
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

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

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 3 / MAI 2009

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

LES HONORAIRES DE DISPONIBILITÉ : POSITION COMMUNE GBS-ABSyM

L'intitulé de l'A.R. du 29 avril 2008 (M.B. 22-05-2008) est très clair : « ...fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital. »

Il s'agit donc d'honoraires que l'INAMI paie à des médecins bien déterminés de disciplines ou groupes de disciplines bien déterminées, pour rémunérer la « disponibilité effective extra-muros » assurée par ceux-ci dans le cadre d'un service de garde médicale organisé au sein d'un hôpital ayant une fonction agréée de soins d'urgence spécialisés et/ou de soins intensifs. Tant l'intitulé que l'article 1 disent expressément que l'assurance soins de santé et indemnités paie ces honoraires « aux médecins qui... »¹.

Comment ce paiement s'effectue-t-il ? Le médecin-chef procure à l'INAMI les numéros d'identification, les noms et prénoms des médecins destinataires, leur spécialité respective ainsi que les dates auxquelles ils ont assuré la disponibilité extra muros effective. C'est conformément à ces données que l'INAMI verse la totalité des honoraires dus, soit à l'hôpital, soit au Conseil médical. Toujours est-il que le médecin-chef de l'hôpital répartit les honoraires forfaitaires de disponibilité entre les destinataires respectifs, en concertation avec le Conseil médical de l'hôpital. L'article 6 répète une fois de plus : « ces honoraires forfaitaires sont dus... ».

Malgré la clarté du texte de l'arrêté, il semble bien y avoir, dans certaines institutions, des opinions erronées soit quant aux retenues éventuelles pouvant être opérées par le service de perception centrale, soit quant à l'affectation à d'autres fins des montants versés par l'INAMI, sur base de décisions prises soit par le Conseil médical, soit en accord entre celui-ci et le gestionnaire. **Les honoraires de « disponibilité effective extra muros » couvrent un élément tout à fait nouveau, jusque là inexistant dans le contexte des rapports juridiques en vigueur.** Les dispositions financières des conventions ou règlements généraux en vigueur dans les hôpitaux se

¹ Voir également l'art.36 quinquies de la Loi SSI : « Le Roi détermine les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités **paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés.**

L'arrêté est pris sur la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste. Le ministre peut demander que la Commission formule une proposition dans un délai d'un mois. Si la proposition n'est pas formulée dans le délai voulu ou si le ministre ne peut s'y rallier, il peut soumettre sa propre proposition à la Commission. La Commission rend alors un avis sur cette proposition dans le délai d'un mois : cet avis est considéré avoir été donné s'il n'a pas été formulé dans ce délai ».

rapportent essentiellement aux honoraires perçus de manière centrale pour les prestations, les actes médicaux dispensés par les médecins hospitaliers aux patients.

S'agit-il ici d'honoraires pour une (ou plusieurs) prestation(s) médicale(s)? Non, la disponibilité comme telle n'a rien à voir avec une prestation médicale, ni au sens défini dans le cadre de l'art. 34 de la loi coordonnée 14-07-1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités, ni au sens des prestations définies dans la nomenclature visée à l'article 35 de la même loi, comme c'est pourtant le cas pour les honoraires forfaitaires de permanence de l'art. 25§3 de la nomenclature des prestations de santé. Les honoraires de disponibilité indemnisent le médecin pour sa « disponibilité effective extra muros », une servitude dont la teneur est expressément définie comme non assimilable au concept légal de « prestation médicale » dispensée au patient ou au bénéficiaire de l'assurance soins de santé.

S'agit-il ici d'honoraires perçus de manière centrale au sens de la loi sur les hôpitaux ?

La perception centrale obligatoire est définie comme suit à l'art. 147 de la Loi sur les hôpitaux (coordination A.R. 10 juillet 2008) : « *Quel que soit le système de rémunération en vigueur à l'hôpital, tous les montants à payer par les patients ou par des tiers, qui sont destinés à rémunérer les prestations des médecins hospitaliers se rapportant aux patients hospitalisés, sont perçus de façon centrale.* » S'agit-il ici de prestations médicales ? Non. S'agit-il uniquement de médecins hospitaliers ? Non, en tout cas pas nécessairement. S'agit-il de prestations dispensées aux patients ? Non. S'agit-il d'honoraires dus par les patients ? Non. S'agit-il de montants payés par des tiers à la place du patient? Bien sûr que non, ces montants ne sont pas payés par des tiers pour les patients; il ne s'agit ni de la mutuelle, ni d'autres assureurs intervenant pour le compte du patient.

Il s'agit ici d'une indemnité due directement par le Service des Soins de Santé de l'INAMI aux dispensateurs rendant un service de disponibilité à la société: être effectivement disponible extra muros en vue de pouvoir fournir le cas échéant les soins d'urgence nécessaires dans le cadre d'un hôpital déterminé.

L'article 147 de la loi sur les hôpitaux ne s'applique donc pas aux honoraires de disponibilité. Les honoraires de disponibilité ne sont pas à cataloguer parmi les honoraires soumis à la perception centrale **obligatoire**. Cela ne veut pas dire qu'ils ne transitent pas par un compte financier central; en effet, l'INAMI ne verse pas ces honoraires sur les comptes individuels des médecins concernés. Mais cela veut dire qu'il faut au moins nuancer: l'affectation des montants dus pour la « disponibilité extra muros » ne tombe pas linéairement sous les dispositions légales **impératives** des articles 154 et 155 de la loi sur les hôpitaux. Certes, les rapports juridiques existant entre médecins d'une part et entre les médecins hospitaliers et l'institution d'autre part, forment un ensemble très complexe d'engagements qu'on ne peut ignorer. Cependant, il nous semble nécessaire d'attirer l'attention sur certains aspects nouveaux qui ne semblent pas partout compris comme tels.

Comment pourraient être opérées d'éventuelles retenues sur les honoraires de disponibilité fondées sur l'application **impérative** des articles 154 et 155 de la coordonnée sur les hôpitaux ?

« Art. 154. (154) *Sans préjudice de l'article 155, les honoraires, **perçus ou non de façon centrale, couvrent tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales** tels que notamment les frais afférents aux personnels médical, infirmier, paramédical, soignant, technique, administratif, d'entretien ainsi qu'à un autre personnel auxiliaire, les frais afférents à l'utilisation de locaux, les frais afférents à l'acquisition, au renouvellement, aux réparations importantes et à l'entretien de l'équipement requis, les frais liés au matériel et aux produits de consommation médicaux ainsi que les frais afférents aux biens et aux services fournis par des tiers dans le cadre des services collectifs, qui ne sont pas financés par le budget des moyens financiers.* »

La « disponibilité effective extra muros » n'engendre évidemment aucun frais supporté par l'hôpital. Les honoraires de disponibilité n'étant liés, ni directement, ni indirectement, à l'exécution de prestations médicales, ces honoraires sont légalement purs. Seuls les frais réels et justifiés liés

au travail de secrétariat pour la tenue des listes de garde et la redistribution des montants dus aux médecins concernés, pourraient être pris en compte.

Quant à « l'affectation du montant des honoraires perçus de façon centrale », l'art. 155 n'est pas non plus applicable, compte tenu de ce qui a été dit plus haut au sujet de l'article 147. Néanmoins, voyons de plus près le §1 : « Art. 155. § 1er. *Les honoraires perçus de façon centrale sont affectés :*

1° au paiement aux médecins hospitaliers des sommes qui leur sont dues conformément à la réglementation qui leur est applicable en exécution de l'article 145;... »

Ici, ce n'est pas un contrat, mais un arrêté royal qui détermine quels montants sont dus à quels médecins, conformément aux données réelles transmises par le médecin-chef à l'INAMI.

Il ne s'agit pas ici de prestations médicales au sens de l'art. 147 (actes médicaux, nomenclature...). On pourrait par ex. se demander si un médecin hospitalier salarié pourrait réclamer ses éventuels honoraires de disponibilité en sus de son salaire.

« 2° à la couverture des frais de perception des honoraires, conformément au règlement du service; »

Là aussi, on déroge totalement du système classique d'encodage, tarification et facturation des prestations médicales : le médecin-chef transmet directement toutes les données à l'INAMI. Toutefois, la couverture des frais de secrétariat réels et justifiés paraît logique.

« 3° à la couverture des frais occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le budget; »

On ne voit pas quel coût hospitalier serait occasionné par la « disponibilité extra muros » qui n'englobe d'ailleurs nullement les prestations.

« 4° à titre de contribution à la mise en oeuvre de mesures de nature à maintenir ou à promouvoir l'activité médicale à l'hôpital. »

Les honoraires de « disponibilité extra muros » ne se rapportant pas aux prestations médicales perçues de manière centrale, on ne voit pas non plus comment cette disposition pourrait leur être appliquée.

Compte tenu de ce qui précède, mieux vaut éviter de tirer des conclusions erronées de la phrase **«Le médecin en chef de l'hôpital répartit les honoraires forfaitaires de disponibilité, en concertation avec le Conseil médical de l'hôpital.»** du deuxième alinéa de l'article 5 de l'A.R. du 29-04-2008.

Le médecin-chef ne peut pas se permettre de décider unilatéralement d'un mode de répartition déviant sensiblement des données qu'il a lui-même transmises à l'INAMI et qui, selon à l'identité des personnes, leur spécialité, les dates et heures de disponibilité effective assurée, doivent correspondre à la réalité des faits. La légitimité d'une concertation avec le Conseil médical est davantage fondée sur l'art. 136 de la loi sur les hôpitaux². En effet, dans son rôle de gardien de la qualité des soins, le Conseil peut, de concertation avec le médecin-chef, mettre en place un système de disponibilité plus équilibré et plus large que le schéma de base prévu par l'arrêté royal du 29-04-2008 et qui déroge donc de celui-ci.

² **Art. 136** En vue de dispenser à l'hôpital, dans des conditions optimales, les soins médicaux aux patients, et sans préjudice des tâches du médecin en chef visées aux articles 18 à 22, le conseil médical veille à ce que les médecins hospitaliers collaborent à des mesures propres à :

1° favoriser et évaluer de façon permanente la qualité de la médecine pratiquée à l'hôpital;

2° promouvoir l'esprit d'équipe entre les médecins hospitaliers;

3° favoriser la collaboration avec les autres membres du personnel hospitalier et, en particulier, avec le personnel infirmier et paramédical;

4° promouvoir la collaboration entre les médecins de l'hôpital et d'autres médecins, en particulier le médecin généraliste ou le médecin traitant qui a envoyé le patient;

5° stimuler les activités médicales à caractère scientifique, compte tenu des possibilités de l'hôpital.

Il est toutefois clair que ce genre d'arrangements devra, sur le plan de la répartition tant des tâches que des honoraires, être conforme aux principes déontologiques relatifs à la médecine de groupe, c'est-à-dire fondé sur un large consensus pluridisciplinaire des différents groupes médicaux concernés.

De même, il est évident que de tels arrangements devront être soumis préalablement à l'approbation du Conseil provincial de l'Ordre des Médecins.

Dr J.L. DEMEERE,
Président GBS-VBS

Dr R. LEMYE,
Président ABSyM-BVAS

MESSIEURS LES DOYENS, DE GRACE DES INFORMATIONS CORRECTES !
Réaction à l'article "*Universiteiten zeggen 'Neen' aan de Commissie artsen-ziekenfondsen*"
publié dans De Standaard du 07.04.2009

Depuis le début des années 70, les maîtres de stage paient les médecins spécialistes en formation (MACS) qu'ils accompagnent à partir de leurs honoraires. Le service du personnel de la faculté où le MACS a achevé ses études s'occupe généralement du suivi administratif et parfois c'est l'hôpital du maître de stage. Le statut social dont le MACS bénéficie est "sui generis", à savoir pratiquement "un statut d'employé" mais pas tout à fait car il ne prévoit pas une constitution de pension et une indemnité de chômage. Les médecins généralistes en formation professionnelle (MGFP) bénéficient du statut moins favorable d'indépendant et demandent une revalorisation avec alignement sur le statut du MACS.

En Belgique, tant la formation des médecins généralistes que celle des médecins spécialistes sont une matière fédérale qui est définie par le Conseil (fédéral) supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes et par les commissions d'agrégation fédérales, une par spécialité (notamment médecine générale), qui sont toutes constituées d'une chambre francophone et d'une chambre néerlandophone. Les sept années d'études en vue de l'obtention du diplôme de médecin sont une matière communautaire. La formation professionnelle spécialisée qui suit relève du fédéral. Mais les universités aimeraient bien garder les médecins diplômés comme étudiant pendant encore quelques années. Elles y sont parvenues en Flandre pour les médecins généralistes car, au cours de ces vingt dernières années, tant dans les amphis qu'en dehors, elles ont dépeint l'Association belge des syndicats médicaux comme le diable incarné uniquement assoiffé d'argent. Mais les autorités flamandes ne financent pas ces pseudo-années d'études car ce n'en sont pas. En effet, il s'agit d'une formation professionnelle. Dès lors, les universités se tournent maintenant vers l'assurance-maladie fédérale. Elles s'adressent à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) où la concertation est le mode de fonctionnement normal et où les diktats prononcés d'une tour d'ivoire universitaire sont regardés avec suspicion.

Les MGFP souhaitent le statut dont les MACS bénéficient déjà depuis 40 ans. Les universités flamandes sont parvenues à tenir les représentants de la profession à l'écart du contenu de la formation professionnelle de médecin généraliste. Les conséquences sont à l'avenant : désertion car trop académique. Demander maintenant aux syndicats médicaux d'en supporter également la facture sans coadministration paritaire dépasse les bornes. Vont-elles maintenant prendre en otage "leurs étudiants", nos confrères les médecins généralistes? Ou vont-elles, comme nous le demandons, à nouveau collaborer avec les médecins actifs sur le terrain au jour le jour afin de dispenser à nos futurs collègues et successeurs une formation solide correspondant aux attentes réalistes des patients et des médecins établis avec lesquels ils seront amenés à collaborer et avec un statut social digne du 21^e siècle?

Dr Marc Moens,
Vice-président de l'ABSyM
07.04.2009

P.S. La Flandre est connue dans le monde entier pour ses "guildes du Moyen Âge". De nombreux développements médicaux révolutionnaires ont été imaginés et conçus ailleurs qu'au sein des universités, par des médecins entrepreneurs.

DES NOUVELLES SUR LE FRONT DE MDEON

Le mardi 17 mars 2009, le Conseil d'administration de Mdeon a accepté à l'unanimité le nouveau Code de Déontologie. Par le passé, comme nous l'avons évoqué dans le n° 3 de mai 2008 du Médecin Spécialiste, tant le Code de Déontologie que les Règles d'application ont déjà causé des problèmes ayant suscité du ressentiment au sein du corps médical. Un groupe de travail a été constitué au sein de Mdeon avec comme mission de réexaminer le Code de déontologie ainsi que les Règles d'application qui en découlent et d'opter pour un angle de vue plus positif. Un nouveau texte de base a été mis au point au terme de multiples discussions au sein du groupe de travail constitué à cet effet.

Le GBS-VBS ainsi que les autres organisations de médecins représentées au sein de Mdeon sont d'avis que cela constitue un important pas vers l'avant et que la révision du Code contribuera à mieux le faire accepter par le Corps médical. Avant d'entrer en vigueur, ce code modifié doit encore recevoir le feu vert de la Commission d'agrément de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

TOUS PSYS?

(column publié dans *Tendances pour spécialistes* du 24.02.2009)

Tant que les époux Fannie et Freddie Mae-Mac étaient encore grossistes en maisons, avant que Lehman brothers ne frappe, tout Américain aisé avait son psy à domicile. Les tueries perpétrées dans des écoles – Virginia Tech (33 victimes en 2007), University of Texas à Austin (17 victimes en 1966), Columbine High School dans le Colorado (13 victimes en 1999) – suscitent chez nous des hochements de tête désapprobateurs et, tout comme le célèbre réalisateur Michael Moore dans « Bowling for Columbine », nous incriminons le lobby des armes américain et la violence qui en résulte... de quoi aller pleurer sur une épaule dûment rétribuée.

Dépourvu de lobby des armes (à moins de vouloir conférer ce titre au PS, pour avoir des années durant soutenu la FN de Herstal), notre pays où les soins de santé mentale sont insuffisants est confronté à des faits analogues difficilement concevables. La violente agression à l'athénée d'Alleur ce 5 février en est le dernier exemple en date. Règlement de comptes entre bandes rivales digne de West Side Story ? S'en prendre à des enfants de 7 à 14 ans avec une batte de baseball au point d'en expédier six à l'hôpital et d'en traumatiser une centaine d'autres est un acte sans commune mesure. A en croire la presse, un élève sur 14 viendrait armé à l'école, la moitié de la population scolaire aurait déjà été menacée et un quart, agressée.

C'est à la cantine de l'hôpital que j'entends, le vendredi 23 janvier, les premiers échos d'un carnage. Mon cœur fait un bond – mes deux petites-nièces fréquentent une crèche dans ma ville natale de Termonde et mes cinq petits-enfants, des établissements similaires dans trois autres villes de Flandre. Mon épouse me rassure deux heures plus tard : il s'agit d'une autre crèche. Mon soulagement a des relents d'amertume : ce sont d'autres familles que le drame a frappées de plein fouet. Pas la mienne. L'horreur de Gaza, avec son lot quotidien de petits cadavres, ou les mannequins barbouillés de peinture rouge dans les manifestations retransmises à la télé et sur internet ont-ils provoqué dans le cerveau du tueur le court-circuit qui l'a amené à massacrer dans un accès de folie bambins et gardiennes? Ou est-il accro à la violence gratuite façon Pulp Fiction de Tarantino – une toile « enfants admis », soit dit en passant ? Sans doute les psychiatres ne connaîtront-ils jamais la réponse à cette question. La famille de l'auteur des faits non plus, d'ailleurs, qui restera marquée à vie à l'instar des familles des victimes.

En 2007, à Nivelles, Geneviève Lhermitte égorgeait ses cinq enfants. Le 18.12.2008, le jury populaire la déclarait responsable de ses actes et la condamnait à perpétuité pour meurtre avec préméditation. Dans cette affaire, la psychiatrie perd au moins deux batailles; la famille, au moins sept. Peut-être une approche psychiatrique différente aurait-elle permis d'éviter le drame. Peut-être un diagnostic de dépression aurait-il valu à la mère infanticide un internement au lieu d'un emprisonnement, les meurtriers d'enfants étant considérés comme les êtres les plus méprisables.

Les psychiatres sont impuissants à prévenir les aberrations qui frappent la société, et l'horreur a existé de tout temps. En l'an 325, Nicolas de Myre ramenait à la vie trois petits garçons qu'un aubergiste avait assassinés, découpés et mis en saumure – à une époque où l'on pouvait difficilement accuser internet et les médias de curiosité indécente ou d'incitation à la violence. Or les légendes ont généralement un fond de vérité... Avec tout le respect que l'on doit aux victimes de ces drames, notre société doit ramener ceux-ci à leurs justes proportions, faute de quoi vivre ensemble deviendra impossible.

Dr Marc Moens, vice-président de l'ABSyM, secrétaire général du GBS.

**CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE : MODIFICATION DE L'ARTICLE 27
(21 MARS 2009)**

Article 27

Le libre choix du médecin est un droit fondamental du patient.

Néanmoins, une limitation de ce libre choix peut s'avérer inévitable dans le cadre de l'organisation pratique d'une offre permanente de soins de qualité.

Une information aussi adéquate que possible est fournie à propos de cette limitation.

**NOMENCLATURE : ARTICLES 11, § 1^{er}, et 20, § 1^{er}, a)
(Recherche d'une hypersensibilité)
(en vigueur à partir du 01.05.2009)**

9 FEVRIER 2009. - Arrêté royal modifiant les articles 11, § 1er, et 20, § 1er, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 19.03.2009)

Article 1er. A l'article 11, § 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, [...], le libellé de la prestation 350055-350066 est remplacé par le libellé suivant :

« Recherche d'une hypersensibilité allergique immédiate au moyen de prick tests avec des solutions allergiques et de contrôle commerciales aux pneumallergènes (minimum 10 tests) et/ou trophallergènes (minimum 8 tests) et/ou hyménoptères, avec rapport de synthèse »

Art. 2. L'article 20, § 1er, a), de la même annexe, [...], est complété comme suit :

« 470750-470761

Recherche d'une hypersensibilité allergique immédiate au moyen de scratch tests ou prick tests (alimentaires prick-to-prick) avec des aliments frais (« native ») (minimum 5 tests) et/ou un composant de médicaments (minimum 5 tests) et des solutions de contrôle, avec rapport de synthèse K 30

470772-470783

Recherche d'une hypersensibilité allergique différée à un médicament ou à certains aliments au moyen de patch tests (minimum 5 tests), avec lecture à des moments ultérieurs, avec rapport de synthèse K 30

Les prestations 470750-470761 et 470772-470783 ne sont pas cumulables entre elles au cours de la même séance.

470794-470805

Recherche en milieu hospitalier d'une hypersensibilité à un médicament (ou ses composants) après des scratch tests ou prick tests négatifs pour ce médicament (ou ses composants) par intradermoréactions à doses croissantes d'allergène, avec rapport de synthèse K 250

470816-470820

Recherche en milieu hospitalier d'une hypersensibilité au venin d'hyménoptères après des prick tests négatifs par intradermoréactions avec des séries de dilution de un ou plusieurs venins avec lecture immédiate, avec rapport de synthèse K 200

470831-470842

Recherche en milieu hospitalier d'une hypersensibilité à des (composants d') aliments ou (de) médicaments, après des prick tests négatifs ou faux positifs et justification dans le rapport, par administrations successives de doses croissantes par voie orale ou parentérale, avec rapport de synthèse . . . K 350

Les prestations 470794-470805, 470816-470820 et 470831-470842 ne peuvent être effectuées qu'en milieu hospitalier à proximité immédiate d'un service de soins intensifs disposant de possibilités de réanimation et sous surveillance médicale constante.

Les prestations 470750-470761, 470772-470783, 470794-470805, 470816-470820 et 470831-470842 peuvent également être effectuées et attestées par un médecin spécialiste en pneumologie ou en pédiatrie ou en dermato-vénéréologie. »

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 : ARTICLES 14, i), 14, l), et 15
(Oto-rhino-laryngologie, stomatologie & règles d'application)
(en vigueur à partir du 01.05.2009)

21 JANVIER 2009. - Arrêté royal modifiant les articles 14, i), 14, l), et 15, 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 27.03.2009)

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

1° les prestations 255474-255485, 255990-256001, 257110-257121, 257132-257143, 257154-257165, 257176-257180, 257493-257504 et 257596-257600 sont abrogées;

2° les prestations et règle d'application suivantes sont insérées après la prestation 258451-258462 :

« 258775-258786

Supplément pour navigation peropératoire commandée par ordinateur lors de la prestation 258451-258462 K 300

258790-258801

Planning préopératoire assisté par ordinateur en cas de reconstruction d'une large résection dans la région de la tête et du cou K 250

258856-258860

Pharyngectomie endoscopique transorale K 300

258871-258882

Laryngectomie endoscopique transorale horizontale (supraglottique) ou hémilaryngectomie y compris l'aryténoïde K 400

258893-258904

Procédure endoscopique pour le traitement photodynamique intratumoral ou thérapie par électroporation de tumeurs des muqueuses pour le traitement complet de l'ensemble des lésions K 240

258930-258941

Modelage et adaptation fonctionnelle d'un transplant tissulaire pédiculé ou libre, avec anastomose microvasculaire K 350

258952-258963

Modelage et adaptation fonctionnelle, par ostéotomie et matériel d'ostéosynthèse, d'un transplant tissulaire libre composé de plusieurs tissus (parties molles et os ou cartilage), avec anastomose microvasculaire K 500

Les prestations 258930-258941 et 258952-258963 ne peuvent être attestées que si au moins une des prestations suivantes a été effectuée durant la même intervention : 255452-255463, 256756-256760, 256771-256782, 257191-257202, 258370-258381, 258392-258403, 258451-258462, 258554-258565, 259011-259022, 259033-259044, 259114-259125, 311032-311043, 311091-311102, 311172-311183, 311150-311161, 312653-312664, 312572-312583, 312594-312605 »;

- 3° le libellé de la prestation 255533-255544 est remplacé comme suit :
« Exérèse d'une glande salivaire sous-mandibulaire »;
- 4° le libellé de la prestation 256712-256723 est remplacé comme suit :
« Laryngofissure pour des raisons non oncologiques »;
- 5° le libellé de la prestation 258112-258123 est complété comme suit :
« ou 258871-258882 »;
- 6° le libellé de la prestation 258554-258565 est remplacé comme suit :
« Evidement unilatéral d'un ou deux groupes ganglionnaires du cou »;
- 7° le libellé et la valeur relative de la prestation 258370-258381 sont remplacés comme suit :
« Evidement unilatéral de 3 groupes ganglionnaires du cou avec spécimen de résection orienté K 300 »;
- 8° le libellé et la valeur relative de la prestation 258392-258403 sont remplacés comme suit :
« Evidement unilatéral de 4 groupes ganglionnaires ou plus du cou avec spécimen de résection orienté K 400 »;
- 9° la valeur relative de la prestation 255452-255463 est portée de « K 300 » à « K 400 »;
- 10° la valeur relative de la prestation 256771-256782 est portée de « K 300 » à « K 400 »;
- 11° les deux règles d'application qui suivent la prestation 258716-258720 sont abrogées.
- Art. 2.** A l'article 14, I), de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :
- 1° les prestations 311754-311765, 312616-312620 et 312631-312642 sont abrogées;
- 2° la prestation suivante est insérée après la prestation 311415-311426 :
« 312955-312966
Supplément unique à la prestation 311415-311426 pour la plastie du menton par ostéotomie K 112,5 »;
- 3° la prestation suivante est insérée après la prestation 312550-312561 :
« 312970-312981
Evidement unilatéral d'un ou deux groupes ganglionnaires du cou K 165 »;
- 4° la prestation suivante est insérée après la prestation 312653-312664 :
« 312992-313003
Supplément pour navigation peropératoire commandée par ordinateur lors de la prestation 312653-312664 K 300 »;
- 5° le libellé en français de la prestation 310914-310925 est remplacé comme suit :
« Traitement d'ostéite inflammatoire au niveau du maxillaire par curetage, en un ou plusieurs temps »;
- 6° le libellé de la prestation 311312-311323 est remplacé comme suit :
« Intervention chirurgicale pour tumeur du rebord alvéolo-dentaire »;
- 7° le libellé et la valeur relative de la prestation 312572-312583 sont remplacés comme suit :
« Evidement unilatéral de 3 groupes ganglionnaires du cou avec spécimen de résection orienté K 300 »;
- 8° le libellé et la valeur relative de la prestation 312594-312605 sont remplacés comme suit :
« Evidement unilatéral de 4 groupes ganglionnaires ou plus du cou avec spécimen de résection orienté K 400 »;
- 9° le libellé de la prestation 312690-312701 est remplacé comme suit :
« Maxillectomie subtotala avec résection du rebord alvéolaire et du palais »;
- 10° le libellé de la prestation 312712-312723 est remplacé comme suit :
« Maxillectomie totale y compris le fond de l'orbite et/ou les apophyses ptérygoïdes de l'os sphénoïdal »;
- 11° la valeur relative de la prestation 311791-311802 est portée de « K 300 » à « K 400 »;
- 12° la règle d'application qui suit la prestation 312675-312686 est abrogée;
- 13° l'article 14, I), est complété comme suit :
« 313014-313025
Planning préopératoire assisté par ordinateur en cas de reconstruction d'une large résection dans la région de la tête et du cou K 250

313036-313040

Modelage et adaptation fonctionnelle d'un transplant tissulaire pédiculé ou libre, avec anastomose microvasculaire K 350

313051-313062

Modelage et adaptation fonctionnelle, par ostéotomie et matériel d'ostéosynthèse, d'un transplant tissulaire libre composé de plusieurs tissus (parties molles et os ou cartilage), avec anastomose microvasculaire K 500

Les prestations 313036-313040 et 313051-313062 ne peuvent être attestées que si au moins une des prestations suivantes a été effectuée durant la même intervention : 312572-312583, 312594-312605, 311032-311043, 311091-311102, 311172-311183, 311150-311161, 312653-312664, 255452-255463, 256756-256760, 256771-256782, 257191-257202, 258370-258381, 258392-258403, 258451-258462, 258554-258565, 259011-259022, 259033-259044, 259114-259125.

313073-313084

Fixation et adaptation d'une plaque de reconstruction K 120

Cette prestation ne peut être attestée que si une des prestations suivantes a été effectuée durant la même intervention : 311010-311021, 311032-311043, 311091-311102, 311172-311183, 311150-311161, 312712-312723. ».

Art. 3. A l'article 15 de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 9, le mot « extraction » est remplacé par « extraction dentaire » et la phrase « L'intervention de l'assurance pour extractions multiples sous anesthésie générale couvre la surveillance du patient durant les dix jours qui suivent le moment de l'intervention. » est supprimée;

2° l'article 15 est complété comme suit :

« § 17. Les prestations des différents groupes, groupe 1, groupe 2, groupe 3, peuvent être cumulées à 100 % :

Groupe 1 : 255253-255264, 255452-255463, 255533-255544, 256115-256126, 256196-256200, 256336-256340, 256756-256760, 256771-256782, 257036-257040, 257191-257202, 258090-258101, 258451-258462, 259011-259022, 259033-259044, 259114-259125, 258856-258860, 258871-258882, 258893-258904, 310590-310601, 311010-311021, 311032-311043, 311091-311102, 311150-311161, 311172-311183, 311312-311323, 311710-311721, 311791-311802, 312653-312664, 312690-312701, 312712-312723,

Groupe 2 : 258370-258381, 258392-258403, 258554-258565, 312970-312981, 312572- 312583, 312594-312605,

Groupe 3 : 250176-250180, 250213-250224, 251274-251285, 251296-251300, 251311-251322, 251333-251344, 251355-251366, 251370-251381, 251812-251823, 251834-251845, 251856-251860, 251893-251904, 251915-251926, 251930-251941, 312874-312885. »

Art. 4. 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 15, § 2
(en vigueur à partir du 01.05.2009)

16 FEVRIER 2009. - Arrêté royal modifiant l'article 15, § 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 (M.B. du 16.03.2009)

Article 1er. L'article 15, § 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, est complété par l'alinéa suivant :

« Cette règle n'est pas d'application en cas de force majeure et pour les prestations reprises à l'article 14 h) de la nomenclature, pour autant que ces prestations en ambulatoire soient exécutées dans un environnement extra-muros qui répond aux normes architecturales d'une fonction d'hôpital chirurgical de jour, décrite aux articles 2 à 6 de l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » pour être agréée, et que ces prestations sont réalisées sous anesthésie locale ou topique, n'exigeant pas de sédation du patient, ni de besoins en accueil ou surveillance infirmiers directs. »

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^{er}, c)
(gastro-entérologie)
(en vigueur à partir du 01.05.2009)

21 JANVIER 2009. - 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 16.03.2009)

Article 1er. A 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, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° la prestation et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 473631-473642 :
« 474670-474681

Enregistrement Holter, durant 24 heures, dans l'oesophage de mesures simultanées de pH et d'impédance à au moins 3 niveaux différents avec protocole et extrait du tracé de pH et des trois tracés de mesures simultanées d'impédance K 150

La prestation 474670-474681 n'est honorée que si elle est effectuée par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en pédiatrie.

La prestation 474670-474681 n'est pas cumulable avec les prestations 473594-473605, 473616-473620 et 473631-473642. »;

2° dans la deuxième règle d'application qui suit la prestation 473911-473922, les numéros d'ordre « 474670-474681 » sont ajoutés après les numéros d'ordre « 473771-473782 ».

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, § 1er, c)
(gastro-entérologie)
(en vigueur à partir du 01.06.2009)

28 MAI 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 20.04.2009)

Article 1er. A 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, [...], la prestation et les règles d'application suivantes sont insérées après la règle d'application qui suit la prestation 473211 - 473222 :

« 473970-473981

Résection endoscopique d'une lésion cancéreuse superficielle du tractus digestif supérieur par techniques de mucosectomie (ligatures multiples ou cap aspiration) ou de dissection sous-muqueuse, y compris le rapport détaillé de la procédure. Un double de l'examen anatomopathologique doit être tenu à la disposition du médecin conseil K 260

La prestation 473970-473981 n'est honorée que si elle est effectuée par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en gastro-entérologie.

La prestation 473970-473981 n'est cumulable avec aucune autre procédure endoscopique. »

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 ARTICLES 20 & 25
(oncologie médicale)
(en vigueur à partir du 01.06.2009)

9 FEVRIER 2009. - Arrêté royal modifiant les articles 20, §§ 1er et 2, 25, §§ 1er, 2, a), 2° et 3bis, 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 20.04.2009)

Article 1er. A l'article 20 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1er, un point i) est inséré après le dernier alinéa :

« i) les prestations relevant de la spécialité en oncologie médicale »;

2° au § 2, les mots « , sous a à g, » sont supprimés.

Art. 2. A l'article 25 de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° les mots « , en oncologie médicale » sont insérés :

a) au § 1er, après les mots « en rhumatologie » dans le libellé des prestations 598404 et 598146;

b) au § 1er, après les mots « en psychiatrie » dans l'intitulé précédant la prestation 598706;

2° au, § 2, a), 2°, troisième alinéa, les mots « , en oncologie médicale » sont insérés après les mots « ou en médecine physique et réadaptation »;

3° au § 3bis, les mots « ou en oncologie médicale » sont insérés après les mots « ou en pédiatrie » dans le libellé des prestations 590892 et 590973.

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.

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Articles 5 & 6 (Soins dentaires) : A.R. du 20.03.2009 (M.B. du 16.04.2009 – p. 30535)

Article 24, § 1er (Microbiologie) : A.R. du 26.01.2009 (M.B. du 27.03.2009 – p. 24444)

Articles 28, § 1er & 35 (Oto-rhino-laryngologie) : A.R. du 18.03.2009 (M.B. du 08.04.2009 – p. 26588)

Articles 28, § 1er & 35 (Chirurgie vasculaire) : A.R. du 02.04.2009 (M.B. du 20.04.2009 – p. 31627)

Articles 28, § 1er & 35bis (Chirurgie thoracique et cardiologie) : A.R. du 19.03.2009 (M.B. du 08.04.2009 – p. 26590)

Article 35 (Orthopédie et traumatologie) : A.R. du 02.04.2009 (M.B. du 20.04.2009 – p. 31622)

Article 35 (Pneumologie et système respiratoire) : A.R. du 02.04.2009 (M.B. du 20.04.2009 – p. 31626)

Article 35bis (Implants : Chirurgie abdominale et pathologie du système digestif) : A.R. du 21.01.2009 (M.B. du 16.03.2009 – p. 22182)

Article 35bis (Chirurgie abdominale et pathologie digestive) : A.R. du 30.03.2009 (M.B. du 20.04.2009 – p. 31621)

Article 35bis (Oto-rhino-laryngologie) : A.R. du 02.04.2009 (M.B. du 20.04.2009 – p. 31629)

Article 35bis (Implants : Pneumologie) : A.R. du 16.01.2009 (M.B. du 30.01.2009 – p. 7197)

(cf. Le Médecin Spécialiste n° 2 mars 2009) → **Nouveau** : erratum dans M.B. du 05.03.2009, p. 19753

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

**NOUVELLES REGLES INTERPRETATIVES
ARTICLES 5 ET 6 (soins dentaires)**

EXTRACTIONS – REGLE INTERPRETATIVE 3 (en vigueur depuis le 01.07.2008) (M.B. du 01.04.2009)

QUESTION

Les codes de nomenclature 374754-374765, 374776-374780, 304754-304765 ou 304776-304780 Ablation (section et extraction) de racine(s) peuvent-ils être attestés pour des extractions où l'on sépare les racines au préalable ?

REPONSE

Non.

IMPLANTS ORAUX – REGLE INTERPRETATIVE 1 (en vigueur depuis le 01.05.2009) (M.B. du 23.04.2009)

QUESTION

A quelles conditions doivent répondre les implants prévus par la prestation 308512-308523 pour être remboursables?

REPONSE

Pour être remboursable, la prestation doit satisfaire à toutes les conditions suivantes :

- l'implant ne peut être de nature provisoire;
- l'implant doit avoir un diamètre minimal de trois mm pour la partie ostéo-intégrable;
- l'implant doit avoir une longueur ostéo-intégrable minimale de sept mm;
- seuls les implants dont le pilier est détachable de l'implant sont retenus;
- les données techniques doivent être consignées dans le dossier dentaire du patient.

**NOUVELLES REGLES INTERPRETATIVES
ARTICLE 27, § 1^{er} (bandagistes)**

REGLE INTERPRETATIVE 4 (en vigueur depuis le 25.03.2009) (M.B. du 25.03.2009)

QUESTION

Que doit-on entendre par « enfileur de bas » (code nomenclature 769731) ?

REPONSE

L'enfileur de bas est un outil pour enfiler des bas élastiques thérapeutiques pour la jambe et consiste au moins en un cadre indéformable en métal ou matière synthétique.

REGLE INTERPRETATIVE 5 (en vigueur depuis le 01.01.2007) (M.B. du 27.03.2009)

QUESTION

Les prestations figurant sous la rubrique « Matériel de stomie » sont-elles remboursables pour des personnes ayant une fistule de l'oesophage ou une fistule gastrique ?

REPONSE

Les prestations figurant sous la rubrique « Matériel de stomie » sont remboursables pour toutes les personnes ayant une stomie ou fistule du système digestif.

La fistule de l'oesophage ou la fistule gastrique donnent donc droit au remboursement du matériel de stomie.

**NOUVELLE REGLE INTERPRETATIVE
ARTICLE 31, § 1^{er} (acousticiens)
(M.B. du 18.03.2009)**

REGLE INTERPRETATIVE 1 (en vigueur depuis le 01.09.2006)

QUESTION

Comment faut-il tarifier un appareil de correction auditive réalisé par montage CROS (Contralateral Routing of Signal) ?

Le microphone se trouve du côté de l'oreille qui n'est plus appareillable et l'écouteur est porté de l'autre côté.

REPONSE

L'adaptation audio-prothétique par montage CROS est attestable sous le numéro nomenclature 679136 « Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de 18 ans et plus » ou 679151 « Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans », pour autant que les critères de déficit prévus par l'article 31 de la nomenclature des prestations de santé soient réalisés.

Dans ce cas, l'oreille à prendre en considération pour déterminer si les critères de déficit sont réalisés, est celle située du côté du microphone.

RÉFORMES DANS L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE : ÉTUDE D'ÉVALUATION DES 'PROJETS THÉRAPEUTIQUES'

1^{er} rapport intermédiaire du KCE

(04/02/2009)

Il s'agit d'un premier rapport intermédiaire sur l'évaluation scientifique des processus des Projets Thérapeutiques (PT) dans le secteur de la santé mentale. L'étude complète s'étend sur trois ans. Une part importante de la collecte des données et de analyse de celles-ci est encore à réaliser au cours des étapes ultérieures de l'étude. Dès lors, les conclusions définitives et les recommandations ne pourront être formulées qu'à la fin du cycle complet.

Le rapport est disponible en anglais avec un résumé français.

Le texte intégral de ce 1^{er} rapport intermédiaire est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE reports 103B.

UN PLUS GRAND NOMBRE DE DOMMAGES RÉSULTANT DES SOINS DE SANTÉ INDEMNISÉS GRÂCE À UNE TRANSDITION DU SYSTÈME FRANÇAIS À LA BELGIQUE. IMPACT BUDGÉTAIRE LIMITÉ.

Communiqué de presse du KCE (30/03/2009)

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a estimé le coût d'une éventuelle transposition en Belgique du système français d'indemnisation des dommages résultant des soins de santé lorsque aucune faute du prestataire ou de l'institution de soins ne peut être prouvée. L'organisme public chargé de ces indemnisations aurait à indemniser 80 à 140 dommages par an et devrait disposer d'un budget de 15 à 19,4 millions d'euros. L'étude a été menée en collaboration avec les actuaires de Reacfin.

Le système français

En France co existent deux systèmes d'indemnisation des dommages résultant des soins médicaux : le premier pour les dommages où une faute peut être prouvée, le deuxième lorsque ce n'est pas le cas. Si la faute du médecin ou de l'institution de soins peut être prouvée, leur assureur doit couvrir le dommage. Lorsque aucune faute ne peut être prouvée, c'est la solidarité nationale qui joue pour indemniser la victime. Cette solidarité nationale n'est cependant mise en œuvre qu'à partir du moment où le dommage est suffisamment important, à savoir un décès, une invalidité partielle permanente d'au moins 24% ou une incapacité de travail d'au moins 6 mois. Cette solidarité joue également si la victime est définitivement inapte à exercer son activité professionnelle antérieure ou si le dommage a entraîné des troubles graves dans ses conditions d'existence.

Impact budgétaire

Le KCE a calculé combien un tel système pourrait coûter en Belgique. Il estime que 80 à 140 dommages pourraient être pris en considération chaque année par le Fonds d'indemnisation. La fourchette entre 80 et 140 est essentiellement liée aux infections nosocomiales dont on ne sait pas très bien quelle proportion serait prise en considération pour l'indemnisation. Le Fonds devrait être doté d'un budget de 15 à 19,4 millions d'euros en vitesse de croisière. Ce budget ne sera cependant atteint qu'après quelques années car il faut prévoir un délai d'instruction des plaintes. A noter que le Fonds n'interviendrait que subsidiairement par rapport à la sécurité sociale.

Ce système rend donc possible l'indemnisation d'un plus grand nombre de dommages atteignant le seuil de gravité. Cette indemnisation sera assez rapide et le coût total du système restera dans des limites raisonnables. Une indemnisation partielle des cas limites par rapport au seuil pourrait être envisagée également mais bien sûr cela entraînerait des coûts supplémentaires.

Procédure

En France, la victime d'un dommage résultant de soins de santé doit s'adresser soit à un tribunal soit à une "Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation". Les tribunaux et ces Commissions décident, en cas de dommage indemnisable, si c'est l'assureur du prestataire de soins ou de l'institution de soins ou le Fonds d'indemnisation qui doit intervenir. En Belgique, ce genre de Commission n'est pas prévu. La victime devrait soit aller au tribunal, soit s'adresser directement au Fonds. Vu l'importance de la décision d'indemniser ou pas, un contrôle indépendant des décisions prises par le Fonds serait souhaitable.

Le KCE recommande en outre que les tribunaux et le Fonds utilisent les mêmes référentiels pour fixer les montants d'indemnisation et que le Fonds tienne soigneusement à jour des statistiques sur les indemnisations accordées et sur toutes les variables influant le coût potentiel du système.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 107B.

LE KCE SE PENCHE SUR L'UTILITÉ DES TESTS ÉLECTROPHYSIOLOGIQUES

Communiqué de presse du KCE (20/04/2009)

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) s'est penché sur l'utilisation et les coûts de 3 types de tests utilisés pour le diagnostic et le suivi des affections neurologiques et psychiatriques. Il a établi une liste des indications pour lesquelles un électro-encéphalogramme (EEG) ou des potentiels évoqués (PE) sont recommandés. La réalisation et le remboursement des « Event-related potentials » (ERP) n'est actuellement pas conseillée.

Un EEG, des PE ou des ERP sont fréquemment réalisés chez les patients qui ont des plaintes neurologiques ou psychiatriques ou une pathologie connue dans ces sphères. Ces tests sont prescrits pour établir un diagnostic ou un pronostic ou encore pour définir la meilleure prise en charge et assurer le suivi du patient. L'électroencéphalogramme (EEG) mesure l'activité électrique du cerveau. Pour ce faire, une vingtaine d'électrodes sont appliquées sur le crâne à l'aide d'un genre de bonnet. Les potentiels évoqués (PE) enregistrent les modifications de l'activité neurologique après administration de stimuli comme des sons, des éclairs lumineux ou une stimulation électronique de la peau. Les 'Event-related potentials' (ERP) sont mesurés de la même façon que les PE mais la personne testée doit en plus discerner un stimulus déterminé parmi d'autres.

Dans quels cas réaliser ces tests?

Le KCE recommande un EEG, entre autres pour la confirmation d'une épilepsie, le diagnostic de la maladie de Creutzfeldt-Jacob et de l'encéphalite (inflammation du cerveau), le pronostic des patients comateux et des nouveaux-nés avec souffrance cérébrale. Les PE sont entre autres conseillés pour le diagnostic de neurinome acoustique (une tumeur bénigne du nerf acoustique), en cas de doute quant au diagnostic d'une sclérose en plaques, et en cas de neuropathie (dysfonctionnement d'un ou de plusieurs nerfs). Les ERP ne sont actuellement pas recommandés pour le diagnostic, le pronostic ou le suivi de patients en pratique clinique.

Coût des tests

Les EEG et les PE sont actuellement réalisés à grande échelle et remboursés par la sécurité sociale Belge. Les 400 et des mille EEG facturés chaque année coûtent plus de 24 millions d'euros à l'INAMI. L'utilisation est restée stable ces 10 dernières années. Les PE coûtent à la collectivité environ 17 millions d'euros par an. Contrairement aux EEG, l'utilisation des PE est en augmentation ces 10 dernières années, pour atteindre environ 200 000 tests. Les ERP n'ont pas de code de nomenclature particulier et ne sont donc normalement pas remboursés. Certains médecins les facturent cependant sous un code EEG ou PE. Leur utilisation ne peut dès lors pas être étudiée.

Remboursement des ERP non recommandé

Vu l'insuffisance de preuves scientifiques actuelles pour l'utilité clinique des ERP, le KCE recommande de ne pas rembourser ces tests et de reconsidérer leur remboursement actuel sous un code EEG ou PE. Il existe tout aussi peu de justification clinique pour effectuer 2 ou 3 PE différents chez le même patient et pour les rembourser.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 109B.

APERÇU PRIX SCIENTIFIQUES FNRS

	montant	introduction des candidatures jusqu'au
Prix AIC (Academy of Immunology for Clinicians) <i>2009 : 3 Prix de 10.000 euros chacun dans les domaines ci-après : la rhumatologie, la gastro-entérologie et la dermatologie</i>	10.000 euros (3 x)	01.05.2009
Prix scientifique SCK•CEN - Prof. Roger VAN GEEN <i>dans le domaine de l'énergie nucléaire ou du rayonnement</i>	12.500 euros	15.05.2009
Prix scientifique "Foundation AstraZeneca" Asthme et BPCO	25.000 euros	30.06.2009

Informations : www.frs-fnrs.be

RÉUNIONS SCIENTIFIQUES

Lecture Notes in Imaging 2009 NATTERER – BUZUG - RASCHE – HEATH - KUSCH – RITTER 7-8-9 & 15-16 mai 2009 – Universiteit Hasselt

Possibilité de s'inscrire pour chaque module séparément. Les exposés sont donnés en anglais.

Module 1: Jeudi 7 mai 2009	BASIC MATHEMATICS FOR TOMOGRAPHY
Module 2: Vendredi 8 mai 2009	FROM PHOTON STATISTICS TO MODERN CONE-BEAM CT
Module 3: Samedi 9 mai 2009	Partie 1: AN INTRODUCTION TO MAGNETIC RESONANCE IMAGING Partie 2: CONE-BEAM CT AND DIAGNOSTICS: ANATOMIC DETAILS
Module 4: Vendredi 15 mai 2009	3D X-RAY IMAGING TECHNOLOGY AND BALANCED SYSTEMS
Module 5: Samedi 16 mai 2009	3D POSTPROCESSING, IMAGE QUALITY AND COMPUTER AIDED INTERVENTIONS

Accréditation demandée en médecine et en art dentaire

Pour de plus amples informations : constantinus.politis@uhasselt.be – [website: www.uhasselt.be/imaging](http://www.uhasselt.be/imaging) (brochure pdf)

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.
- 09010 **OPHTALMOLOGUE** (bilingue, 10 ans d'expérience, également chirurgie de la cataracte) cherche remplacement (dans toute la Belgique) à partir de mars 2009 tél. 0477/444.777
- 09023 **BRUXELLES** : Centre médical nord de Bruxelles cherche, suite départ retraite, **2^e OPHTALMOLOGUE**. Prière de tél. au 02/267.97.78. Contact : Mme Florence Lopez.
- 09027 **BRUXELLES** : Cabinet de **RADIOLOGIE** privé bien connu à Bruxelles à remettre pour cause de retraite. Conditions très réalistes. Contact : Dr R. Huvenne au 02/648.59.09 (le soir).
- 09028 **MALMEDY** : Clinique Malmedy rech. 1 **GASTRO-ENTÉROLOGUE** mi-temps ou tps plein. Cont. Dr Boemer 080/79 31 58 ou fredericboemer@hotmail.com
- 09029 **MALMEDY** : Clinique Malmedy rech. **GÉRIATRE**, mi-tps ou tps plein pour lancer le PS gériatrie ds l'hôpital. Cont. Dr Boemer 080/79 31 58 ou fredericboemer@hotmail.com
- 09030 **MALMEDY** : Clinique Malmedy rech. 1 **ENDOCRINOLOGUE** pour min. 4 demi-journées/sem. Cont. Dr Boemer 080/79 31 58 ou fredericboemer@hotmail.com
- 09031 **LIEGE** : **CABINET MÉDICAL** rez-de-chaussée à sous-louer part-time pour médecin spécialiste (dermato, psych., méd. int., rhum.) pouvant également convenir pour psychologue, logopède). Bd E. de Laveleye, 4020 Liège. Contact : 0475/32.99.43.
- 09032 **MONS-BORINAGE** : Equipe SOS Enfants MONS-BORINAGE (équipe pluridisciplinaire qui intervient dans le champ de la maltraitance d'enfants - bilans et prise en charge) engage un/une **PEDOPSYCHIATRE** ou **PSYCHIATRE**. Temps de travail : 13h/semaine. Barème : CP332+30%. Les tâches du/de la (pédo)psychiatre : participation aux réunions d'équipe, consultations individuelles et familiales (bilans et prises en charge thérapeutiques), contact avec le réseau médical, coordination avec les intervenants du réseau psycho-médico-social. Contacter : M. GALLEZ, rue des Ecoliers 23 A à 7000 MONS, 065/36.11.36 - sosenfants.mons@skynet.be

- 09034 Ouverture à l'**HÔPITAL DE JOLIMONT** d'un poste temps plein ou partiel en **MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION** pour les activités médicales : • de gestion et de supervision de 2 Unités de lits sp en revalidation multidisciplinaire ortho-traumatologique et neurologique, avec la collaboration de 2 médecins généralistes hospitaliers; • de consultations et EMG (si souhaité). Pour tout renseignement : s'adresser au Docteur Bruno FONTEYN (0479/411738 - 064/233157), responsable du service de Médecine Physique et Réadaptation, et/ou au Professeur Marc BEAUDUIN, directeur médical, et/ou à Monsieur Pascal GRAUX, directeur général.
- 09035 **LIEGE** : Le CHR de la Citadelle recherche, pour son **service des urgences**, des **MÉDECINS SMA, MÉDECINS SMU OU MÉDECINS SPÉCIALISTES COMPÉTENTS EN MÉDECINE D'URGENCE** (renseignements : Dr Vergnion (04/225.61.19), chef du service des urgences) et pour son **service de gériatrie, un MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GÉRIATRIE** (renseignements : Dr Van Nes (04/225.66.02), chef du service de gériatrie). Candidatures à adresser à M. Ransart, Directeur général, CHR de la Citadelle, bd du 12ème de Ligne 1 à 4000 Liège.
- 09036 **EN HAINAUT, À LOUER** beau cabinet médical aménagé en milieu rural, à distance des hôpitaux. Parking aisé. Location mensuelle ou par 1/2 journée au minimum par 2 unités hebdomadaires, à convenir. Tél. : 0497/72.98.16.

Table des matières

• Les honoraires de disponibilité : position commune GBS-ABSyM	1
• Messieurs les Doyens, de grâce des informations correctes ! Réaction à l'article "Universiteiten zeggen 'Neen' aan de Commissie artsen-ziekenfondsen" publié dans De Standaard du 07.04.2009	4
• Des nouvelles sur le front de Mdeon.....	5
• Tous pysys? (column publié dans Tendances pour spécialistes du 24.02.2009)	5
• Code de déontologie médicale : modification de l'article 27 (21 mars 2009).....	6
• Nomenclature : articles 11, § 1er, et 20, § 1er, a) (recherche d'une hypersensibilité)	6
• Nomenclature : articles 14, i), 14, l), et 15 (ORL, stomatologie & règles d'application).....	7
• Nomenclature : article 15, § 2.....	9
• Nomenclature : article 20, § 1er, c) (gastro-entérologie) (en vigueur à partir du 01.05.2009)	10
• Nomenclature : article 20, § 1er, c) (gastro-entérologie) (en vigueur à partir du 01.06.2009)	10
• Nomenclature articles 20 & 25 (oncologie médicale)	11
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature.....	11
• Nouvelles règles interprétatives articles 5 et 6 (soins dentaires)	12
• Nouvelles règles interprétatives article 27, § 1er (bandagistes)	12
• Nouvelle règle interprétative article 31, § 1er (acousticiens)	12
• Réformes dans l'organisation des soins de santé mentale : étude d'évaluation des 'projets thérapeutiques' – 1 ^{er} rapport intermédiaire du KCE (04/02/2009)	13
• Un plus grand nombre de dommages résultant des soins de santé indemnisés grâce à une transposition du système français à la Belgique. Impact budgétaire limité. (Communiqué de presse du KCE – 30/03/2009)	13
• Le KCE se penche sur l'utilité des tests électrophysiologiques (Communiqué de presse du KCE – 20/04/2009)	14
• Aperçu prix scientifiques FNRS.....	15
• Réunions scientifiques	15
• Annonces	15