

---

# Le Médecin Spécialiste

---

Organe du Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS  
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof  
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles  
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

**N° SPECIAL / DECEMBRE 2008**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

## NOUVEAUX TARIFS À PARTIR DU 01.01.2009

Les nouveaux tarifs applicables à partir du 01.01.2009 seront disponibles sur le website du GBS <http://www.gbs-vbs.org> dans les meilleurs délais. Ils pourront également être obtenus sur simple demande auprès du secrétariat par téléphone au 02/649.21.47 ou par fax au 02/649.26.90.

## ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2009-2010<sup>1</sup>

Conclure un nouvel accord national médico-mutualiste pour les années 2009-2010 n'a pas été un exercice évident en ces temps difficiles sur le plan financier. Cet accord est le fruit de discussions et de négociations ardues entre toutes les parties. Les moyens financiers supplémentaires disponibles pour le financement de nouvelles initiatives sont limités dans le budget arrêté pour les soins de santé en 2009. De ce fait, la réalisation d'un grand nombre de nouvelles prestations se fera attendre.

Toutes les consultations et les actes techniques des médecins généralistes et des médecins spécialistes font l'objet d'une augmentation linéaire de **4,32 %** à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Pour les prestations d'anesthésie, cette mesure n'entre toutefois en vigueur que le 1<sup>er</sup> avril 2009.

Dans le cadre de la politique des médicaments, le Conseil général du 13 octobre 2008 a décidé de formuler des objectifs de prescription concrets pour 2009 au niveau des médicaments "moins onéreux". La CNMM a été invitée à formuler des propositions alternatives permettant de réaliser au moins une économie de 42,5 millions d'euros (voir point 6).

Vu l'absence de possibilités de contrôle dans le système précédent, la convention partielle a fait l'objet d'une réforme en profondeur. Vous trouverez les modifications les plus importantes au point 18.4.2.

Les médecins disposent d'un délai de 30 jours après la publication au Moniteur belge pour signifier leur refus d'adhésion à l'accord ou leur adhésion partielle par lettre recommandée à l'INAMI. Des modèles de lettre seront disponibles dès que l'accord aura été publié au Moniteur belge.

Les points suivants méritent une attention toute particulière (nous avons conservé la numérotation de l'accord).

---

<sup>1</sup> Le texte intégral de l'accord 2009-2010 est disponible sur le website du GBS <http://www.gbs-vbs.org>

<b>3.2. MEDECINS SPECIALISTES</b>
-----------------------------------

<b>3.2.1. Indexation médecins spécialistes</b>	<b>2009 Budget (milliers €)</b>
<i>H0910/08</i> Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2008, sont indexés de façon linéaire de 4,32 % au 1 <sup>er</sup> janvier 2009 (sauf la rubrique anesthésie, qui en attente des mesures structurelles voit s'appliquer une suspension de l'index jusqu'au 31 mars 2009 au plus tard).	226.937
<b>Total indexation médecins spécialistes</b>	<b>226.937</b>

<b>3.2.2. Honoraires des médecins spécialistes</b> Les mesures entrent en vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 2009	<b>2009 Budget (milliers €)</b>
<i>H0910/10</i> Psychiatrie: revalorisation surveillance en service A : +15%	4.788
<i>H0910/11</i> Psychiatrie: revalorisation surveillance en service K : +20%	764
<i>H0910/12</i> Psychiatrie: ralentissement progressif surveillance en K	499
<i>H0910/13</i> Pédiatrie: examen du nouveau-né : doublement	3.055
<i>H0910/14</i> Interniste : surveillance en service D + 10%	4.300
<i>H0910/15</i> Revalorisation des actes techniques pour enfants article 20d +10%	1.705
<i>H0910/16</i> Gynécologie : art. 14g +8%	2.198
<b>Total honoraires des médecins spécialistes</b>	<b>17.309</b>

<b>3.2.3. Nomenclature des médecins spécialistes</b>	<b>2009 Budget (milliers €)</b>
<i>N0910/08</i> Psychiatrie: concertation pluridisciplinaire à l'hôpital dans un service T	5.000
<i>N0910/09</i> Psychiatrie: graves troubles du comportement et/ou patients agressifs	210
<i>N0910/10</i> SP Psychogériatrie : jour 1 à 12	280
<i>N0910/11</i> Psychiatrie de liaison pour enfants : extension à tous les services	0
<i>N0910/12</i> Discussion en équipe pour la psychiatrie infanto-juvénile en ambulatoire	423
<i>N0910/13</i> Psychiatrie : accueil de crise	0
<i>N0910/14</i> Pédiatrie: permanence en service E : 240 euro	6.401
<i>N0910/15</i> Gériatrie: équipe de liaison consultation hors du service G	543
<i>N0910/16</i> Oncologie	1.811
<i>N0910/17</i> Gratuité suivi spécifique femmes à "hauts risques" – Cancer du sein	2.000

<i>N0910/18</i> Effet COM : consultation de longue durée, obligation COM, revalorisation, implication des médecins généralistes.	5.243
<i>N0910/19</i> Chirurgie: art 14e – placement et retrait de l'ECMO	74
<i>N0910/20</i> Chirurgie: art 14d - HIPEC	169
<i>N0910/21</i> Dermatologie: 532534-545, 532556-560, 532571-582 revalorisation de K30 jusqu'à K50	612
<i>N0910/22</i> Hélicobacter pylori	347
<i>N0910/23</i> Révision art. 13 soins intensifs	8.960
<i>N0910/24</i> Ophtalmologie : Art. 14h fluoangiographie digitale : à dater du 01/07/2009 (9.255 sur base annuelle)	4.628
<i>N0910/25</i> Imagerie médicale : mammographie digitalisée	8.000
<i>N0910/26</i> Dermatologie: photothérapie dynamique	520
<i>N0910/27</i> Extension indications chirurgie bariatrique	740
<i>N0910/28</i> Dossier Hépatite C	164
<i>N0910/29</i> Harmonisation des honoraires de permanence avec prestations en hôpital de jour	843
<i>N0910/30</i> Revalorisation consultation de conseil génétique	524
<b>Total nomenclature des médecins spécialistes</b>	<b>47.492</b>

<b>3.2.4. Projets des médecins spécialistes</b>	<b>2009 Budget (milliers €)</b>
<i>P0910/07</i> Psychiatrie: dédoublement permanence neurologique / psychiatrique	2.025
<b>Total projets des médecins spécialistes</b>	<b>2.025</b>

## 6. MEDICAMENTS

Afin de réaliser les économies imposées, la CNMM propose, au lieu des pourcentages de prescription proposés par la Conseil général, de prendre un ensemble de mesures et d'actions à l'égard de tous les médecins prescripteurs pour réaliser l'objectif visé depuis trois points de vue :

a. encourager, pour le traitement initial, la prescription des molécules les moins onéreuses.

Les médecins généralistes ou médecins spécialistes qui adhèrent à cet accord s'engagent, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, à l'initiation des traitements avec une spécialité pharmaceutique appartenant aux 6 groupes suivants : IPP (AO2BC); Inhibiteurs de l'ECA et sartans (CO9); Statines (C10AA); Fluconazole et Itraconazole (JO2AC); AINS (MO1A); ISRS (NO6AB) en principe et dans au moins 8 cas sur 10, à débiter avec une des molécules la moins onéreuse d'un groupe pour autant qu'il n'existe pas de contre-indication et que les objectifs thérapeutiques soient atteints. À cet égard, sont recommandées en priorité les spécialités pour lesquelles aucun supplément ne peut être porté à charge des patients ou les prescriptions mentionnant la DCI.

b. réduire un volume trop élevé injustifié de médicaments prescrits par certains dispensateurs de soins.

c. développer des initiatives e.a. en matière de compliance thérapeutique, de polymédication, et d'autres indicateurs.

### 11.2. Disponibilité des médecins spécialistes

L'arrêté royal du 29 avril 2008 réglant les honoraires de disponibilité des médecins spécialistes dans les hôpitaux sera précisé. Lorsqu'un médecin spécialiste est simultanément disponible pour plusieurs hôpitaux au cours d'un jour férié légal ou d'un week-end, les honoraires de disponibilité ne peuvent être payés qu'à un seul hôpital/conseil médical. Dans ce cas, les médecins en chef des hôpitaux concernés doivent se concerter afin de savoir lequel attestera les honoraires. En outre, la CNMM préparera une révision globale du système des permanences et des disponibilités au sein et pour l'hôpital.

## 13. STATUT SOCIAL

13.1. En vue de stimuler le caractère attractif de l'adhésion à l'accord, la CNMM formule l'avis selon lequel :

13.1.1. le montant du statut social pour l'année 2009 fixé à 4.103,00 euros les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;

13.1.2. le montant du statut social pour l'année 2009 est fixé à 2.018,00 euros pour les médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, communiqué à la CNMM les conditions de temps et de lieu selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, et particulièrement aux dispositions du point 18, ils pourront ne pas appliquer les montants d'honoraires qui y sont fixés.

## 18. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

18.4. Médecins spécialistes

### 18.4.1. Les conventionnés complets

Le médecin spécialiste conventionné complet est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.4.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

## **18.4.2. Les conventionnés partiels**

### **18.4.2.1. Définition et tarifs applicables**

Le médecin spécialiste conventionné partiel est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement ci-dessous aux points 18.4.2.2.

Sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement ci-dessous aux points 18.4.2.2., ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.4.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

### **18.4.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel**

Le médecin conventionné partiel peut ne pas appliquer les taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord pour toute prestation (consultations, rendez-vous, prestations techniques,...) uniquement aux patients ambulants (patients non hospitalisés et hors hôpital de jour ou forfaits) :

**18.4.2.2.1.** organisés durant un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues

**18.4.2.2.2.** et pour autant que la moitié au moins du total de toutes ses prestations aux patients ambulants soit effectuée aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.4.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé.

**18.4.2.2.3.** et pour autant que le médecin assure, sur chacun des sites éventuels d'exercice de sa pratique, une plage d'accès pour des prestations aux patients ambulants aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.4.3.

### **18.4.3. Exigences particulières du bénéficiaire**

Pour l'application du présent accord, pour les médecins spécialistes, les exigences particulières du bénéficiaire sont strictement définies comme suit :

**18.4.3.1.** le séjour hospitalier en chambre particulière demandé par ou pour le bénéficiaire pour des raisons de convenances personnelles;

**18.4.3.2.** les appels à domicile, sauf s'il s'agit de consultations demandées par le médecin traitant;

**18.4.3.3.** les prestations aux patients ambulants réalisées à la demande expresse du patient après 21h ou les samedis, dimanche et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin spécialiste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et ces jours.

**COMMUNIQUÉ DE PRESSE**  
**4<sup>e</sup> CONFÉRENCE MS7**  
**« RECONNAISSANCE DES SPECIALITES »**

Rome (Italie)  
09-11/11/2008

Le MS7 qui regroupe les Organisations représentatives des médecins spécialistes de pays qui ont choisi de préserver un équilibre difficile entre un financement socialisé et un exercice libéral de la médecine avec un paiement à l'acte du médecin – le QUEBEC, l'Italie, la Belgique, la Suisse, le Luxembourg et la France entre autres – s'est réuni pour sa quatrième rencontre à ROME du 9 novembre au 11 novembre 2008.

Il a apprécié la convivialité de nos hôtes italiens et les en remercie.

1. Il a suivi avec attention la démarche de l'UEMS sur l'harmonisation des contenus de la formation des médecins spécialistes en Europe et de l'organisation d'une formation de haut niveau post graduée.  
Il est favorable à ce que cette formation soit assurée par la profession et ne souhaite pas qu'elle soit déléguée et régulée par l'Université et l'Administration de nos pays.
2. Il a suivi avec intérêt la démarche de certification proposée au QUEBEC dont la profession assume totalement le processus. C'est la condition du développement de cette démarche.  
Le MS7 reste très vigilant devant une demande de plus en plus pressante de nos Gouvernements de normaliser les pratiques et donc de mieux les réguler administrativement.
3. Le MS7 est très inquiet devant le choix des Gouvernements de concentrer de plus en plus de pouvoirs de décision et de régulation à des Hauts Fonctionnaires des Administrations des différents pays avec des procédures de sanction de plus en plus élaborées au détriment de procédures de consensus.
4. Nous avons pris connaissance de l'entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles entre les deux pays et tout particulièrement pour les médecins spécialistes.  
Nous y avons vu la possibilité offerte aux médecins spécialistes français de bénéficier d'une situation professionnelle, d'une lisibilité sur leur avenir qu'ils ne trouvent plus en France en leur permettant d'être accueillis dans un environnement de haut niveau.  
Cette décision française pose des problèmes pour nos voisins européens.
5. Le MS7 a constaté que la réforme est un outil politique et que tous nos systèmes sont traversés par ce changement perpétuel dans leur organisation.  
Les conséquences n'en sont pas neutres et on assiste, de façon concertée à une volonté de contrôler administrativement l'organisation des soins et la place des médecins spécialistes dans cette organisation.  
L'objectif est de limiter de plus en plus l'exercice libéral de notre profession.
6. Nous mettons solennellement en garde nos Gouvernants de l'échec de ce choix politique devant les problèmes réels qui se posent à nos patients de réponse territoriale aux besoins de santé, d'accès aux soins, et de garantie de qualité des soins.
7. Le MS7 a constaté que dans tous les pays le devenir des spécialités cliniques avec la spécificité de la démarche clinique qui leur est propre est fortement compromis par une logique d'organisation des soins en filière centrée sur la médecine de premier recours.

Le MS7 répondra présent l'année prochaine à l'invitation de nos confrères québécois.

**LES FAUSSES ALERTES A LA BOMBE SONT SANCTIONNÉES PAR LE CODE PÉNAL.  
QUAND EN IRA-T-IL DE MÊME POUR LES PATIENTS SIMULATEURS?**

**Réaction du BeCEP**  
**à l'enquête "Les services d'urgence – parfois trop rapides?"**  
**réalisée par Test-Achats**  
(Test Santé 88 déc. 2008/jan. 2009)

Madame, Monsieur,

Etant donné le volume de travail engendré par les "accidents dus au verglas", je ne pourrai vous donner qu'une réaction relativement brève en ma qualité de président des médecins urgentistes belges :

- 1) Dans le cadre d'une recherche scientifique, avant de tirer des conclusions sur la supériorité d'un système par rapport à un autre, il faut toujours d'abord étudier les deux systèmes (en double aveugle) de façon identique. Si, par exemple, on constate chez 36 boulangers que le pain est moins bon que prévu, il est totalement prématuré d'en conclure qu'il vaudrait mieux aller acheter son pain chez le boucher sans même avoir jamais mangé une tartine en provenance de la boucherie. Test-Achats étudie dans le cas présent 1 système (les urgences) dont les résultats ne leur donnent pas autant satisfaction que prévu. Ils en concluent immédiatement qu'un autre système (les médecins généralistes) est meilleur. Ce parti pris ne peut pas véritablement être qualifié de scientifique.
- 2) Dans le cadre d'un service d'urgences, la société est en droit de s'attendre à ce que tout soit pris au sérieux jusqu'à preuve du contraire. C'est avec raison que l'on nous en tiendrait rigueur si nous agissions autrement. Dans ce cadre, recourir sciemment à des patients qui simulent constitue déjà un biais sévère dans l'étude. En Belgique, il existe un Collège Qualité des médecins spécialistes en soins d'urgence (= des médecins, pas des enquêteurs) qui, chaque année, examine de près un certain nombre de points et s'efforce d'induire les protocoles exacts par des techniques de benchmarking et l'evidence based medicine. Il va sans dire que des priorités sont définies quant au type d'étude qui est mené. L'amélioration de la pratique médicale me semble ainsi constituer un objectif plus noble que celui poursuivi par Test-Achats dans son article.
- 3) Lorsqu'une organisation prétend toujours communiquer à ses clients des informations exactes en connaissance de cause, et en tirant des conclusions, le client peut également supposer qu'il a été correctement informé. Dans un encadré, on peut lire qu'il n'y a pas de ticket modérateur lorsqu'on arrive aux urgences directement par ambulance (service 100) ou avec le SMUR. Rien n'est moins vrai : on paie le même ticket modérateur que lorsque l'on a été envoyé par le médecin généraliste. Avant de demander aux autorités de lancer une campagne d'information, il serait peut-être préférable de donner des informations exactes. Qui répondra aux lettres de plainte des patients furieux de devoir payer un ticket modérateur sur les honoraires d'urgences bien qu'ils soient arrivés aux urgences via le 100? Test-Achats?

Il est important que tant les médecins généralistes que les médecins urgentistes fassent correctement leur travail, et c'est ce qu'il faut viser et encourager. Je doute que les enquêtes de ce genre et leurs conclusions apportent une quelconque valeur ajoutée. Dans cette optique, nous soutenons par contre évidemment l'idée que, pour des problèmes simples, il est préférable de se rendre chez son médecin généraliste. Si on réalisait une enquête avec un faux patient simulant un problème grave se rendant chez un médecin généraliste, on pourrait éventuellement publier un article intitulé : "Parfois trop lents?". Ce genre d'enquête me semblerait cependant tout aussi douteuse et peu éthique.

Dr Jan Stroobants,  
Président du BeCEP  
Belgian College of Emergency Physicians

---

**REPONSE AU COMMUNIQUE EXPRESS DU KCE (LE 26/09/2008)  
CONCERNANT LE CHOIX DU TYPE DE REVALIDATION EN BELGIQUE**

Une première réflexion concerne la forme car, dans la version française du rapport, il eut mieux valu parler de réadaptation que de revalidation terme inapproprié ne correspondant pas à notre spécialisation. Je rappellerai en effet aux auteurs que nous sommes spécialistes en médecine physique et réadaptation et non en revalidation. Parler le même langage serait déjà peut-être une simplification et apporterait un gain de compréhension.

Dans le domaine de la kinésithérapie, on parle plutôt de traitement de rééducation mais là non plus on n'évoque pas le terme de revalidation, ni d'ailleurs même celui de réadaptation.

Il semble donc bien admis pour le Législateur que la réadaptation appartienne aux médecins spécialistes, ce que les auteurs rappellent d'ailleurs, en spécifiant que le médecin de médecine physique s'est spécialisé pendant 5 ans mais en omettant de préciser son domaine de spécialisation, c'est-à-dire précisément la réadaptation.

En matière de réadaptation, il est bien relevé qu'il s'agit d'un traitement pluridisciplinaire nécessitant l'intervention de plusieurs thérapeutes ayant des compétences particulières (par exemple des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des logopèdes, etc.). L'action de ces différents intervenants est coordonnée par le médecin spécialiste en réadaptation qui établit le programme de soins dépendant des besoins du malade en fonction de la pathologie visée et de sa complexité.

Ce même médecin peut également établir un traitement de type mono-disciplinaire faisant appel uniquement à l'une ou l'autre discipline.

Quoi de plus normal, qui peut le plus peut le moins, et ce bien entendu dans le cadre de pathologies moins complexes.

C'est donc bien le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation qui oriente le patient, établit le traitement le mieux adapté à sa pathologie et décide donc du caractère mono ou pluridisciplinaire du traitement.

A ma connaissance, à ce stade, le gestionnaire de l'hôpital ou du centre n'intervient pas dans le choix du traitement.

Toute autre situation signifierait que la médecine n'appartient plus aux médecins et que c'est le gestionnaire qui détermine le traitement en fonction de considérations purement financières.

Que la plupart des hôpitaux possédant un service de réadaptation digne de ce nom choisisse la réadaptation pluridisciplinaire paraît bien normal si l'état du malade le justifie.

Doit-on proposer des soins moins efficaces quand on dispose d'autres possibilités thérapeutiques ?

**Quant au problème du suivi du traitement à la sortie de l'hôpital**, après une intervention de type orthopédique dite lourde et ayant justifié la réalisation d'un traitement pluridisciplinaire pendant l'hospitalisation, le KCE s'empresse de conclure sur base de données statistiques, mais ne fait nullement l'analyse des raisons pratiques pour lesquelles le traitement pluridisciplinaire n'est éventuellement pas poursuivi après la période d'hospitalisation.

Il existe en effet sur le terrain beaucoup d'explications à ce phénomène mais aucune ne prouve que le traitement pluridisciplinaire n'était pas utile.

Citons, par exemple, quelques unes de ces raisons :

- ➔ Distance entre l'hôpital et l'habitat du malade.
- ➔ Commodité de ne pas se déplacer après ce type d'intervention.
- ➔ Retour en maison de retraite.
- ➔ Passage en maison de soins.
- ➔ Choix du chirurgien qui conseille un kinésithérapeute.
- ➔ Choix du malade qui connaît dans son entourage un kinésithérapeute, etc.

Toutes ces raisons ne déterminent pas évidemment que le traitement multidisciplinaire était injustifié, pas plus qu'elles ne démontrent que le traitement monodisciplinaire eut été suffisant.

A ce jour, il n'y a d'ailleurs aucune étude rétrospective comparative des résultats obtenus suivant les différents types de traitements réalisés en fonction des différentes pathologies.

Les conclusions du KCE semblent donc pour le moins établies sur des bases extrêmement légères.

**Quant au mode de rétribution des spécialistes en médecine physique et réadaptation par rapport à leurs actes intellectuels**, c'est un débat beaucoup plus large et vraiment pas nouveau.

Je rappellerai qu'à différentes reprises, nous avons demandé l'amélioration de nos actes intellectuels via une revalorisation de la consultation ou via l'octroi d'un numéro de nomenclature pour l'établissement et le suivi d'un programme de réadaptation, etc.

Si nous avons obtenu l'intake, c'est une bien maigre consolation par rapport aux très nombreuses tâches administratives et aux exigences journalières en relation avec le suivi d'un traitement de réadaptation uniquement rémunérées à ce jour via un pourcentage des montants facturés pour cette réadaptation.

Ce pourcentage est d'ailleurs variable suivant les institutions et place le médecin-spécialiste dans une position peu enviable, la rémunération octroyée semblant soustraite au travail des différents intervenants, kiné, ergo, etc. ...alors que le système de financement de cette réadaptation pluridisciplinaire est déjà insuffisant.

Nous n'avons pas la prétention de considérer le système actuel de rémunération comme parfait.

Cependant, dans les conditions actuelles de nomenclature, il n'y a pas d'alternative, ce qui ne signifie pas que nous ne soyons pas ouverts à étudier un système de rémunération mieux adapté à l'importance de nos actes intellectuels liés à la pratique de la réadaptation.

Le rôle du médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation en tant que coordinateur de cette réadaptation est actuellement bien admis et la tendance générale est de confier à ce spécialiste l'orientation et les choix thérapeutiques de réadaptation en fonction des différentes pathologies.

Tout ceci démontre bien que le rôle et la fonction du médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation n'ont rien à voir avec ceux exigés du kinésithérapeute.

Le rôle de ce médecin justifie une rémunération adaptée au rôle primordial et spécifique joué par celui-ci en matière de réadaptation tout comme le choix des moyens thérapeutiques lui appartient vu ses compétences particulières en réadaptation.

Je terminerai en signalant à ceux qui ne seraient pas au courant que si le groupe de travail du KCE comprenait des spécialistes en médecine physique et réadaptation, présents d'ailleurs à titre d'experts, ces derniers ont réagi violemment contre les conclusions de ce rapport estimant avoir

été floués sur le plan intellectuel et ne partageant manifestement pas les conclusions de ce rapport manquant d'objectivité.

En finalité, le seul élément intéressant de ce rapport est la mise en exergue d'un mauvais système de rémunération, le reste n'est que conclusions hâtives et non fondées.

Docteur Jean-Marie LOIX,

Président,  
Union Belge des Médecins Spécialistes  
en Médecine Physique et Réadaptation

**NOMENCLATURE : ARTICLE 14, e) (chirurgie thoracique)  
& ARTICLE 20, § 1er, e) (cardiologie)  
(en vigueur à partir du 01.01.2009)**

**17 OCTOBRE 2008. - Arrêté royal modifiant les articles 14, e), et 20, § 1er, e), 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 05.11.2008)**

**Article 1er.** A l'article 14, e), 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, [...], la prestation 229154-229165 est supprimée.

**Art. 2.** A l'article 20, § 1er, e), de l'annexe du même arrêté royal, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° le libellé de la prestation 475856 - 475860 est remplacé par le libellé suivant :

« Contrôle de la qualité et/ou reprogrammation d'un stimulateur cardiaque, chambre simple (SSI), avec interrogation de la mémoire et mesure du seuil de stimulation et de sensibilité, avec protocole et tracés »;

2° le libellé de la prestation 475871 - 475882 est remplacé par le libellé suivant :

« Contrôle de la qualité et/ou reprogrammation d'un stimulateur cardiaque, chambre double (D.D.D.), avec interrogation de la mémoire et mesure du seuil de stimulation et de sensibilité, avec protocole et tracés »;

3° le libellé de la prestation 475893 - 475904 est remplacé par le libellé suivant :

« Contrôle de la qualité et/ou reprogrammation d'un défibrillateur cardiaque, avec mesure du seuil de stimulation et de sensibilité, avec évaluation de la performance du défibrillateur, avec protocole et tracés »;

4° la règle d'application suivante est insérée après la prestation 475893 - 475904 :

« Les prestations 475856 - 475860, 475871 - 475882 et 475893 - 475904 ne sont pas cumulables entre elles. Elles peuvent uniquement être portées en compte par le médecin spécialiste en cardiologie. Elles sont remboursables maximum deux fois par année civile en ce qui concerne les prestations 475856 - 475860, 475871 - 475882, et trois fois par année civile pour la prestation 475893 - 475904. Cette restriction n'est d'application ni dans l'année qui suit l'implantation, ni en cas d'urgence exceptionnelle documentée dans le dossier médical. »;

5° les prestations suivantes sont insérées après la règle d'application qui suit la prestation 475893 - 475904 :

« 475930 - 475941

Repositionnement d'une ou plusieurs électrodes cardiaques, un autre jour que celui de l'implantation . . . .  
. K 128

475952 - 475963

Implantation par voie transveineuse d'une électrode ventriculaire gauche, connectée à un pacemaker ou un défibrillateur cardiaque . . . . . K 268 »;

6° le numéro de nomenclature 476173 - 476184 se trouvant dans la liste qui suit la prestation 476652 - 476663 est supprimé.

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

**NOMENCLATURE : ARTICLE 20, § 1<sup>er</sup>, c) (gastro-entérologie)**  
(en vigueur à partir du 01.02.2009)

**12 NOVEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant l'article 20, § 1er, c), 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 05.12.2008)**

**Article 1er.** L'article 20, § 1er, c), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], est modifié comme suit :

1° le libellé de la prestation 473211-473222 est remplacé par ce qui suit :

« Ablation complète d'un ou de plusieurs polypes du colon au moyen d'une anse diathermique à l'occasion d'une colonoscopie gauche ou d'une colonoscopie totale »;

2° la prestation et la règle d'application suivantes sont insérées après la première règle d'application qui suit la prestation 473211-473222 :

« 473955-473966

Complément d'honoraires pour ablation totale d'un ou plusieurs polypes réalisée à l'occasion d'une des prestations suivantes 473130-473141 ou 473174-473185 K 40

La prestation 473955-473966 n'est honorée que si elle est effectuée par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en gastro-entérologie. »

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

**NOMENCLATURE : ARTICLE 20, § 1<sup>er</sup>, g) (rhumatologie)**  
(en vigueur à partir du 01.02.2009)

**12 NOVEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant l'article 20, § 1er, g), 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 04.12.2008)**

**Article 1er.** A l'article 20, § 1er, g), 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, modifié par l'arrêté royal du 9 octobre 1998, la prestation et la règle d'application suivantes sont insérées après l'intitulé « Les prestations relevant de la spécialité en rhumatologie (FO) » :

« 478030 - 478041

Evaluation standard par le médecin spécialiste en rhumatologie accrédité du processus actif de la maladie, de l'évolution et du pronostic, chez un patient avec une pathologie inflammatoire rhumatoïde, avec plan de traitement et rapport écrit au généraliste ..... K 55

La prestation 478030 - 478041 peut être attestée au maximum 2 fois par an chez un patient avec arthrite rhumatoïde, spondylite ankylosante ou arthrite psoriasique qui est traitée par « disease modifying antirheumatic drugs » (DMARDs) ou par pharmacothérapie biologique de base (« biologicals ») et peut être cumulée avec les honoraires de la consultation 102152 ou 102653.

Le résultat de l'évaluation standard (clinique rhumatologique, évaluation du patient, interprétation et plan de traitement) est conservé dans le dossier du patient. ».

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

**NOMENCLATURE PRESTATIONS PEDIATRIQUES**  
(en vigueur à partir du 01.01.2009)

**14 NOVEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations pédiatriques, 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 28.11.2008)**

**Article 1er.** A l'article 12, § 3, 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, [...],

les numéros d'ordre « 211175-211186 » et « 211190-211201 » sont insérés après les numéros d'ordre « 211131-211142 ».

**Art. 2. A l'article 13** de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1°. au § 1er, les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 211035-211046 :

« Installation et surveillance de la ventilation nasale en pression positive, au moyen de sonde ou masque et d'un appareil de ventilation artificielle permettant au minimum la mesure permanente de la pression endonasale et la détermination de la FiO<sub>2</sub>, sous surveillance continue de l'oxygénation, de la ventilation et du rythme cardiaque :

211175-211186

du 1er au 28e jour inclus, par jour . . . . . N 100

211190-211201

à partir du 29e jour, par jour . . . . . N 40

Les prestations 211175-211186 et 211190-211201 sont attestables uniquement par un médecin accrédité spécialiste en pédiatrie, pour le nouveau-né séjournant en lit agréé NIC ou en fonction N\* (en fonction N\* que pour des nouveau-nés dans la première semaine de vie avec un poids à la naissance de plus de 1500 grammes et/ou un âge gestationnel au dessus de 31 semaines) dans une ou plusieurs des indications suivantes, documentées dans le dossier médical :

- syndrome de détresse respiratoire néonatale avec anomalies démontrées des gaz sanguins (artériels ou capillaires),

- apnées récurrentes du prématuré,

- trachéomalacie documentée par endoscopie, avec insuffisance respiratoire,

- état post-extubation, après ventilation artificielle.

Les prestations 211175-211186 et 211190-211201 peuvent être cumulées avec la surveillance continue de la fonction cardiaque 212015-212026, 212030-212041, 214012-214023, 214034-214045.

Le coût des sondes et des masques n'est pas compris dans les honoraires fixés pour les prestations 211175-211186 et 211190-211201. ».

2°. au § 2,

a) au 3°, les mots « et 211035-211046 » sont remplacés par les mots « , 211035-211046, 211175-211186 et 211190-211201 et aux règles d'application de ces prestations »;

b) au 6°, les numéros d'ordre « 211175-211186 » et « 211190-211201 » sont insérés après les numéros d'ordre « 211131-211142 »;

c) au 7°, premier alinéa, les numéros d'ordre « 211175-211186 » sont insérés après les numéros d'ordre « 211131-211142 ».

**Art. 3. A l'article 17**, § 1er, 12°, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 25 juillet 1994, 7 août 1995, 31 août 1998, 29 avril 1999, 30 mai 2001, 27 février 2002, 26 mars 2003 et 31 décembre 2003, dans le libellé de la prestation 459104, les numéros d'ordre « 211175-211186 » et « 211190-211201 » sont insérés après les numéros d'ordre « 211131-211142 ».

**Art. 4. A l'article 17bis**, § 1er, 5., de la même annexe, [...], dans le libellé de la prestation 460003, les numéros d'ordre « 211175-211186 » et « 211190-211201 » sont insérés après les numéros d'ordre « 211131-211142 ».

**Art. 5. A l'article 17ter**, A., 9°, de la même annexe, [...] dans le libellé de la prestation 469103, les numéros d'ordre « 211175-211186 » et « 211190-211201 » sont insérés après les numéros d'ordre « 211131-211142 ».

**Art. 6. A l'article 20**, § 1er, d), de la même annexe, [...], et f) [...] sont apportées les modifications suivantes :

1° au d),

a) la prestation suivante est insérée après la prestation 474456-474460 :

« 474692-474703

Mise en place d'un cathéter veineux central inséré par voie périphérique (PICC) chez le nouveau-né séjournant dans un service NIC ou dans une fonction N\* . . . . . K 30 »;

b) dans la deuxième règle d'application qui suit la prestation 474552-474563, les numéros d'ordre « 211175-211186 » et « 211190-211201 » sont insérés après les numéros d'ordre « 211131-211142 ».

2° au f), dans la deuxième règle d'application qui suit la prestation 477374-477385, les numéros d'ordre « 211175-211186 » et « 211190-211201 » sont insérés après les numéros d'ordre « 211131-211142 ».

**Art. 7. A l'article 25, § 1er, de la même annexe, [...], et au § 2, [...], sont apportées les modifications suivantes :**

1° au § 1er,

a) la valeur relative « C 27 » de la prestation 599303 est remplacée par « C 150 »;

b) la prestation et la règle d'application suivantes sont insérées après la prestation 599303 :

« 599970-599981

Surveillance avec présence permanente d'un médecin-spécialiste en pédiatrie dans un service N\* en vue du soutien et du contrôle des fonctions vitales d'un nouveau-né dans le cadre de la préparation pour le transfert vers un service NIC . . . . C 102

La prestation 599970-599981 peut être cumulée avec les prestations de l'article 13 et avec d'autres prestations techniques nécessaires pour le soutien et le contrôle des fonctions vitales du nouveau-né. »;

2°. au § 2,

a) au a), 4°, les numéros d'ordre « 599970-599981 » sont insérés après les numéros d'ordre « 599443 et 599465 »;

b) au c), la deuxième règle d'application est remplacée par la règle d'application suivante, libellée comme suit :

« Chacune des prestations 599970-599981 et 599303 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par nouveau-né ».

**Art. 8. A l'article 26, § 4, de la même annexe, [...], le troisième alinéa est remplacé par la disposition suivante :**

« Des prestations 211013-211024, 211035-211046, 211175-211186, 211190-211201, 211116-211120, 211131-211142, 212015-212026, 212030-212041, 212516-212520, 212531-212542, 213010-213021, 213032-213043, 214012-214023 et 214034-214045, seules les prestations 211013-211024, 211175-211186, 211116-211120, 212015-212026, 212516-212520, 213010-213021 ou 214012-214023 peuvent donner lieu à des honoraires supplémentaires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié et pour autant que l'installation ait été effectuée pendant les heures et jours mentionnés. »

**Art. 9.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

## **NOMENCLATURE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE** (en vigueur à partir du 01.01.2009)

**14 NOVEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant les articles 2, I. et K., et 25, § 1er, 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 28.11.2008)**

**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, tel que modifié jusqu'à ce jour, sont apportées les modifications suivantes :

1°. Au I., la prestation 109675 est supprimée;

2°. Au K.,

a) la prestation et les règles d'application suivantes sont insérées avant la prestation 109410 :

« 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 . . . . N 40 + . . . . Q 90

Cette prestation requiert toujours la présence du ou des adulte(s) susmentionné(s), avec ou sans l'enfant (le patient).

Pour le traitement psychothérapeutique de l'enfant seul, la prestation 109513 ou 109631 doit être attestée. »;

b) les trois premières règles d'application qui suivent la prestation 109410 sont remplacées par les règles d'application suivantes :

« La prestation 109410 suppose, par séance, au moins un contact personnel d'au moins 60 minutes avec l'enfant ou l'adolescent et/ou le(s) responsable(s) de son éducation et de l'encadrement quotidien. 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) et pour la supervision et l'interprétation commune des tests psychologiques nécessaires.

L'évaluation psychiatrique globale 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, un ou plusieurs entretiens d'avis avec l'(les) adulte(s) responsable(s) de l'éducation et de l'encadrement quotidien et l'initiation du traitement.

La prestation 109410 peut être portée en compte au maximum sept fois par évaluation complète. La répétition éventuelle de cette évaluation pédopsychiatrique globale exige une nouvelle prescription du médecin traitant. ».

**Art. 2. A l'article 25**, § 1er, de la même annexe, [...], la prestation et les règles d'application suivantes sont insérées après la 3ème règle d'application qui suit la prestation 597741 :

« 597682

Honoraires pour la concertation pluridisciplinaire au sein de la section hospitalière sous la supervision du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, pour un bénéficiaire de moins de 18 ans hospitalisé dans un service K, avec rapport . . . . . C75 + . . . . . Q30

Les honoraires pour la prestation 597682 peuvent être cumulés avec les honoraires pour la surveillance.

La prestation 597682 peut être attestée une fois par semaine.

Doit participer à la concertation pluridisciplinaire n° 597682, en plus du médecin spécialiste en psychiatrie, du psychologue ou de l'orthopédagogue et de l'infirmier ou de l'éducateur, lequel assure l'encadrement quotidien, au moins un collaborateur porteur de l'une des qualifications suivantes : assistant social ou infirmier en santé communautaire, ergothérapeute, kinésithérapeute, logopède ou enseignant.

Un rapport de cette concertation, avec mention des participants, sera joint au dossier du patient. Les résultats de cette concertation sont également examinés avec le patient et/ou l'(les) adulte(s), qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien. »

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

---

## NOMENCLATURE – PRESTATIONS DE LOGOPEDIE – NEUROLOGIE PEDIATRIQUE

**21 OCTOBRE 2008. - Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'annexe de 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 31.10.2008)**

**Article 1er.** A l'article 36 de l'annexe de 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° Dans le § 1er, alinéa 3, les mots « au maximum 7 fois » sont remplacés par les mots « au maximum 5 fois »;

2° Dans le § 4, 2°, l'alinéa 9, est remplacé par ce qui suit : « Pour les traitements logopédiques prévus au § 2, f), la prescription doit émaner d'un médecin spécialiste en neurologie pédiatrique ».

**Art. 2.** Les dispositions de cet arrêté sont d'application pour toutes les nouvelles demandes qui arrivent chez les médecins conseils à partir de son entrée en vigueur.

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il a été publié au Moniteur belge.

---

## APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

**Article 27 (bandagistes)** : A.R. du 14.10.2008 (M.B. du 07.11.2008 – p. 58616)

**Article 30 (opticiens)** : A.R. du 17.10.2008 (M.B. du 07.11.2008 – p. 58621)

**Article 35bis (implants)** : A.R. du 12.11.2008 (M.B. du 05.12.2008 – p. 64812)

*Les textes complets sont disponibles sur le website et peuvent également être obtenus sur simple demande au Secrétariat.*

## **MA MERE GRAND, QUE VOUS AVEZ UN COUTEUX APPAREIL AUDITIF !**

Communiqué de presse du KCE (03/11/2008)

**Lorsque le Belge, devenu plus âgé, constate que son audition baisse et achète un appareil auditif, il s'oriente souvent vers les modèles les plus chers. Au-delà du montant versé par l'assurance maladie, il doit payer de sa poche un montant variant entre 500 et 1000 € par appareil auditif. Ce montant est doublé lorsqu'il achète un appareil auditif pour les deux oreilles. Pourtant, de tels appareils auditifs, plus coûteux et plus sophistiqués, n'offrent pour beaucoup de patients aucun avantage particulier. Dans une étude effectuée en collaboration avec l'UCL, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) suggère quelques pistes pour améliorer la situation.**

Plus de la moitié des gens âgés de plus de 60 ans, et plus de 80% des plus de 70 ans, font face, d'une façon plus ou moins importante, à une baisse de leur audition. Ce problème peut en partie être solutionné par un appareil auditif.

En Belgique, l'assurance maladie rembourse environ 500 € pour un appareil auditif à une oreille et environ 950 € pour un appareil auditif aux deux oreilles, ce qui est comparable aux pays voisins. Ce remboursement forfaitaire inclut également les services du vendeur de l'appareil auditif, qui sur prescription du spécialiste ORL conduit une série d'exams auditifs, assure la mise au point de l'appareil et met à disposition de son client un appareil qu'il peut tester durant quelques semaines. Lorsque le patient est satisfait de son appareil, le spécialiste ORL lui donne une prescription, sur base de laquelle le patient peut bénéficier du remboursement.

A l'heure actuelle, environ 700.000 Belges pourraient entrer en ligne de compte pour l'obtention d'un tel remboursement ; ce nombre s'élèvera à 1 million en 2030, selon les estimations du vieillissement de la population. Par an, seules 25.00 personnes environ achètent un appareil auditif, de sorte que toutes les personnes qui peuvent prétendre à un remboursement n'achètent pas un appareil auditif. Plus de 60% des acquéreurs optent pour un appareil auditif aux deux oreilles.

L'assurance maladie verse annuellement un montant de 20 millions d'euro pour ces appareils auditifs, soit environ 0,1 % du budget annuel total. En comparaison avec les autres pays européens, les appareils auditifs sont en moyenne plus chers en Belgique, probablement en raison de la trop faible concurrence entre les 6 fabricants et entre les distributeurs individuels. De plus, il apparaît que les patients belges choisissent préférentiellement les appareils les plus coûteux, de plus de 1000 €, soit plus de deux fois le montant du remboursement, alors qu'ils ne retirent aucun avantage particulier de ces appareils plus coûteux. Une raison essentielle de ce choix s'explique par le pourcentage que le vendeur perçoit sur le prix de l'appareil auditif vendu. Il/Elle a donc un intérêt financier à préconiser les appareils les plus chers. Afin d'éviter cela, le KCE recommande de séparer le remboursement des services du vendeur de celui de l'appareil auditif lui-même.

De plus, les patients devraient avoir la possibilité de tester plusieurs appareils auditifs, y compris les moins chers qui n'exigent pas de supplément à payer de leur part. Ils pourraient ainsi choisir au mieux l'appareil qui répond à leur situation financière, leur style de vie et leur souhait de qualité d'audition.

Enfin, le KCE suggère aussi que des marchés publics soient lancés pour faire jouer la concurrence entre les fournisseurs et faire baisser les prix de vente à un niveau comparable à celui des pays voisins.

**Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 91B.**

## 6 % DES PATIENTS HOSPITALISES EN BELGIQUE DOIVENT FAIRE FACE A UNE INFECTION D'ORIGINE HOSPITALIERE, UN RESULTAT COMPARABLE A CELUI DES PAYS VOISINS

Communiqué de presse du KCE (12/11/2008)

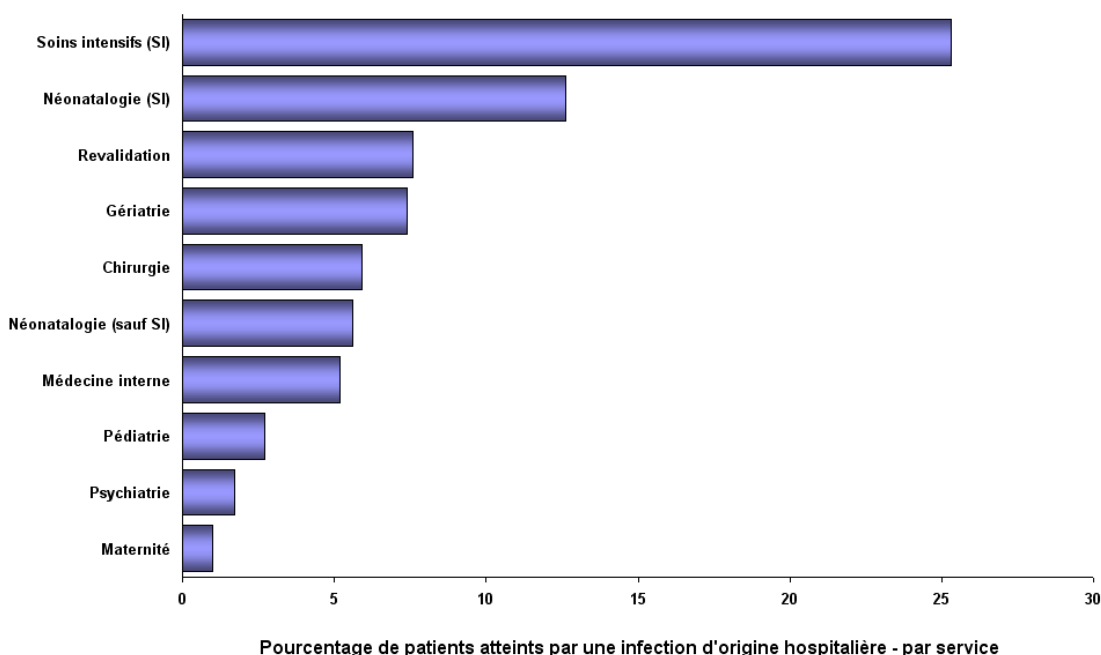
Une enquête nationale effectuée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en collaboration avec les hygiénistes hospitaliers montre que 6% des patients hospitalisés en Belgique ont une infection d'origine hospitalière. Les unités de soins intensifs, aussi bien pour les adultes que pour les nouveaux nés, sont les plus touchées. Ce résultat est comparable à celui des pays voisins. Le KCE recommande de prévoir des moyens supplémentaires pour la lutte contre les infections acquises à l'hôpital, et ceci dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité dans les hôpitaux. La participation à des études d'enregistrement devrait aussi devenir obligatoire pour tous les hôpitaux.

Une infection d'origine hospitalière, ou infection nosocomiale, est une infection que le patient acquiert durant son séjour à l'hôpital. Il s'agit principalement d'infections des voies urinaires, des voies respiratoires, des plaies opératoires ou du système circulatoire (septicémie). A la suite de cette complication, certains patients doivent séjourner plus longtemps à l'hôpital. Dans certains cas ils peuvent même en mourir. Chaque hôpital reçoit un financement limité pour l'équipe d'hygiène hospitalière. Ces médecins et infirmier(ières)s tâchent de limiter les infections en mettant en oeuvre des mesures de prévention, impliquant l'hygiène des mains et l'utilisation correcte des antibiotiques. On estime que ces mesures préventives peuvent diminuer d'environ 30% les infections hospitalières.

Le KCE a étudié la fréquence des infections nosocomiales dans les hôpitaux belges. 63 hôpitaux, donc un peu plus que la moitié, ont accepté de participer à l'étude. En collaboration avec les équipes d'hygiène hospitalière, 543 services hospitaliers et plus de 17 000 patients ont été surveillés durant un jour donné (étude de prévalence). Les hôpitaux ont ensuite reçu un feedback avec leurs résultats.

6% de tous les patients présents lors de l'étude avaient une infection nosocomiale, et dans ce groupe 13% en avait au moins deux. Ce résultat est comparable à des études de prévalence récentes en Hollande et en France. Sur base de cette étude de prévalence, le KCE estime qu'environ 100.000 patients par an sont atteints par une infection nosocomiale.

Les unités de soins intensifs ont les taux les plus élevés de patients infectés : 1 adulte sur 4, et presque 13% des nouveaux nés. Il s'agit principalement de pneumonies et de septicémies. C'est dans les services de maternité que le risque de contracter une infection nosocomiale est le plus bas (1%).



Le type d'infection est très tributaire du type de service. Les septicémies et pneumonies se retrouvent surtout dans les services de médecine interne et de soins intensifs. En revalidation et gériatrie les infections urinaires sont plus présentes. En chirurgie les infections de plaie sont les plus courantes.

Pour le KCE, une attention permanente au problème des infections nosocomiales se justifie, surtout dans les unités de soins intensifs (adultes et nouveaux-nés). Le KCE recommande de prévoir plus de moyens pour la lutte contre les infections nosocomiales, dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité dans les hôpitaux et en fonction de l'activité de chacun de ceux-ci. Il recommande aussi d'organiser de manière régulière des études nationales de prévalence, et de rendre obligatoire la participation des hôpitaux à ces études. Pour que ces dernières aient le maximum d'impact, il convient que les hôpitaux reçoivent rapidement un retour d'information (feedback) de leurs résultats.

Cette étude connaîtra une suite: dans une deuxième partie, le KCE va calculer combien coûtent annuellement ces infections en soins de santé et en prolongation de la durée d'hospitalisation, et aussi combien de patients en décèdent.

**Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 92B.**

## **EVENEMENTS INDESIRABLES AU COURS DE SEJOURS HOSPITALIERS : DONNEES ADMINISTRATIVES TROP PEU PRECISES**

Communiqué de presse du KCE (17/11//2008)

**Pour diminuer le nombre de complications ou événements indésirables engendrés par les soins donnés au cours de séjours hospitaliers, il faut tout d'abord pouvoir les identifier. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) , en collaboration avec le CHU de Liège et la KULeuven, a mis en évidence que les données administratives encodées lors de chaque admission hospitalière si elles ne sont pas encore suffisamment précises pour détecter de tels événements, ouvrent néanmoins des voies de réflexion intéressantes pour l'amélioration des soins prodigués aux patients.**

Des complications peuvent survenir durant un séjour hospitalier. Lorsque celles-ci sont causées par la manière dont les soins sont organisés plutôt que par la maladie du patient, on parlera généralement en anglais d' « adverse events » (AE). Des exemples bien connus de telles complications sont les escarres, les infections de plaies post opératoires, les embolies pulmonaires ou les états septiques postopératoires. Un AE peut entraîner une prolongation du séjour hospitalier mais aussi une invalidité ou même un décès. Les études internationales évaluent entre 3 et 17% la proportion des patients hospitalisés qui subissent un AE. Dans l'étude menée par le KCE, on peut constater que près de  $\frac{3}{4}$  des AE relevés sont évitables. Ceci suggère que de nombreuses actions peuvent encore être entreprises pour améliorer la qualité des soins.

Cependant, pour améliorer les processus de soins et ainsi arriver à diminuer le nombre d'AE, il faut d'abord avoir une idée de l'endroit et de la manière dont ces événements se produisent. Vérifier à cet effet tous les dossiers médicaux de manière systématique et rigoureuse prendrait trop de temps. Une alternative intéressante serait de pouvoir utiliser les banques de données administratives qui sont immédiatement disponibles. Si c'était le cas, une première étape de démarche qualité pourrait être rapidement franchie dans les hôpitaux.

Le KCE a donc étudié le caractère utilisable des données administratives relatives aux admissions hospitalières pour détecter les AE, une primeur en Belgique. Malheureusement, il semble que ces données ne soient pas à l'heure actuelle encore suffisamment précises : ainsi par exemple elles ne font pas de distinction claire entre un AE qui résulte des soins donnés pendant le séjour hospitalier et un AE dû à des causes déjà présentes à l'admission. De plus, il n'est pas toujours aisé de savoir si on a à faire à un AE ou à une complication causée par la maladie du patient.

Le KCE recommande dès lors un enregistrement plus précis et plus complet des AE grâce à une extraction plus systématique de l'ensemble des données du dossier du patient. De plus, des recherches devraient être lancées sur la prévalence des AE en Belgique car on dispose actuellement de trop peu de données à ce sujet.

**Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 93B.**

## **LES LITS MIC (MATERNAL INTENSIVE CARE) NE SONT PAS UTILISÉS DE MANIÈRE OPTIMALE**

Communiqué de presse du KCE (21/11/2008)

**Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), en collaboration avec un groupe d'étude universitaire (ULB, ULg, UGent, UZLeuven et KULeuven) et avec l'Agence Intermutualiste (AIM), a étudié l'efficacité de l'utilisation des deniers publics par les centres MIC (Maternal Intensive Care). À peine 40% des patientes à risques sont effectivement admises dans un centre MIC et les lits MIC sont souvent sous-utilisés. Cette situation s'explique surtout par le manque de clarté des directives en matière d'admission et de référence.**

Depuis 1996, 17 des 106 maternités belges sont équipées de lits MIC et sont dotées d'un service de soins intensifs néonataux. Le nombre de lits MIC est indépendant de la taille de la maternité et varie entre 8 et 20 par maternité. Dans la pratique, ils ne constituent pas un service distinct mais donnent droit à un financement complémentaire qui permet de renforcer l'équipe avec des accoucheuses spécialisées dans les soins de grossesse à haut risque.

Les lits MIC sont conçus pour permettre l'observation intensive des patientes dont la grossesse est à haut risque, des femmes qui requièrent des soins hautement spécialisés après l'accouchement, ou dont le bébé nécessite des soins intensifs après la naissance. Pour éviter toute confusion avec les patientes des services de soins intensifs classiques, les chercheurs désignent ces patientes sous le vocable de 'patientes IC' ('Intermediate Care').

Le législateur n'a pas détaillé les indications justifiant l'admission dans un lit MIC. On observe dès lors de grandes variations entre les hôpitaux en termes de politique d'admission et de référence. De façon générale, 40% seulement des patientes IC sont effectivement admises dans un centre MIC. Dans certaines provinces, ce pourcentage est encore plus bas, à savoir de 15 à 18% dans les provinces de Namur, de Flandre occidentale et du Luxembourg. Quatre-vingts pour cent des grands prématurés voient le jour dans un centre MIC, mais ce pourcentage global cache de grandes différences géographiques. Dans certaines provinces, cette proportion est nettement moindre: 65% en Flandre occidentale, dans le Hainaut et dans le Luxembourg, et même 50% dans la province de Namur. Le nombre de transferts de patientes de maternités sans lits MIC vers une maternité possédant des lits MIC est relativement faible, sauf dans le cas des centres MIC universitaires.

Outre l'absence de directives claires quant aux modalités de référence des patientes, on observe aussi une répartition géographique inégale des services MIC. Ces services sont essentiellement disponibles dans les grandes agglomérations. Or les patientes à risques qui ne sont pas référées par leur médecin vers un centre MIC accouchent près de leur domicile. Cette situation peut être dangereuse, car les problèmes qui surviennent lors de l'accouchement et dans les heures qui suivent sont généralement urgents.

Les lits MIC sont globalement sous-employés, même si leur taux d'occupation varie considérablement d'un centre à l'autre. Les centres MIC traitent toutefois davantage de naissances prématurées, de naissances d'enfants morts nés et de naissances multiples. À Bruxelles, dans le Brabant Flamand et dans les deux Flandres, les patientes sont plus souvent issues des groupes sociaux défavorisés.

Le KCE recommande la publication d'indications et de directives claires à l'intention des généralistes, des gynécologues et des centres de référence de troisième ligne. Ces directives doivent détailler de façon précise les cas dans lesquels les patientes doivent être référées à un centre MIC. Par ailleurs, les centres MIC devraient veiller à un meilleur enregistrement de leurs patientes, afin de permettre le contrôle du respect des directives. Pour garantir le transfert des patientes à risques vers les centres MIC, il convient de mettre en place un système de pénalités et d'incitants financiers pour les hôpitaux. Le nombre de lits MIC devrait par ailleurs être analysé sur base d'une étude qualitative et adapté aux besoins réels. Enfin, le KCE recommande de revoir la distribution géographique des centres MIC, de manière à ce que toutes les femmes enceintes aient à peu près la même distance à parcourir pour atteindre un centre MIC.

**Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 94B.**

## PRIX SCIENTIFIQUE

### Prix Centre d'Etudes Princesse Joséphine-Charlotte pour la lutte contre les infections virales

Montant : 12.500 EUR

Ce prix est destiné à encourager la recherche scientifique dans le domaine de la virologie.

Date limite pour l'introduction des candidatures : le 2 février 2009.

*Les règlements et formulaires sont disponibles sur le site du FNRS :  
[www.frs-fnrs.be](http://www.frs-fnrs.be)*

## RÉUNION SCIENTIFIQUE

### SYMPOSIUM "INTENSIVISTE CONNAISSEZ VOTRE PLACE"

mardi 17 février 2009 – Motel REST INN (Carestel) Groot-Bijgaarden

*(à l'occasion de l'assemblée générale annuelle  
de l'Union Professionnelle Belge des Médecins Spécialistes en Soins Intensifs)*

L'objet du symposium est de préciser les responsabilités professionnelles et le "quality time" de l'intensiviste. Les interactions entre l'intensiviste, d'une part, et les confrères, la direction, l'administration et la société, d'autre part, sont en effet de plus en plus complexes.

Orateurs : – Prof. Frank Weekers, médecin-chef à l'hôpital Virga Jesse de Hasselt  
– Prof. Stefaan Callens, juriste droit médical à la KU Leuven  
– Dr Jozef De Bie, psychiatre de liaison au ZOL Genk

L'accréditation a été demandée.

L'inscription est gratuite pour les membres – Les non-membres paient 5 € sur place.

## 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
- 07068\* **ANESTHESISTE**, large expérience des techniques générales et locorégionales, clinique de la douleur et soins intensifs, est prêt à assurer des remplacements, gardes résidentes et gardes d'urgence partout dans le pays. Tél.: 0477/45.29.50.
- 08103 **JODOIGNE** : Centre de Médecine Spécialisée, ouvert depuis début 2007, recherche encore des médecins spécialistes pour les disciplines suivantes: **CHIRURGIE GENERALE, CHIRURGIE CARDIAQUE, OPHTALMOLOGIE, GYNECOLOGIE, ORTHODONTIE, CHIRURGIE PLASTIQUE ET REPARATRICE, PEDIATRIE**. Statut indépendant et intensité d'activité adaptable. Polyclinique ambulatoire, située dans le centre de Jodoigne. Adresse: 19 av. des Combattants, 1370 Jodoigne. Pour tout renseignement: tél. 010/24.30.19.
- 08108 **FRANCE** : Deux **DERMATOLOGUES** exerçant en association à Denain, près de Valenciennes, dans le Nord de la France, cherchent successeurs en raison d'une cessation d'activité fin décembre 2008. Importante activité. Possibilité d'installation future en zone franche. Possibilité d'activité hospitalière. Accès possible à un plateau laser vasculaire et épilatoire. Puvathérapie générale et locale. Adresse : 2 rue J. Jaurès 59220 Denain, France. Tél. : 00.33.3.27.44.30.23.
- 08109 **FRANCE** : Cabinet de **GASTRO-ENTEROLOGIE** privé à Hazebrouck (Flandre française à hauteur de Ypres, à 1 h 30 de Bruxelles par autoroute) cherche un remplaçant et collaboration ultérieure. Grosse activité (max. ± 60 consultations par 1/2 journée min. suivant vos desiderata). Endoscopie vidéo, échographie abdominale, radiologie digestive. Renseignements en France : Dr Denis Maetz 00.33.3.28.48.68.68 ou portable 00.33.6.14.27.30.28, en Belgique B. Defer 02.653.54.81 ou portable 0477.74.04.06
- 08112 **CABINET MÉDICAL À LOUER À FOREST**. Dans un immeuble de standing, à 100 m de l'altitude 100, entrée privative, 2 salles de traitement de 25 m<sup>2</sup> (dont une déjà occupée par un kiné), une salle d'attente commune. Le tout totalement rénové. Accès à la piscine et au sauna privé de l'immeuble. Loyer raisonnable. 0476/72 43 13
- 08113 Les laboratoires des Centres hospitaliers de **JOLIMONT-LOBBES** recherchent un(e) **MÉDECIN BIOLOGISTE** temps plein. Le poste sera ouvert à partir du 1er janvier 2009. Nous cherchons un(e) collaborateur/trice désireux de s'insérer dans une équipe de huit biologistes et ayant le désir de s'investir dans le développement d'un laboratoire important comportant quatre sites d'activité. Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter le Dr L. Boon-Falleur, chef de service, au 064/23.40.88 ou 064/23.40.81 (secrétariat) ou par mail à

l'adresse laurent.boon-falleur@entitejolimontoise.be. Veuillez adresser votre candidature (curriculum vitae et lettre de motivation) au : Centre Hospitalier Jolimont-Lobbes, à l'attention de M. Pascal Graux, Directeur général, rue Ferrer 159, 7100 Haine-Saint-Paul – Tél. 064/23.40.08 – E-mail : chjijolimont@skynet.be

- 08114 **BRUXELLES** : Cabinet médical **A LOUER** convenant pour tout médecin spécialiste. Avenue Montjoie 110, 1180 Bruxelles. Loyer : 600 € par mois, tout compris. tél.: 02/344.29.11 – E-mail : a.vandurme@skynet.be
- 08115 **A VENDRE** : un écho-doppler couleur Hitachi avec 02 ou 03 sondes + Ostéodensitomètre Norland Eclipse. Le matériel est en excellent état. Prix à convenir. Tél. : 0476/89.64.00.
- 08116 **A VENDRE/A LOUER** pour profession médicale et paramédicale, 140 m<sup>2</sup> de bureaux (rez-de-chaussée) dans un centre médical indépendant à Bastogne. Etat neuf. Tél. : 0476/89.64.00.

## Table des matières

• Accord national médico-mutualiste 2009-2010 .....	1
• Communiqué de presse 4 <sup>e</sup> Conférence MS7 « Reconnaissance des Spécialités » (Rome (Italie) – 09-11/11/2008) .....	6
• Les fausses alertes à la bombe sont sanctionnées par le Code pénal. Quand en ira-t-il de même pour les patients simulateurs? .....	7
• Réponse au communiqué express du KCE (le 26/09/2008) concernant le choix du type de revalidation en Belgique.....	8
• Nomenclature : article 14, e) (chirurgie thoracique) & article 20, § 1 <sup>er</sup> , e) (cardiologie) ....	10
• Nomenclature : article 20, § 1 <sup>er</sup> , c) (gastro-entérologie) .....	11
• Nomenclature : article 20, § 1 <sup>er</sup> , g) (rhumatologie) .....	11
• Nomenclature prestations pédiatriques.....	11
• Nomenclature psychiatrie infanto-juvénile.....	13
• Nomenclature – prestations de logopédie – neurologie pédiatrique .....	14
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature .....	14
• Ma Mère Grand, que vous avez un coûteux appareil auditif ! (Communiqué de presse du KCE – 03/11/2008) .....	15
• 6 % des patients hospitalisés en Belgique doivent faire face à une infection d'origine hospitalière, un résultat comparable à celui des pays voisins (Communiqué de presse du KCE – 12/11/2008) .....	16
• Événements indésirables au cours de séjours hospitaliers : données administratives trop peu précises (Communiqué de presse du KCE – 17/11/2008) .....	17
• Les lits MIC (Maternal Intensive Care) ne sont pas utilisés de manière optimale (Communiqué de presse du KCE – 21/11/2008) .....	18
• Prix scientifique.....	19
• Réunion scientifique .....	19
• Annonces .....	19

**LE GBS VOUS SOUHAITE  
UNE BONNE ET HEUREUSE ANNEE 2009 !**