où elle peut être portée en compte, par membre, au maximum une fois par an.

La prestation 558935 - 558946 ne peut être cumulée ni avec les prestations diagnostiques de l'article 20, f, ni avec les prestations de la présente rubrique.

II. a) Prestations thérapeutique

1°

558736 558740 Thermo thérapieK3

558751 558762 Traction par table mécanique ou à moteur électrique ou par suspension.....K 5

558773 558784 Manipulations vertébrales (attestable une fois par jour et maximum 3 fois par patient pour un même traitement).....K 15

2° Prestations de rééducation

Rééducation qui, outre la gymnastique médicale comporte au moins une des techniques visées ci-dessous par séance (thérapie psychomotrice, électrostimulation pour atteinte motrice ou électrothérapie antalgique, ergothérapie, exercices avec prothèses et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes, hydrothérapie en piscine, thérapie de traction).

558795 558806 Les 18 premières séancesK 20

558390 de la 19^e à la 48^e séance incluseK 15

558423 à partir de la 19^e séanceK 15

558434 558445 Rééducation associée à de l'ergothérapie après la fin d'un traitement de rééducation pluridisciplinaire (558810-558821, 558832-558843, 558972-) pour une affection de la liste limitative, en vue d'optimiser et de conserver le résultat obtenu....K 15

558950 558961 Examen d'admission au traitement avec établissement du dossier de traitement et d'un plan de traitement détaillé en fonction de l'affection et adapté au patient K 20

Le plan mentionne l'affection pour laquelle le traitement est prescrit, avec indication de la nature, de la fréquence et du nombre total de traitements.

La prestation 558950 - 558961 peut être attestée une fois préalablement à un traitement complet de rééducation attesté sous les n^{os} 558810 558821 ou 558832 - 558843.

Cette prestation doit être exécutée au plus tard le jour de l'exécution de la première prestation de la série de prestations 558810 - 558821 et 558832 - 558843.

b) Traitements de rééducation:

558456	558460	Rééducation monodisciplinaire complexe pour un lymphoedème postchirurgical ou postradiothérapeutique d'un membre, ou rééducation du plancher pelvien pour incontinence urinaire ou fécale apparue de manière aiguë, sur prescription du médecin spécialiste traitantK 30
558810	558821	Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 60 minutes par séance et au cours de laquelle, pour chaque séance, le traitement comporte au moins deux disciplines, parmi lesquelles l'ergothérapie ou la kinésithérapie, et au moins deux des techniques suivantes sont appliquées : rééducation par le mouvement, thérapie psychomotrice, électrostimulation pour atteinte motrice ou électrothérapie antalgique, mécanothérapie, exercices avec prothèses externes et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes, hydrothérapie en piscineK 30
558832	558843	Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 120 minutes par séance et au cours de laquelle, pour chaque séance, le traitement comporte au moins deux disciplines, parmi lesquelles l'ergothérapie ou la kinésithérapie, et au moins deux des techniques suivantes sont appliquées :rééducation par le mouvement, thérapie psychomotrice, électrostimulation pour atteinte motrice ou électrothérapie antalgique, mécanothérapie, exercices avec prothèses externes et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes, hydrothérapie en piscineK 60
558972		Rééducation pluridisciplinaire ambulatoire pour les affections de la colonne vertébrale, avec une durée de 120 minutes par séanceK 60

Art. 23. § 1^{er}. Pendant une même consultation ou séance de traitement, les honoraires pour prestations diagnostiques d'une part et prestations thérapeutiques ou prestations de rééducation ou traitements de rééducation de la nomenclature de physiothérapie d'autre part ne peuvent être cumulés entre eux.

Pendant une même consultation ou séance de traitement, les honoraires pour prestations thérapeutiques (Art. 22 II a) 1°), les honoraires pour prestations de rééducation (Art. 22 II a) 2°) et les honoraires pour les traitements de rééducation (Art 22, II b) ne peuvent être cumulés entre eux; ils ne peuvent pas non plus être cumulés entre eux au sein d'une même sous-rubrique de prestations, ni avec les honoraires des prestations de kinésithérapie, et ce, qu'il s'agisse de la même affection ou d'une autre affection pathologique du patient, à l'exception de la prestation 558950 - 558961, comme précisé dans la troisième règle d'application qui suit cette prestation.

§ 2. Les honoraires pour les prestations thérapeutiques et de rééducation figurant dans le présent chapitre ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation qu'à l'occasion de la consultation qui a donné lieu à la prescription d'une prestation thérapeutique ou de rééducation dudit chapitre de l'article 22, à l'occasion de la consultation d'évaluation au terme d'une série de ces prestations, ou à l'occasion de l'exécution de la prestation 558773 - 558784.

La prestation 558950 - 558961 peut être cumulée avec les honoraires de la consultation ou avec les honoraires de surveillance.

Les honoraires de la consultation ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires des prestations 558810 - 558821 et 558832 - 558843.

Les honoraires de la consultation par le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, qui a donné lieu à la prescription d'une série de prestations 558795 - 558806, peuvent être cumulés avec les

honoraires de la première prestation 558795 - 558806, quand cette consultation est attestée pour l'établissement d'un plan de traitement individualisé en fonction de l'affection.

§ 3. Les prestations 558434 - 558445, 558810-558821, 558832 - 558843 et 558972 - peuvent uniquement être portées en compte par le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation ou par le médecin spécialiste en réadaptation neurologique, respiratoire ou locomotrice, reconnu par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, mais pour les trois derniers, avec limitation aux affections qui ressortissent à leur agrément de réadaptation, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions de l'article 23.

La prestation 558633 - 558644 peut également être remboursée si elle est portée en compte par un médecin spécialiste en chirurgie générale, par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, ou par un médecin spécialiste en rhumatologie.

§ 4. Le plan de traitement visé dans la prestation 558950 - 558961 est établi individuellement pour chaque patient et est tenu à jour dans le dossier de traitement. Au début du traitement pluridisciplinaire, le médecin traitant transmet au médecin-conseil de l'organisme assureur un formulaire standard comme notification, mentionnant le code de l'affection figurant sur la liste limitative reprise au § 11, du présent article, ainsi que la date de début du traitement.

§ 5. Le remboursement des prestations 558810 - 558821 et 558832 - 558843 n'est autorisé que pour le traitement de rééducation de l'une des affections figurant dans la liste limitative reprise au § 11 du présent article, et conformément à la limitation qui a été prévue dans le nombre de traitements.

Une réunion d'équipe hebdomadaire est exigée. Un rapport en est conservé dans le dossier de rééducation.

Les honoraires pour les prestations 558810 - 558821 et 558832 - 558843 ne peuvent pas, pour la même situation pathologique, être portés en compte avec ou après des prestations portées en compte dans le cadre des conventions visées dans l'article 23, § 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, que ces prestations soient effectuées dans le même centre de réadaptation fonctionnelle ou dans des centres différents.

Les honoraires pour les prestations 558810 - 558821 et 558832 - 558843 ne peuvent être portés en compte pour la rééducation de patients cardiaques.

§ 6. Le remboursement des prestations 558434-558445, 558456 - 558460, 558810 - 558821, 558832 - 558843 et 558972 - n'est autorisé que pour les traitements de rééducation effectués sous la coordination d'un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation dans un service de médecine physique intégré dans un établissement hospitalier agréé, dans lequel sont au moins présents à temps plein, outre le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, les disciplines kinésithérapie et ergothérapie. Le service peut, en outre, faire appel, dans l'institution, aux fonctions logopédie et psychologie clinique.

Le service extra-muros de médecine physique et de réadaptation, qui peut produire un contrat de collaboration avec un établissement hospitalier agréé et qui satisfait aux autres conditions de personnel, est assimilé au service intégré à la condition que cette collaboration existait déjà à la date de publication du présent arrêté.

La série des prestations 558456 - 558460, 558810 - 558821 et 558832 - 558843 n'est remboursée qu'une seule fois par affection, dans le cadre d'un traitement de rééducation.

Le nombre maximum de séances de rééducation effectuées sous les prestations 558795 - 558806 et 558390 concerne un nombre maximum de séances par année civile et pour la même situation pathologique.

La prestation 558434 - 558445 peut être portée en compte au maximum 104 fois par assuré après la série de traitements de rééducation 558810 - 558821, 558832 - 558843 ou 558972 -, pour la même situation pathologique.

§ 7. Le service de médecine physique et de rééducation tient à jour un registre de tous les traitements de rééducation effectués, avec indication de l'affection correspondante de la liste limitative reprise au § 11 du présent article et des différentes disciplines qui ont contribué au traitement. Ce registre est établi par année civile et est mis à la disposition du médecin-conseil de l'organisme assureur, du médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et des organes chargés d'une mission de peer review.

§ 8. Le traitement complet de rééducation attesté sous le n° 558972 - comporte, pour l'ensemble des séances, au minimum les éléments suivants :

- 1° une évaluation fonctionnelle et psychosociale préalable;
- 2° l'information du patient sur les facteurs mécaniques qui favorisent la dégradation du segment vertébral (anatomie, biomécanique, charge vertébrale), l'explication des principes du soutien du dos et la discussion des facteurs émotionnels et psychologiques qui peuvent entretenir la douleur;
- 3° la formation pratique dans les techniques pour ménager le dos (épargne vertébrale), y compris les activités professionnelles fréquentes (soulèvement de lourdes charges, etc.);
- 4° une rééducation individualisée avec au moins une correction du maintien, un renforcement analytique des muscles paravertébraux, et des exercices d'étirement;
- 5° l'amélioration de la condition physique tant au niveau aérobique (sur cyclo-ergomètre ou tapis roulant) qu'au niveau de l'endurance musculaire (appareils de fitness);
- 6° une partie ergonomique avec au moins l'explication au patient des règles concernant l'adaptation à l'environnement en vue de limiter la charge du dos et avec, grâce à cette formation, la reconnaissance par le patient lui-même des risques les plus importants dans son milieu socioprofessionnel. Cette partie doit, le cas échéant, également comporter une analyse du poste de travail selon la profession du patient;
- 7° une évaluation fonctionnelle et psychosociale à la fin du traitement.

La série de prestations 558972 - ne peut être attestée qu'une seule fois par assuré. Il peut être attesté au maximum 36 de ces prestations, pendant une période de six mois. Elles ne peuvent être portées en compte que pour les indications suivantes :

- 1° cervicalgies et dorsolombalgies mécaniques aspécifiques apparues depuis plus de 6 semaines;
- 2° moins de 3 mois après une chirurgie vertébrale correctrice;

Cette série peut être attestée une deuxième fois uniquement :

- 1° soit en cas de nouvelle intervention chirurgicale sur la colonne vertébrale;
- 2° soit, avec l'accord du médecin-conseil de la mutualité, pour une pathologie vertébrale dans le cadre d'une réintégration socioprofessionnelle.

Les séances collectives de traitement ne peuvent jamais concerner plus de 8 patients.

L'analyse ergonomique peut couvrir maximum deux des 36 prestations 558972 -.

Ce service doit disposer d'une équipe qui comporte au minimum les disciplines ergothérapie, kinésithérapie et psychologie. Un ergonome diplômé peut remplacer l'ergothérapeute.

Si l'équipe ne dispose pas d'un ergonome diplômé, les tâches qui doivent être effectuées dans le cadre du module d'ergonomie sont dispensées par un autre membre de l'équipe, à condition que celui-ci ait bénéficié d'une formation complémentaire en ergonomie physique d'une durée de minimum 90 heures, et que la preuve puisse être fournie d'une expérience dans l'évaluation des risques biomécaniques sur le lieu de travail.

Dans les deux semaines qui suivent la fin du traitement de rééducation, un rapport médical est transmis au médecin traitant, ainsi que, dans le cas d'un patient bénéficiaire en incapacité de travail, au médecin-conseil de l'organisme assureur, et, moyennant l'accord du patient, au médecin du travail. Ce rapport contient les résultats d'évaluation au début du traitement, une description des tâches de rééducation effectuées, les résultats de l'évaluation clinique, psychologique et, si nécessaire, ergonomique à la fin du traitement et les recommandations pour la reprise des activités professionnelles et, si nécessaire, pour la rééducation d'entretien.

L'évaluation au début et à la fin du traitement comporte un bilan algologique (au moyen d'une ou plusieurs échelles visuelles analogiques), une mesure du handicap fonctionnel vécu (Roland-Morris scale ou Oswestry Disability Questionnaire), une mesure de l'état dépressif et une mesure de la kinésiophobie, un bilan fonctionnel vertébral et une évaluation pratique de la connaissance acquise en matière d'épargne vertébrale.

§ 9. Les prestations en matière de moulages plâtrés pour les appareils orthopédiques, les orthèses et les appareils plâtrés, et les tractions continues vertébrales pendant une hospitalisation (qui figurent dans l'article 14, k), I), § 2, B, 2°, 3°, 4°, 5°, C, 2°, 3°, 4°, 5°, D, 2°, 3°, 4°, 5°, et II) peuvent être dispensées par les

médecins spécialistes en médecine physique et en réadaptation, en dehors du traitement des fractures et luxations.

§ 10. Mesures de transition :

Pour les patients pour lesquels le médecin-conseil a donné un accord pour une série de traitements 558810 - 558821 et 558832 - 558843 avant la mise en application du présent arrêté, le nombre total de traitements ne peut pas dépasser les quantités prévues dans la liste limitative reprise au § 11 du présent article.

**§ 11. LISTE LIMITATIVE DES AFFECTIONS POUR LA REEDUCATION
PLURIDISCIPLINAIRE
(558810 - 558821 et 558832 - 558843)**

N° de code	Affection	Type	Nombre max.
-Système Nerveux Central-			
101 A	Lésions cérébrales avec manifestations neurologiques déficitaires	K 60	120 trait.
102 A	Lésion transversale/paraplégie-parésie/tétraplégie-parésie	K 60	120 trait.
103 A	Affection neurologique progressive avec modification manifeste de l'autonomie fonctionnelle	K 60	120 trait.
-Système nerveux périphérique-			
201 A	Lésion nerveuse périphérique/radiculopathie/lésion du plexus	K 60	120 trait.
202 A	Polyneuropathie avec modification manifeste de l'autonomie fonctionnelle	K 60	120 trait.
-Système musculaire-			
301 A	Myopathie/myosite avec modification manifeste de l'autonomie	K 60	120 trait.
-Affections orthopédiques-			
401 A	Algodystrophie (Südeck), épaule gelée (syndrome douloureux complexe régional)	K 60	120 trait.
402 A	Prothèse articulaire des grandes et moyennes articulations des membres	K 60	60 trait.
403 A	Amputations MS/MI (sauf doigt D2-D5)	K 60	60 trait.
404 A	Altération fonctionnelle orthopédique en relation avec une atteinte des grandes et moyennes articulations des membres	K 60	60 trait.
405 B	Altération fonctionnelle en relation avec des lésions tendineuses graves avec interruption partielle ou complète de la continuité	K 30	60 trait.
406 B	Fractures d'une (de) vertèbre(s) par enfoncement	K 30	60 trait.
407 B	Fractures du bassin avec fracture ilio- et ischiopubienne associée à un déplacement sacro-iliaque, après correction chirurgicale	K 30	60 trait.
-Divers-			
501 B	Rééducation postopératoire ou suite à un séjour en soins intensifs, après intervention > K 180 ou N 300 ou après séjour de plus de 7 jours en Soins intensifs	K 30	60 trait.
501 A	Cicatrices de brûlures étendues avec gêne fonctionnelle pendant leur phase évolutive ou après correction chirurgicale/plastique	K 60	60 trait.
503 A	Affections articulaires rhumatismales chroniques évolutives avec modification manifeste de l'autonomie fonctionnelle	K 60	60 trait.
504 B	Rééducation pulmonaire pour insuffisance respiratoire obstructive ou restrictive avec VEMS < 60% et/ou désaturation démontrée, sur prescription du pneumologue	K 30	60 trait.

(MB 29.06.2004) APPLICABLES À PARTIR DU 01.08.2004

Article 1^{er}. **L'article 27, § 18**, alinéa 1^{er}, 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, inséré par l'arrêté royal du 16 juillet 2001 et modifié par l'arrêté royal du 16 mai 2003, est remplacé par l'alinéa suivant :

« Les produits prévus au présent article ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :

- deux mois s'il s'agit d'un premier appareillage;
- six mois s'il s'agit d'un renouvellement. »

Art. 2. **L'article 28, § 8, 23^o**, alinéa 1^{er}, de la même annexe, insérée par l'arrêté royal du 16 juillet 2001 et modifié par l'arrêté royal du 16 mai 2003, est remplacé par l'alinéa suivant :

« Les produits prévus au présent paragraphe ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :

- deux mois s'il s'agit d'un premier appareillage;
- six mois s'il s'agit d'un renouvellement. »

Art. 3. **L'article 29, § 19**, alinéa 1^{er}, de la même annexe, insérée par l'arrêté royal du 16 juillet 2001 et modifié par l'arrêté royal du 16 mai 2003, est remplacé par l'alinéa suivant :

« Les produits prévus au présent article ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :

- deux mois s'il s'agit d'un premier appareillage;
- six mois s'il s'agit d'un renouvellement. »

**RÈGLES D'INTERPRÉTATION ARTICLE 25 ET ARTICLE 35 BIS§1
DE LA NOMENCLATURE (M.B. DU 29.06.2004)**

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés) :

REGLE INTERPRETATIVE 19

QUESTION

Les prestations 599443 et 599465 (consultation de psychiatrie de liaison interne) faites à la demande du médecin spécialiste traitant autre que le médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie, suite à la survenue de problématique psychiatrique chez son patient hospitalisé en service Sp, peuvent-elles être attestées ?

REPONSE

Les prestations en question peuvent être attestées si elles sont exécutées par un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie, suite à la demande du médecin spécialiste traitant (autre qu'un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie) sauf si le patient est hospitalisé dans un service Sp-psychogériatrique (que ce soit d'un hôpital psychiatrique ou d'un hôpital général).

La règle interprétative précitée entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge. c.à.d. le 29.06.2004

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 35bis, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé :

« REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

La prestation 732395-732406 "Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 229611- 229622, par voie endoscopique, avec prélèvement endoscopique de la grande veine saphène ... U 350", peut-elle être attestée à l'occasion de la prestation 229633-229644 « Revascularisation myocardique à coeur battant effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuels(s) bypass veineux associé(s) » ?

REPONSE

La prestation 732395-732406 peut être attestée à l'occasion de la prestation 229633-229644. »

La règle interprétative précitée prend effet le 1^{er} mars 2004.

LA FORMATION EN CHIRURGIE VUE PAR L'ASSISTANT

Réponse de la Commission d'Agrément Francophone en Chirurgie à propos de : « La formation en chirurgie vue par l'assistant » ; Docteur D. AERDEN, le Médecin Spécialiste, numéro spécial pour les chirurgiens – novembre 2003 – p. 11 – 14.

La lettre du Docteur AERDEN, Président du BAST, dans le numéro de novembre 2003 du « Médecin spécialiste », interpelle quant à la qualité de la formation des assistants en chirurgie. La commission d'agrément *francophone* souhaite apporter quelques précisions.

Les membres de la commission sont convaincus de la nécessité d'une amélioration constante de la qualité de la formation. Bien des inégalités, insuffisances et difficultés persistent : pression de travail élevée, autonomie difficile à laisser à l'assistant, etc.... Certaines remarques s'imposent.

- La commission d'agrément ne peut statuer définitivement sur l'agrément qu'au terme de la formation. Il est de sa responsabilité légale (et éthique) de certifier que le candidat est apte à pratiquer tous les aspects de la chirurgie de façon autonome. Son rôle ne s'est cependant jamais limité à cette sanction finale. Depuis de nombreuses années, elle s'est fixé comme objectif d'aider l'assistant et son maître de stage coordinateur dans le pilotage de la formation par la précision des objectifs, par la mise au point d'un outil de mesure approprié, et par un contrôle régulier.

La commission d'agrément « n'envisage pas de fixer des quotas d'interventions ». Ceux-ci sont d'application depuis 7 ans. Ils ont été établis sur des bases réalistes (moyenne de la formation en CFB), font l'objet d'une évaluation régulière, incluent les nouveaux paramètres : approche coelioscopique, adaptation à l'évolution et au volume de la pratique, par exemple (réf : Acta chirurgica belgica 2003, 103, 434-443).

Un effort considérable d'informatisation a été fait pour faciliter la vie « administrative » de l'assistant et l'analyse quantitative des interventions, année par année. Des tableaux positionnent automatiquement l'activité observée par rapport à l'activité attendue. Il est de la responsabilité de l'assistant de rentrer ses données dans les délais impartis.

Les nombreuses « auditions » sont loin de se limiter à des réprimandes et à une distribution de mises en garde. La commission ne joue un rôle « répressif » qu'en cas d'insuffisances ou de fautes graves. Elle le fait toujours après avoir entendu toutes les parties séparément et se garde bien de « désigner l'assistant comme seul responsable en cas de constat d'insuffisance ». Préventivement, elle est ouverte à chacun en cas de problème. Notre préoccupation est de réagir le plus rapidement possible ; ceci est impossible en cas de retard dans la rentrée des carnets de stage, dans la signalisation des difficultés auprès du maître de stage, du maître de stage coordinateur et de la commission.

Il faut noter que plus de 90% des formations arrivent à terme sans incidents majeurs. L'action de la commission n'y est peut-être pas tout à fait étrangère.

- Tous les maîtres de stage n'ont peut-être pas toutes les qualités pédagogiques requises. La commission essaie d'assurer un équilibre global satisfaisant. Il n'y a aucune obligation de changer chaque année de centre de formation. Les plans de stages peuvent être modifiés si nécessaire. Certains l'ont été à l'initiative de la commission de façon à prévenir des insuffisances au terme de la formation.

Même si tous s'efforcent de contribuer à la formation de l'assistant, il revient incontestablement à ce dernier de prendre sa formation en main, passant du rôle d'assisté à celui d'assistant. Il est inexact de dire que « la plupart des assistants n'ont pas la moindre prise sur le cours de leur formation ». Les assistants ont le droit et le devoir d'avoir leur mot à dire dans l'évaluation des services de stage. Ils le font d'ailleurs par deux formulaires d'évaluation à rentrer chaque année avec le carnet de stage, et la commission leur est ouverte à tout moment.

- Quant à la durée de formation, elle est déterminée par des critères qualitatifs et quantitatifs, que ceux-ci soient atteints en 6, 7 ou 8 ans. Le risque d'un allongement d'une formation, prévue légalement en 6 ans **minimum**, provient davantage du souhait ou de la nécessité d'acquérir des compétences complémentaires.

Nous espérons que ces informations aideront à mieux cerner le rôle de la commission qui est une structure à la disposition des assistants et maîtres de stage pour les aider à accomplir leur mission de formation bien avant d'être un office de contrôle ou de sanction.

Pour les membres de la Commission d'Agrément Francophone de Chirurgie

Pr. P. MENDES da COSTA,
Président.
Bruxelles le 13/02/2004.

**ARTICLE 140, §5, DE LA LOI SUR LES HÔPITAUX – CONVENTIONS INDIVIDUELLES
ENTRE GESTIONNAIRE ET MÉDECIN HOSPITALIER**

*Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins
(publication prévue dans le Bulletin du Conseil national (BCN) n° 105, septembre 2004)*

En sa séance du 3 avril 2004, le Conseil national a examiné l'impact sur la déontologie médicale du §5 inséré dans l'article 140 de la loi sur les hôpitaux par l'article 112 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé. Ce paragraphe dispose: "L'accord entre le gestionnaire et le Conseil médical tel que visé aux §§3 et 4, est contraignant pour les médecins hospitaliers concernés, nonobstant toute stipulation contraire dans les conventions ou les actes de nomination individuels visés à l'article 131.". L'accord en question porte sur les retenues appliquées pour couvrir les frais occasionnés par les prestations médicales qui ne sont pas financés par le budget et sur les retenues appliquées pour la mise en œuvre de mesures de nature à maintenir ou à promouvoir l'activité médicale à l'hôpital, appelées "contribution de maintien".

Le Conseil national comprend que certains médecins puissent se sentir lésés, mais il importe en la matière de souscrire à la prévalence de la solidarité entre médecins hospitaliers sur l'intérêt du médecin hospitalier individuel.

La question fondamentale est de savoir si le Conseil médical en tant qu'organe représentatif des médecins hospitaliers prend suffisamment en compte les intérêts des médecins individuels. Le Conseil national souligne que du point de vue de la déontologie médicale, les critères les plus importants doivent être l'intérêt du patient ainsi que le maintien et la promotion de la qualité de la dispensation intégrée des soins. A cet égard, le Conseil national renvoie à son avis du 29 janvier 1994 qui demeure entièrement d'application.

Des craintes s'élèvent quant à la possibilité que le gestionnaire fasse pression sur des membres du Conseil médical pour obtenir un accord qui ne serait pas équitable pour certains médecins. A cet égard, il convient de noter que la somme des promesses faites au gestionnaire par les membres du Conseil médical n'est pas égale à la décision du Conseil médical. Il n'est pas acceptable de rendre les membres du Conseil médical personnellement responsables d'une décision prise par le Conseil médical. Le Conseil national rappelle l'article 30 de l'arrêté royal du 10 août 1987 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du Conseil médical. Cet article dispose: "Les membres du Conseil médical votent à haute voix, excepté lorsqu'il s'agit d'une question de personnes ou lorsqu'un membre en fait la demande, auxquels cas il est recouru au scrutin secret.". Il s'ensuit que, dans des questions délicates, il suffit de la demande d'un seul membre pour que le scrutin soit secret. Il est indiqué de prévoir dans le règlement du Conseil médical que les interventions des membres lors des réunions du Conseil médical, à propos des points décidés par scrutin secret, ne sont pas actées nominativement au procès-verbal, afin que chaque membre puisse donner son opinion avant qu'il soit procédé au vote. Ceci permet une décision impartiale et indépendante du Conseil médical.

Il est demandé si l'aspect matériel des relations entre médecins hospitaliers ne pourrait être résolu par l'article 84 du Code de déontologie médicale et le chapitre du Code concernant la collaboration professionnelle entre médecins (Titre IV, Chapitre IV). Les règles de la déontologie médicale renferment la possibilité pour les médecins hospitaliers de décider de commun accord de la création d'un pool mais cette décision leur appartient et ne peut être imposée par la déontologie. L'article 132, §2, 2°, de la loi sur les hôpitaux prévoit, parmi les systèmes de rémunération possibles des médecins hospitaliers, une rémunération "fondée sur la répartition d'un "pool" de rémunération à l'acte, établi pour l'ensemble de l'hôpital ou par service;".

Enfin, le Conseil national estime que le §5 inséré dans l'article 140 de la loi sur les hôpitaux n'a pas pour conséquence que l'accord sur la contribution de maintien, tel que visé aux §§ 3 et 4 de l'article 140, préexistant et soumis au conseil provincial compétent pour approbation, doit être présenté à nouveau au conseil provincial par chaque Conseil médical si cela a déjà été fait antérieurement. Ceci n'enlève pas au médecin individuel la possibilité d'en appeler à son conseil provincial si les règles en vigueur sur le plan financier dans son hôpital lui paraissent contraires à la déontologie médicale.

PÉNURIE D'ASSISTANTS OPERATOIRES?

Vendredi 11 juin, Radio 1 et TV1 de la VRT ont diffusé une courte interview du Professeur J. Gruwez au cours de laquelle des éclaircissements ont été demandés concernant une lettre adressée au ministre Demotte par le Dr L. Haeck, président de l'Union professionnelle des chirurgiens belges. La lettre attirait l'attention sur la pénurie prévisible d'assistants opératoires en raison de la diminution du nombre d'assistants en formation qui est attendue dans le futur.

Le Prof. Gruwez a apporté les explications suivantes :

"Une pénurie d'assistants en formation touchera les hôpitaux non universitaires dans la mesure où la sélection a été confiée aux facultés et que celles-ci réserveront probablement "leurs" assistants pour leurs hôpitaux universitaires au lieu de veiller, comme par le passé, à une répartition plus large, étendue aux hôpitaux non universitaires.

Les infirmières de salle d'opération pourraient fournir une assistance mais les directions des hôpitaux souhaitent que celle-ci soit financée par les honoraires médicaux, et ce alors que la loi le prévoit autrement.

Pour les opérations plus importantes, les médecins devraient fournir l'assistance. C'est dans ce cadre qu'une augmentation de 10 % à 25 % de la rémunération de l'assistance est demandée."

En début d'interview, le Prof. Gruwez a fait remarquer qu'il y a une pléthore de chirurgiens et de médecins, que la Belgique se situe en troisième position, après la Grèce et l'Italie, dans le classement mondial de la densité de médecins et que le numerus clausus ne doit certainement pas être supprimé. Cette partie n'a pas été diffusée par la rédaction du Journal.

CONVENTIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

5 JUIN 2004. - Arrêté royal portant exécution de l'article 217bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 10.06.2004)

[...]

Article 1er. § 1er. Les nouvelles conventions visées à l'article 217bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ne peuvent être conclues que s'il s'agit :

a) de conventions types de rééducation fonctionnelle conclues avec un des types de centres suivants :

1° centres de référence pour patients atteints du syndrome de fatigue chronique;

2° centres de jour de soins palliatifs;

3° centres de référence pour infirmes moteurs cérébraux;

4° centres de rééducation fonctionnelle qui se consacrent exclusivement à la rééducation fonctionnelle de bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle;

5° centres de référence pour les troubles du spectre de l'autisme;

6° centres de référence multidisciplinaires de la douleur chronique;

7° cliniques du pied diabétique;

8° centres pour patients atteints d'affections cérébrales non congénitales;

9° centres de rééducation locomotrice catégorielle;

b) d'une convention conclue avec un centre de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes dans le cadre de l'espace budgétaire supplémentaire prévu à cet effet en 2002 et 2003 par les instances compétentes sous l'impulsion du gouvernement ou du ministre de tutelle.

§ 2. On entend par convention de rééducation fonctionnelle type au sens du présent arrêté, toute convention, conclue entre le Comité de l'assurance institué auprès du Service des Soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et les centres visés à l'article 1er, § 1er, a) comprenant, pour un type de centre déterminé, des dispositions communes portant sur l'établissement de rééducation fonctionnelle, le groupe cible de patients, les programmes et prestations de rééducation fonctionnelle.

Si, dans ce cas, les prix et les honoraires diffèrent, il n'est pas porté atteinte à la nature de la convention en tant que convention de rééducation fonctionnelle type.

Art. 2. Les conventions existantes au 1er janvier 2004 ne peuvent être modifiées qu'à l'aide d'avenants portant soit sur la reconduction telle quelle d'une convention de rééducation fonctionnelle existante ou soit ayant trait à un établissement visé à l'article 1er, § 1er ou soit portant sur des révisions purement techniques des conventions sans conséquences budgétaires.

Dans ce dernier cas, il faut toujours demander l'avis de la commission de contrôle budgétaire.

Art. 3. Les dispositions des articles 1er et 2 sont d'application jusqu'au 31 août 2004.

Art. 4. Le présent arrêté produit ses effets le 1er janvier 2004.

Art. 5. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

RECHERCHE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE : trois Fonds lancent un appel à projets
Communiqué de presse de la Fondation Roi Baudouin

Plusieurs Fonds nominatifs créés au sein de la Fondation Roi Baudouin sont, selon la volonté de leurs fondateurs, actifs dans le domaine de la recherche scientifique et médicale. Trois d'entre eux lancent un appel aux candidatures :

- Le Fonds Alphonse et Jean Forton, qui a pour objectif de lutter contre la **mucoviscidose**
- Le Fonds Maria-Elisa et Guillaume De Beys, qui veut encourager la **recherche médicale à dimension sociale qui concerne en particulier les situations d'urgence et de crise**.
- Le Fonds Marie-Thérèse De Lava, qui accorde un Prix destiné à encourager la **recherche sur le vieillissement** et concerne le domaine des sciences sociales, psychologiques, biologiques et médicales.

Les règlements des différents appels se trouvent sur le site de la Fondation Roi Baudouin (www.kbs-frb.be).

Info: Centre de contact Tél. 070-233 065 e-mail : proj@kbs-frb.be

REUNIONS SCIENTIFIQUES

38e JOURNEES D'ENSEIGNEMENT POSTUNIVERSITAIRE 2004
organisées par l'Association des Médecins anciens étudiants de l'ULB du 9 au 12 septembre 2004

PROGRAMME :

Jeudi 9 septembre:	Vaccinations – Allergologie pratique
Vendredi 10 septembre:	Pathologie du cheveu – Psychiatrie
Samedi 11 septembre:	Ethique et économie : Un certificat, un contrôle. Pour qui? Pour quoi? Comment? – Chirurgie et médecine esthétique : risques et complications
Dimanche 12 septembre:	Actualités thérapeutiques – Remise du prix du concours – Cocktail de clôture

Accréditation demandée.

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS, INSCRIPTIONS OU DEPLIANTS DÉTAILLÉS :

s'adresser à l'A.M.U.B., route de Lennik, 808 boîte 612 - 1070 Bruxelles

Tél. : 02/555.60.62 – e-mail : amub@ulb.ac.be – <http://www.amub.be>

Cycle de conférences organisé par le Centre Médical Enaden

mardi 21 septembre 2004 à 20h00 : "Toxicomanie et parentalité" - orateurs : Danielle Bizac et le Dr Robberecht.

mardi 07 décembre 2004 à 20h00 : "Consommations abusives, dépendances, sevrages et urgences médicales" - orateur : Dr Patrick Honoré.

mardi 18 janvier 2005 à 20h00 : "Toxicomanie et mise en observation" - orateur : Dr Edith Stillemans.

Ces conférences auront lieu à la rue St Bernard 114 à 1060 Bruxelles - pour réservation, tél.: 02/534.63.73. La PAF s'élève à 5 € pour les étudiants/stagiaires et 7,50 € pour les autres. Accréditation acceptée.

ANNONCES

04017* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73

04026* **JODOIGNE** : Le cabinet médical du Marché aux Chevaux cherche **SPÉCIALISTES** collaborateurs. Tél. soir 02/779.28.15 ou 0479.45.80.44.

04049 **BRUXELLES** : Centre de médecine spécialisée situé à 1080 Bruxelles (square Machtens) recherche la collaboration d'un(e) **INTERNISTE** pour reprise du service. Envoyer CV à **CARDIOASSISTANCE**, rue du Saphir 33, à 1030 Bruxelles.

- 04056 **RHUMATOLOGUE/PHYSIOTHÉRAPEUTE** recherché pour centre méd. privé à **WATERMAEL**. Patientèle existante. Tél. centre méd. : 02 6603872 et 02 6600719. GSM 0475 728254 (Dr Detemmerman ou Dr Borremans)
- 04057 **A VENDRE** 4 dictaphones de bureau 150 euros pièce, avec minicassettes. A v. 2 dictaph. de poche profess. pocket memo 398 Philips, 40 euros pièce, avec adapt. secteur et minicassettes. Tél. Dr Borremans 02 6723160, 6600719 GSM 0475728254. Soir: 023547374.
- 04060 **CHIMAY** : Hôpital de Chimay cherche 3° **PÉDIATRE** tps plein ou tps partiel; 15 lits; néonats; polysomno; consultations sur plusieurs sites; gardes à domicile (astreinte). **HONORAIRES NETTEMENT REVALORISÉS**. Tél. Dr Croisier 060/21.85.40 – fax 060/21.85.51 – GSM 0477/62.89.04.
- 04061 **BRUXELLES** : CMS à St Gilles cherche d'urgence **DERMATOLOGUE** – grosse patientèle – Tél. 02/653.61.07 ou le soir 02/230.07.26.
- 04062 **FRANCE** : Languedoc 10 min de la mer : Groupe de quatre **RADIOLOGUES** cherche successeur cause retraite d'un des associés. Radiologie générale, mammographie dépistage, échographie, parts scanner et Irm privés. Cabinet en pleine expansion indépendant dans bel immeuble 2003 privé avec parking clientèle. CONTACT: 00.33.6.08 92 08 04 – 00.33.6.81 79 64 37.
- 04063 **WAVRE À LOUER** rez 3 cab méd ou para, sauf dermat. Possibilité de partage de secrétariat. Parking privé. Contact Dr Stenuit 010/22.78.43
- 04064 **BRUXELLES** : Centre médical situé à Schaerbeek, importante patientèle, cherche **PÉDIATRE, PÉDOPSYCHIATRE, DERMATOLOGUE, CARDIOLOGUE**. Tél. Dr Dejardin 02/215.05.12.
- 04065 **HAINES-SAINTE-PAUL** : Les laboratoires des Centres Hospitaliers de Jolimont-Lobbes recherchent un(e) **MÉDECIN/PHARMACIEN BIOLOGISTE** temps plein pour renforcer une équipe de six biologistes. Il/Elle devra prendre en charge et développer les activités du Centre de Diagnostic Moléculaire de Jolimont. Par ailleurs, il/elle prendra également des responsabilités dans la gestion quotidienne et le développement des laboratoires. Nous cherchons un(e) collaborateur/trice sachant faire preuve d'esprit d'équipe et ayant le désir de s'investir dans le développement d'un laboratoire important comportant quatre sites d'activité. Une reconnaissance en médecine nucléaire in vitro est un atout pour ce poste. Veuillez adresser votre candidature (curriculum vitae et lettre de motivation) au : Centre Hospitalier Jolimont-Lobbes – A l'attention de M. P. GRAUX, Directeur Général, Rue Ferrer, n° 159 – 7100 Haine-Saint-Paul – Tél. 064/23 40 08 – Fax 064/23 36 94 – E-mail : chljjolimont@skynet.be
- 04066 **BRUXELLES** : Polyclinique (grande affluence) demande **NEUROLOGUE** pour examens EMG et potentiels évoqués etc. Prière téléphoner : 02/523.25.00 après-midi sauf mardi.
- 04067 **WATERLOO** : Cabinet médical de luxe **À LOUER** à la demi-journée. Boul. de la Cense, Waterloo. Tél. Dr Vincent 0475.27.04.57
- 04068 **BRUXELLES** : Les Cliniques Sainte-Anne Saint-Rémi Saint-Etienne recherchent pour le site Saint-Etienne « un **INTERNISTE** avec reconnaissance en **DIABÉTOLOGIE** pour partager les consultations ». Envoyer candidature + CV au Docteur De Coster O.- chef de service. Informations : Docteur Ponchon M. – Docteur Russo R. Clinique St Etienne - rue du Méridien 100 à 1210 Bruxelles. Pour rens. compl. : Tél. 02/225.90.79 Fax : 02/225.90.73.
- 04069 **DINANT** : CH Dinant recrute **RADIOLOGUE** temps plein pour radiologie générale avec compétence scanner et IRM. Contacter direction médicale 082/21.26.60.

Table des matières

• Coordination officieuse des articles 22 et 23 de la nomenclature applicable à partir du 01.08.2004	1
• Modifications de la nomenclature art. 27§18 - 28§8 et 29§19 (MB 29.06.2004) applicables à partir du 01.08.2004	6
• Règles d'interprétation Article 25 et Article 35 bis§1 de la nomenclature (M.B. du 29.06.2004)	7
• La formation en chirurgie vue par l'assistant	7
• Article 140, §5, de la loi sur les hôpitaux – Conventions individuelles entre gestionnaire et médecin hospitalier	8
• Pénurie d'assistants opératoires?	9
• Conventions de rééducation fonctionnelle	10
• Recherche médicale et scientifique : trois Fonds lancent un appel à projets – Communiqué de presse de la Fondation Roi Baudouin	10
• Réunions scientifiques	11
• Annonces	11